



**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		