

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Hospital Municipal “Dr. Waldemar Tebaldi”

CNPJ: 47.716.204/0001-97

Av. da Saúde, 415 – Jd. N. S. de Fátima

Americana – SP

Telefone: 3471 - 6750

1º via: Retenção na farmácia ou Drogaria

2ª via: Orientações ao paciente

Paciente : _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data _____

Assinatura e carimbo: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Orr. Emissor _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Fornecedor



HOSPITAL MUNICIPAL DE AMERICANA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES



JUSTIFICATIVA MÉDICA E AFASTAMENTO

Paciente: _____

Data: _____ Hora de chegada:

Hora de saída:

Compareceu a este Hospital para:

- () Consulta Médica
() Acompanhar pessoa da família _____
() Entregar / retirar exames auxiliares
() Nesta data não estava em condições de trabalho
() Deverá ausentar-se do trabalho por dias, a contar desta data.
() Foi justificada a procura de nossos serviços, devendo retornar imediatamente ao trabalho.
() Outros _____

Observar o disposto na lei Estadual nº 610, de 02/01/1950 e n. 9002 de 26/12/1994.

CID: _____

Paciente concorda com a colocação do CID no atestado para fins trabalhistas.

Médico/ CRM: _____