



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE SAÚDE DO GAMA
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
NÚCLEO DE FARMÁCIA



**FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE
MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL
DE ACORDO COM A PORTARIA N° 344/98 – LISTA “A”**

UNIDADE SOLICITANTE: _____

PACIENTE: _____

IDADE: _____

MOTIVO (DOENÇA): _____

JUSTIFICATIVA: _____

MEDICAMENTO: _____

POSOLOGIA: _____

TEMPO DE TRATAMENTO: _____

DATA: ____/____/____

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO:

FARMÁCIA:

Receptor: _____ Matrícula: _____ Data: ____/____/____

LEO DE FARMÁCIA/DAS/DIRETORIA GERAL DE SAÚDE DO GAMA – ENDEREÇO: ÁREA ESPECIAL Nº. 01 SETOR CENTRAL GAMA,
CEP 72405-610 – TEL: (61) 33910015 FAX: (61) 35565489

“BRASÍLIA – PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE”