



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

### RECEITUÁRIO

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

Unid. de Saúde:	Clínica:	( ) Ambulatório ( ) Emergência
-----------------	----------	--------------------------------

Data:

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

### RECEITUÁRIO

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

Unid. de Saúde:	Clínica:	( ) Ambulatório ( ) Emergência
-----------------	----------	--------------------------------

Data:

Assinatura e Carimbo