

DATA	P. A.	PESO	GLICEMIA	PROFISSIONAL

# CARTEIRA DO DIABÉTICO

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

U. B. S.: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**CAPANEMA**  
Nossa gente em primeiro lugar

