

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

VIADUTOS/RS

CARTEIRA DE ACOMPANHAMENTO

DIABETES/HIPERTENSÃO



NOME: _____

DATA NASC.: _____

ENDEREÇO: _____

CNS: _____

DIABETES TIPO: _____

INSULINA: () USO () NÃO-USA

[illegible]

[illegible]

[illegible]