



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO

Nome:		SES:	
Unid. de Saúde:	Clínica:	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Emergência
<div></div>			
Data:	Assinatura e Carimbo		



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO

Nome:		SES:	
Unid. de Saúde:	Clínica:	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Emergência
<div></div>			
Data:	Assinatura e Carimbo		