**RECEITUARIO**

**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)

**LOSARTANA 50MG ------------------------------------------------------ 60 COMPRIMIDOS**

TOMAR 01 COMPRIMIDO AS 06:00 HORAS

TOMAR 01 COMPRIMIDO AS 18:00 HORAS

**HIDROCLOROTIAZIDA 25MG ----------------------------------------- 30 COMPRIMIDOS**

TOMAR 01 COMPRIMIDO AS 06 DA MANHÃ.

Atalaia do Norte - AM, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFISSIONAL

ATENÇÃO PRIMÁRIA A SÁUDE – ATALAIA DO NORTE – AM

**HIPERDIA – INFORMAÇÃO**

*Tratamento para Hipertensão – ultima atualização – (data updated\_at ).*