



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:.....	
CREMERS Nº:.....	
Hospital Universitário de Santa Maria-Av Roraima, prédio 22 - Campus Universitário-Camobi. Santa Maria-RS - Tel.: (55)3220 8500	

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Paciente: VERA LUCIA LEONARDO MARIANO

Endereço:.....

Prescrição:.....

ATESTADO

ATESTADO PI OS DEUROS FINS AVE
ARTON RITA COSTA ESTEVE EM ACOMPANHAMENTO
DA PACIENTE SUPACULTADA NESTA INSTITUIÇÃO
DO DIA 10/09/21 A 14/09/21.

Data: 14.09.21

Geopar Mariano
MÉDICO
CRM/RS 48981

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:.....	
Ident.:.....	Órgão Emissor:.....
End.:.....	
Cidade:.....	UF:.....
Telefone:.....	Assinatura do Farmacêutico Data:...../...../.....