



## **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**