

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN - Bloco B
Brasília - DF - CEP: 70086-900**

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Unidade de Saúde: _____

Paciente: _____

Registro: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

_____/_____/_____
DATA

Assinatura e Carimbo do 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



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN - Bloco B
Brasília - DF - CEP: 70086-900**

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Unidade de Saúde: _____

Paciente: _____

Registro: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

_____/_____/_____
DATA

Assinatura e Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

_____/_____/_____
Data