



MUNICÍPIO DE

PEDERNEIRAS

CONSULTÓRIO OFTALMOLÓGICO MUNICIPAL

Para Sr.(a):

PRESCRIÇÃO DE LENTES

		ESFÉRICO	CILÍNDRICO	EIXO	DP
PARA LONGE	OD				mm
	OE				
PARA PERTO	OD				mm
	OE				

ADIÇÃO +

D.ESF.

CONFERIDO EM ____ / ____ / ____

Obs.:

____, ____ de ____ de 20

Médico - CRM

