

2.000

		<i>Estado de Santa Catarina</i> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SALTINHO</b> <i>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL</i>			<b>CONTROLE DE CONSULTA</b>	
Data da Consulta:		Nº:	Hora:	Sexo:	Idade:	
Nome do Paciente:						
Consulta: <input type="checkbox"/> *		Documento do Paciente:				
Reconsulta: <input type="checkbox"/>						
Diagnóstico:			Procedimento:			
Assinatura do Paciente:			Assinatura do Médico:			