



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:	Reg.:
-------	-------

Unid. De Saúde:	Clínica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Emergência
-----------------	--

"O FUMO FAZ MAL À SUA SAÚDE E À DOS OUTROS"

Data: / /	Assinatura e Carimbo
--------------	----------------------

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE			
RECEITUÁRIO			
Nome:	Reg.:		
Unid. De Saúde:	Clínica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Emergência		
<p>"O FUMO FAZ MAL À SUA SAÚDE E À DOS OUTROS"</p> <table border="1"><tr><td>Data: / /</td><td>Assinatura e Carimbo</td></tr></table>		Data: / /	Assinatura e Carimbo
Data: / /	Assinatura e Carimbo		