



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

‘O FUMO FAZ MAL À SUA SAÚDE E À DOS OUTROS’

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