



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

1ª e 2ª via

NOME:

São Paulo, ___/___/___

_____ assinatura e carimbo do prescriptor

JUSTIFICATIVA - COD. (Prescritor, preencha este campo se a quantidade prescrita for superior àquela determinada pela Portaria ANVISA nº 344/98).

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Preenchido pela Farmácia)

NOME:
ENDEREÇO:
RG:

TEL.

← uma via da receita -
paciente.
outra via - farmácia.

O campo somente deve ser preenchido pelo médico, para medicamentos controlados, quando a quantidade prescrita for superior a quantidade máxima prevista na Portaria ANVISA nº 344/98.

← O campo deve ser preenchido pela farmácia quando se tratar de receita de medicamento controlado.