

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA  
SGAN 605, Av. L2 Norte, Brasília - DF  
CEP 70.840-901

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Reg: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Uso Oral:

\_\_\_\_\_  
Ass./Carimbo/Médico

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

\_\_\_\_\_  
Data

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA  
SGAN 605, Av. L2 Norte, Brasília - DF  
CEP 70.840-901

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Reg: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Uso Oral:

\_\_\_\_\_  
Ass./Carimbo/Médico

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

\_\_\_\_\_  
Data