



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Nome: _____
Data Nascimento: _____ / _____ / _____
SUS: _____

CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA CAPILAR



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Nome: _____
Data Nascimento: _____ / _____ / _____
SUS: _____

CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA CAPILAR