Estado de Goiás
PREFEITURA MUNICIPAL
DE PALMEIRAS DE GOIÁS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

R E C E I T U Á R I O

Nome:_____ Reg.:_____

Clínica:_____ ☐ Ambulatório ☐ Internação

"O FUMO FAZ MAL À SUA SAÚDE E A DOS OUTROS"

Data:	*Profissional:*
/ /	***Assinatura e Carimbo***