

5.000



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE SALTINHO - SC**
Secretária de Saúde

Medicamento	Modo de Usar



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE SALTINHO - SC**
Secretária de Saúde



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE HIPERTENSO

Nome: _____
End.: _____
Nasc.: _____ Fone: _____
Cidade: _____ UF: _____
CNS: _____ ESF: _____

