



RECEITUÁRIO

Nome: (nome do paciente em maiúsculo e sem acentuação)

Data de nascimento: xx/xx/xxxx (xx anos)

Sexo: Feminino ou Masculino

CNS: número do cartão sus ou **CPF** se não tiver CNS ou deixar sem CNS se não tiver os dois (apenas avisar que CNS não registrado no PEC)

1) LOSARTANA 50MG ----- 60 COMPRIMIDOS

- a. TOMAR 01 COMPRIMIDO AS 06:00 HORAS
- b. TOMAR 01 COMPRIMIDO AS 18:00 HORAS

2) HIDROCLOROTIAZIDA 25MG ----- 30 COMPRIMIDOS

- a. TOMAR 01 COMPRIMIDO AS 06 DA MANHÃ.

Atalaia do Norte - AM, ____ de _____ de _____

PROFISSIONAL

ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE – ATALAIA DO NORTE – AM

HIPERTENSÃO – INFORMAÇÃO

Tratamento para Hipertensão – ultima atualização – (data updated_at).

Rua Pedro Teixeira s/nº Centro
CEP: 69650-000 – Atalaia do Norte –AM
E-mail saudeatn@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE

SAÚDE

ATALAIA DO NORTE

A vida em primeiro lugar