

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 MISERICORDIA DE CHAVANTES**



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