


RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
 <div>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE</div> <div>Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN - Bloco B Brasília - DF - CEP: 70086-900</div>	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	
 <div>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE</div> <div>Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN - Bloco B Brasília - DF - CEP: 70086-900</div>	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