



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente:

Resgistro:

Unidade:

DATA _____

Assinatura e Carimbo do Médico



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente:

Resgistro:

Unidade:

DATA _____

Assinatura e Carimbo do Médico