

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