



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
<div>IDENTIFICAÇÃO DO EMINENTE</div> <div>  GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE Setor de Áreas Isoladas Norte – SAIN- Bloco B Brasília-DF – CEP: 70086-900 </div> <div>Unidade de Saúde _____ CSSAM 02</div>	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
<div>IDENTIFICAÇÃO DO EMINENTE</div> <div>  GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE Setor de Áreas Isoladas Norte – SAIN- Bloco B Brasília-DF – CEP: 70086-900 </div> <div>Unidade de Saúde _____ CSSAM 02</div>	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE

Paciente:	
Registro:	
Endereço:	
Prescrição:	
Data: ____/____/____	
Assinatura e Carimbo do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECER
Nome:	Data: ____/____/____
Ident.:	
Órg. Emissor:	
Endereço:	
Cidade: UF:	Assinatura do Farmacêutico
Telefone:	

Paciente:	
Registro:	
Endereço:	
Prescrição:	
Data: ____/____/____	
Assinatura e Carimbo do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECER
Nome:	Data: ____/____/____
Ident.:	
Órg. Emissor:	
Endereço:	
Cidade: UF:	Assinatura do Farmacêutico
Telefone:	