

## 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:

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:

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