FRENTE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VARGINHA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

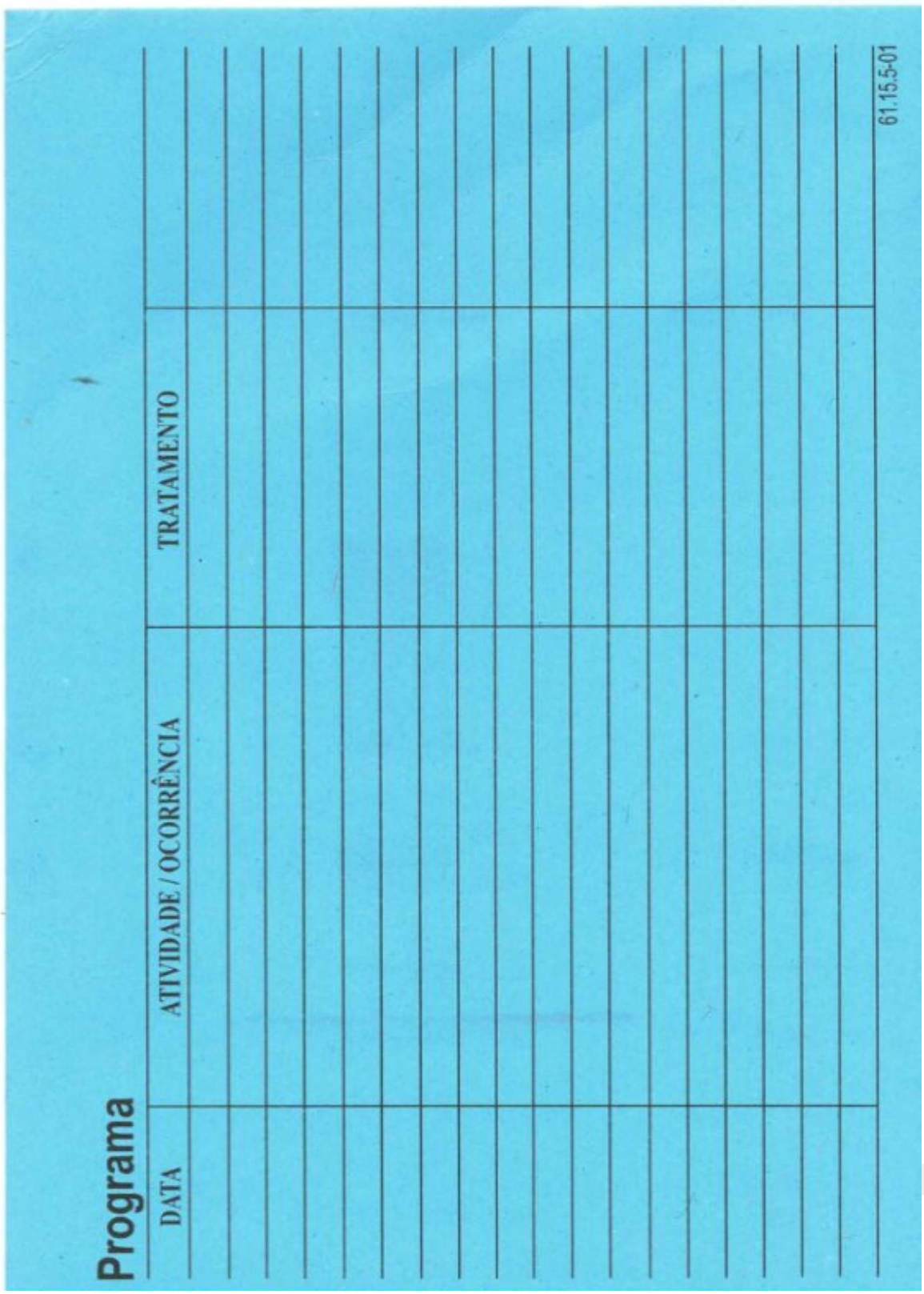
C.S.:.....

Prontuário N°:.....

Nome:.....

.....

VERSO



Programa

DATA	ATIVIDADE / OCORRÊNCIA	TRATAMENTO	

61.15.5-01