



CARTÃO DE CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA CAPILAR



Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone: _____

CNS: _____

Equipe: _____ M.A.: _____

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
IBERTIOGA/MG**

[illegible]

[illegible]