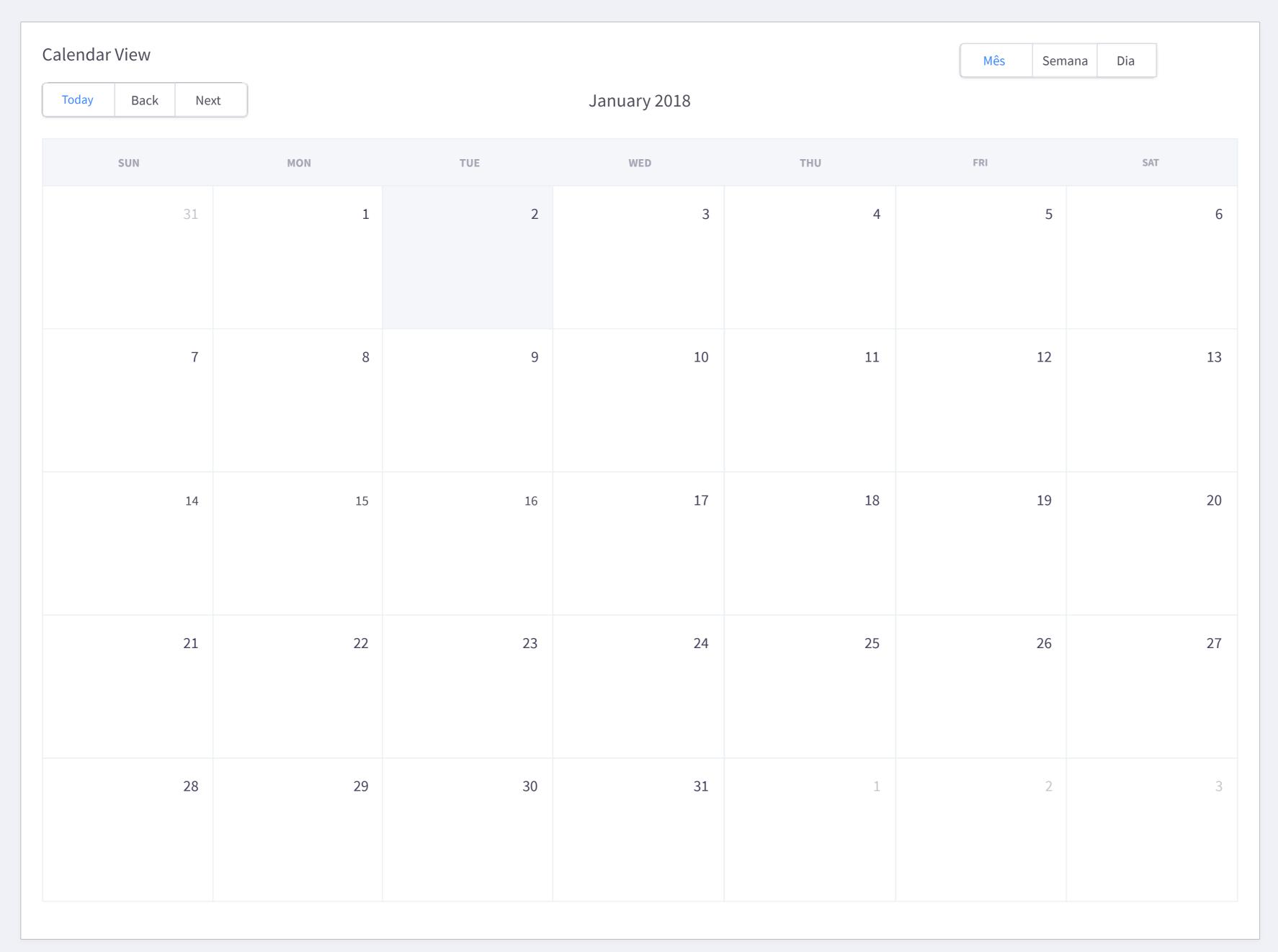
Calendar



Registrar Consulta

Alterar Cadastro



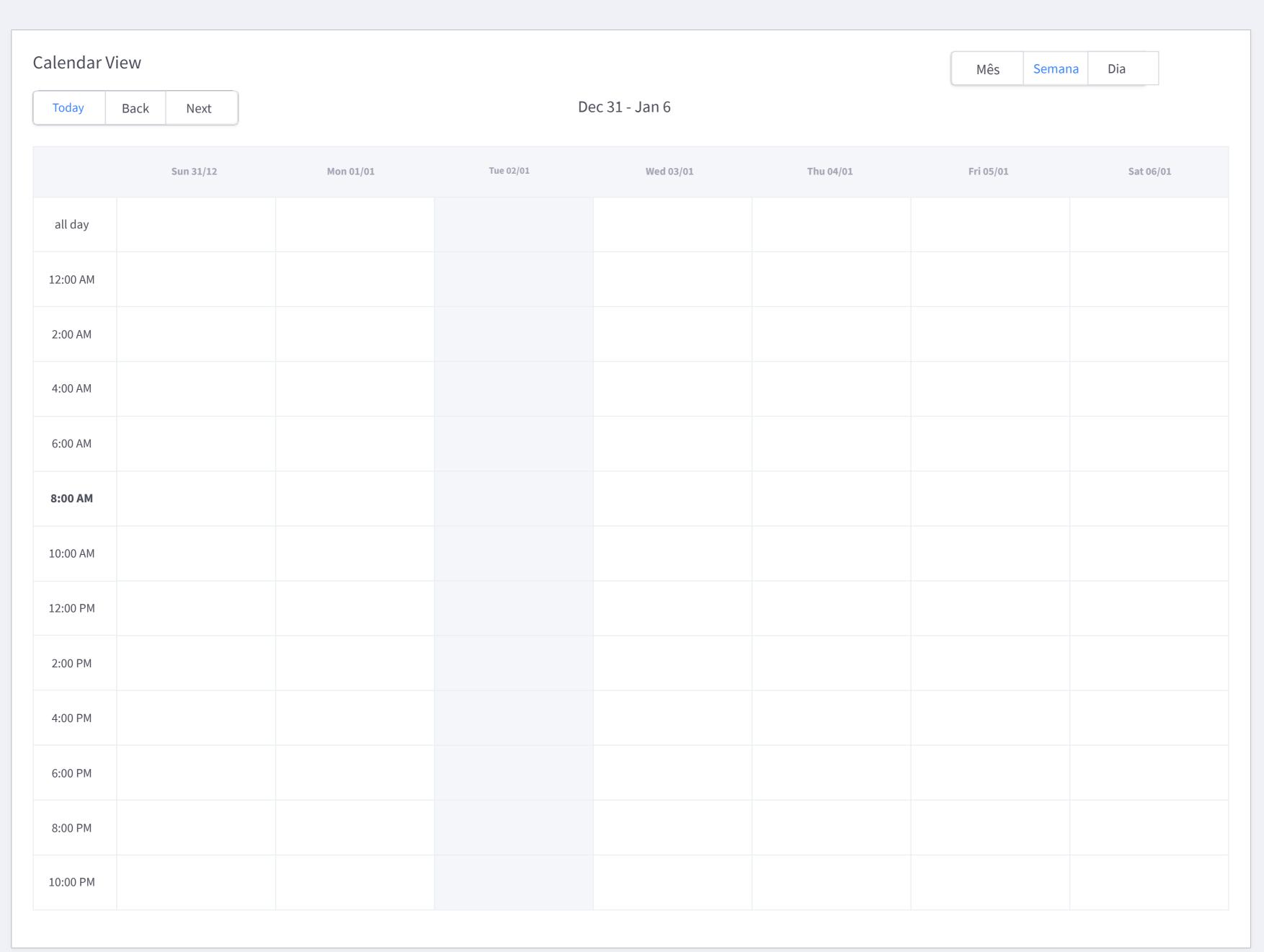
REGISTRAR CONSULTA

Por favor Complete todos os campos

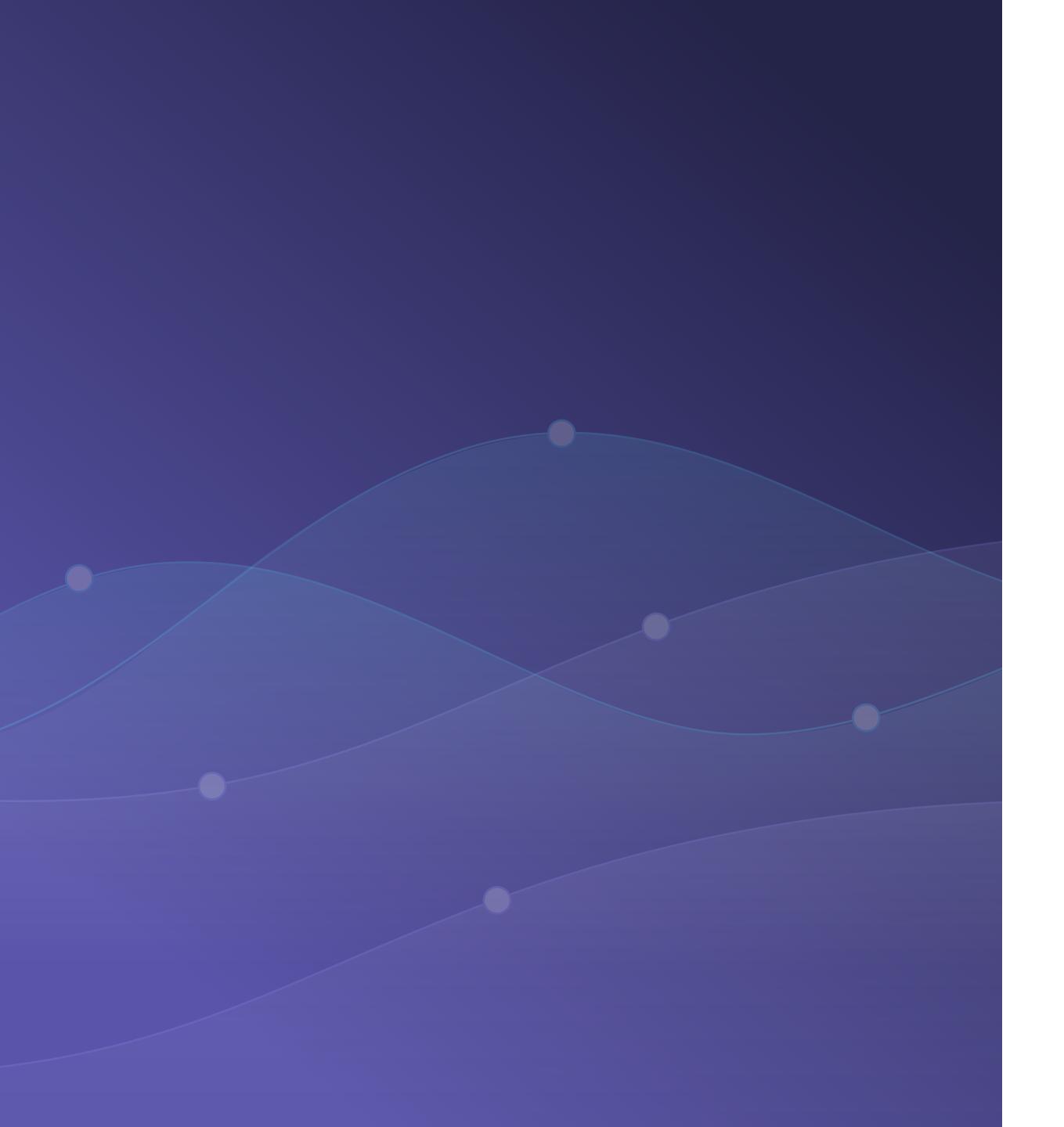
Data	
Médico Responsável	
Hora da Consulta	
	OBSERVAÇÕES

Registrar Consulta

Calendar



Cadastrar Paciente Registrar Consulta Alterar Cadastro



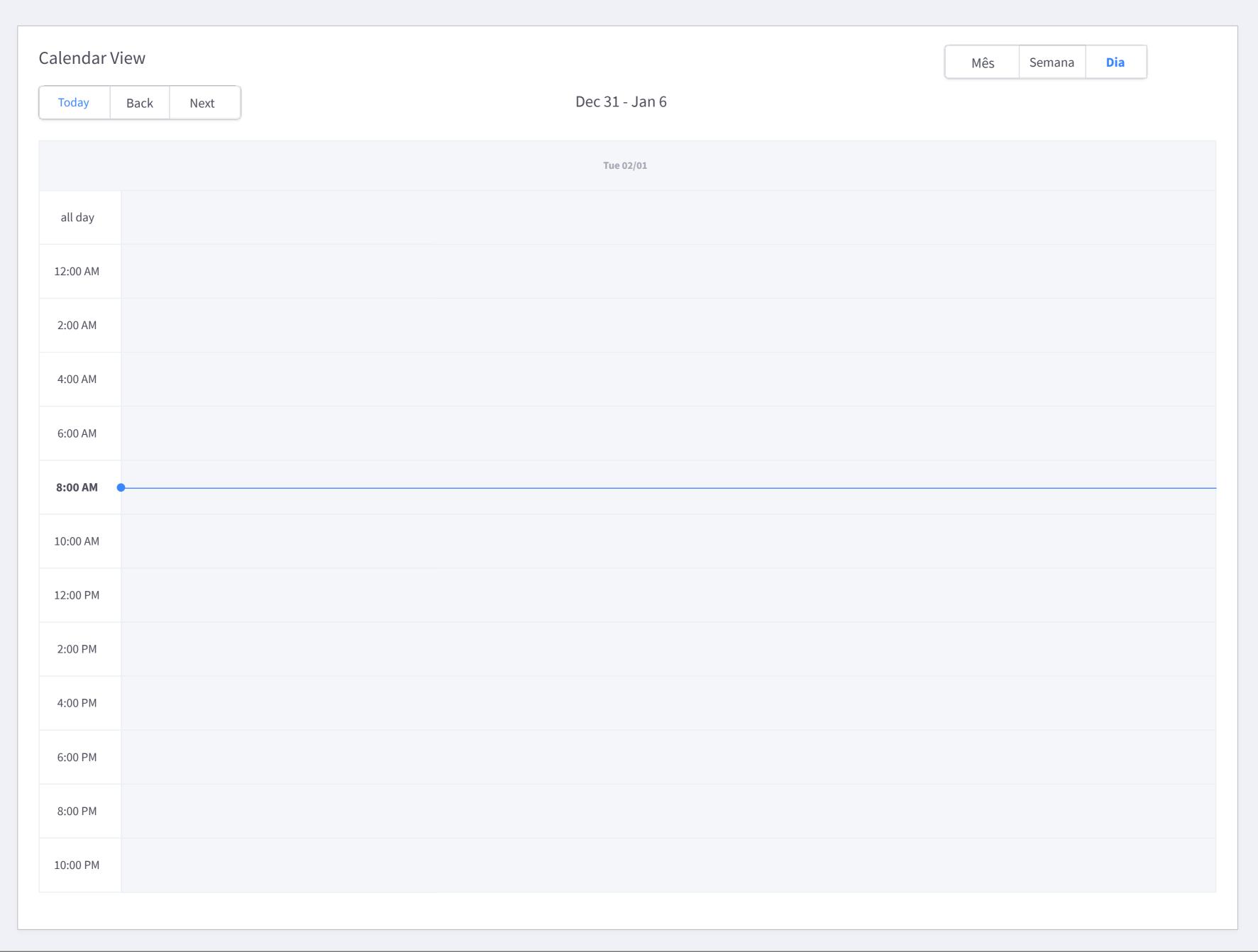
REGISTRAR PACIENTE

Por favor Complete todos os campos

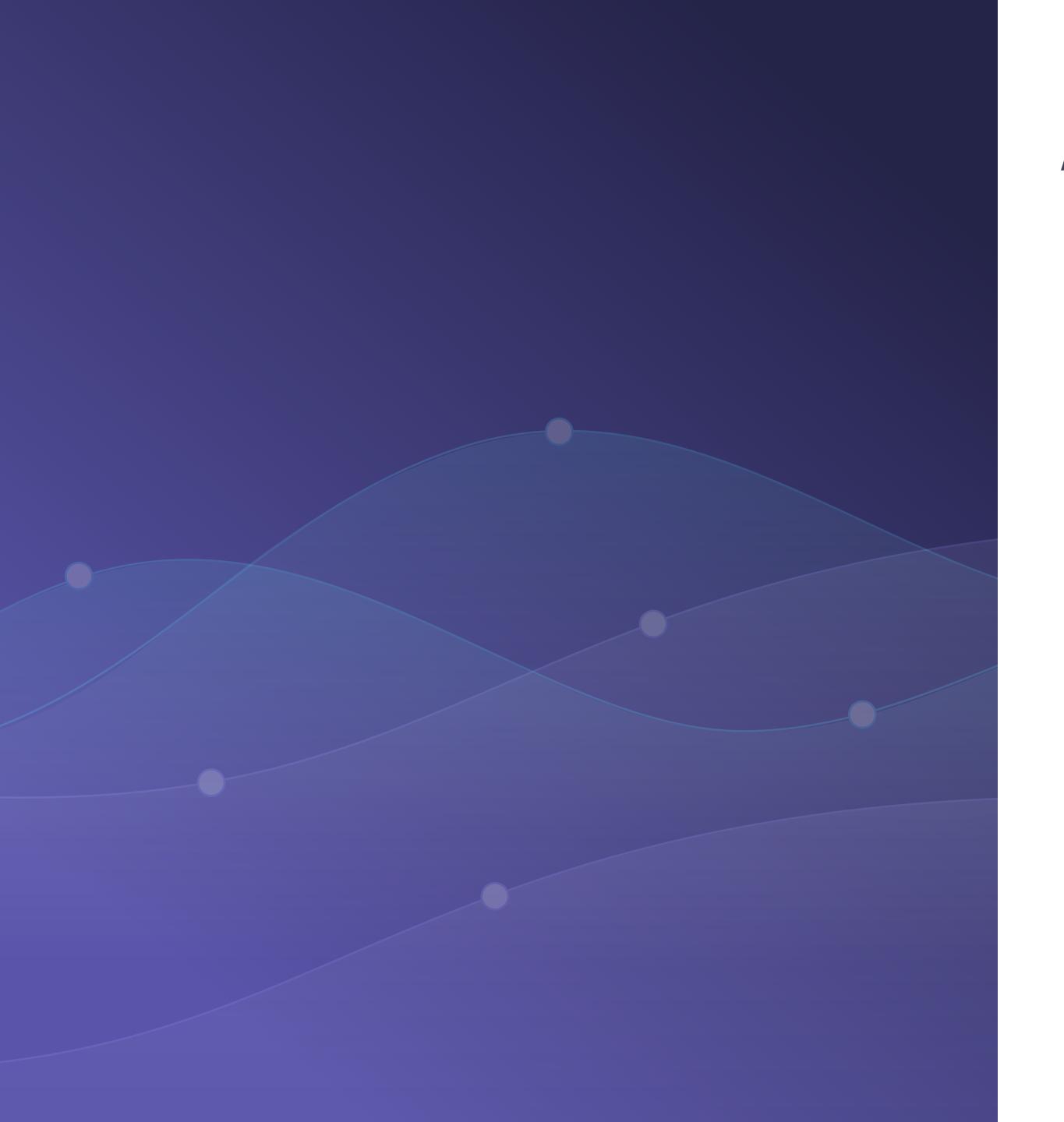
Nome Completo	
Endereço	
Email	
Telefone	
CPF	
Plano De Saúde	

Finalizar Cadastro

Calendar



Cadastrar Cliente Registrar Consulta Alterar Cadastro



ALTERAR CADASTRO DO PACIENTE

Por favor Complete todos os campos

Nome Completo	
Endereço	
Email	
Telefone	
CPF	
Plano De Saúde	

Atualizar Cadastro