



**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**  
**Subsecretaria de Atenção à Saúde**  
**Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde**

**FARMÁCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**  
**FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO MEDICAMENTOS**

Especialidade:

Nome do paciente:

Fone:

Registro:

CID da doença:

Medicamento:

Posologia:

Duração do tratamento:

Critérios para escolha do medicamento:

Médico(a):

Data:

Nome e carimbo c/ CRM