**FORMULÁRIO PARA AQUISIÇÃO DE ANESTÉSICOS E MEDICAMENTOS DE USO CONTROLADO**

Ao Serviço de Apoio Veterinário Especializado / SAVE

Ref.: Aquisição de anestésicos e medicamentos de uso controlado

Eu NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL venho por meio desta solicitar a emissão de receita para compra de substância (s) sujeita (s) a controle especial, a seguir relacionada(s), para uso no Projeto TÍTULO DO PROJETO, aprovado pela CEUA-UNICAMP sob número NÚMERO DO CERTIFICADO DE APROVAÇÃO CEUA/UNICAMP, com validade até DATA DE VALIDADE CONSTANTE NO CERTIFICADO.

O projeto será desenvolvido no IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO / DEPARTAMENTO / INSTITUTO, localizado na ENDEREÇO DO LABORATÓRIO / DEPARTAMENTO / INSTITUTO.

A substância será utilizada em QUANTIDADE DE ANIMAIS animais da espécie ESPÉCIE ANIMAL durante procedimento DESCREVER RESUMIDAMENTE O PROCEDIMENTO.

SUBSTÂNCIA DE CONTROLE ESPECIAL SOLICITADA E QUANTIDADE:

Declaro, ainda, estar ciente de que essa substância é de uso controlado e será mantida em local de acesso restrito e exclusivo, sob minha responsabilidade, bem como seu consumo será registrado em livro ata específico para este fim.

|  |  |
| --- | --- |
| DADOS DO DOCENTE RESPONSÁVEL (PARA PREENCHIMENTO DO RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL) | |
| NOME: | |
| CPF: | RG: |
| ENDEREÇO: | |
| CIDADE/UF: | TELEFONE DE CONTATO: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo