Data	Hora	HGT	P. A.	Ass.

Observações: _____

Prefeitura Municipal de Arroio dos Ratos

Secretaria de Saúde de Arroio dos Ratos

Programa de Saúde da Família

CARTEIRA DE CONTROLE DO
DIABETES MELLITUS E PRESSÃO ARTERIAL

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

Data de Nascimento: _____

Data	Hora	HGT	P. A.	Ass.