



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:** HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:** HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**Paciente:**.....

**Endereço:**.....

**PRESCRIÇÃO:**

**Paciente:**.....

**Endereço:**.....

**PRESCRIÇÃO:**

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome:.....
Ident.:.....Órg. Emissor:.....
End.:.....
.....
Cidade:.....UF:.....
Telefone:.....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome:.....
Ident.:.....Órg. Emissor:.....
End.:.....
.....
Cidade:.....UF:.....
Telefone:.....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data: ____ / ____ / ____



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE: HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE: HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

Paciente:.....

Paciente:.....

Endereço:.....

Endereço:.....

**PRESCRIÇÃO:**

**PRESCRIÇÃO:**

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Nome:.....

Nome:.....

Ident.:.....Órg. Emissor:.....

Ident.:.....Órg. Emissor:.....

End.:.....

End.:.....

Cidade:.....UF:.....

Cidade:.....UF:.....

Telefone:.....

Telefone:.....

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:** HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:** HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

Paciente:.....

Paciente:.....

Endereço:.....

Endereço:.....

**PRESCRIÇÃO:**

**PRESCRIÇÃO:**

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Nome:.....

Nome:.....

Ident.:.....Órg. Emissor:.....

Ident.:.....Órg. Emissor:.....

End.:.....

End.:.....

Cidade:.....UF:.....

Cidade:.....UF:.....

Telefone:.....

Telefone:.....

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE: HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE: HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

Paciente:.....

Paciente:.....

Endereço:.....

Endereço:.....

**PRESCRIÇÃO:**

**PRESCRIÇÃO:**

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Nome:.....

Nome:.....

Ident.:.....Órg. Emissor:.....

Ident.:.....Órg. Emissor:.....

End.:.....

End.:.....

Cidade:.....UF:.....

Cidade:.....UF:.....

Telefone:.....

Telefone:.....

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE: HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE: HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

Paciente:.....

Paciente:.....

Endereço:.....

Endereço:.....

**PRESCRIÇÃO:**

**PRESCRIÇÃO:**

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Nome:.....

Nome:.....

Ident.:.....Órg. Emissor:.....

Ident.:.....Órg. Emissor:.....

End.:.....

End.:.....

Cidade:.....UF:.....

Cidade:.....UF:.....

Telefone:.....

Telefone:.....

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



HOSPITAL SÃO PAULO  
 SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
 DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE: HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE: HOSPITAL SÃO PAULO  
 Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementino - São Paulo  
 C.N.P.J. Nº 61.699.567/0001-92 - Tel.: 5576-4000 - Fax: 5572-9397

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

Paciente:.....

Paciente:.....

Endereço:.....

Endereço:.....

**PRESCRIÇÃO:**

**PRESCRIÇÃO:**

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Nome:.....

Nome:.....

Ident.:.....Órg. Emissor:.....

Ident.:.....Órg. Emissor:.....

End.:.....

End.:.....

Cidade:.....UF:.....

Cidade:.....UF:.....

Telefone:.....

Telefone:.....

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_