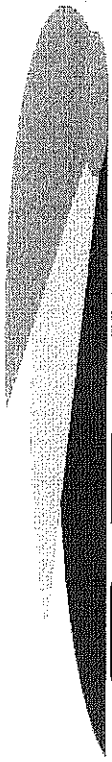


40



# ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA PONTE - MG

**NOME:**

**ENDEREÇO:**

**IDADE:**

**ENFERMEIRO:**

**MÉDICO ASSISTENTE:**

**DATA:**