

HIPERDIA



Data: _____

Horário: _____

- Aferição de pressão arterial;
- Pesagem e medição;
- Renovação de receita, se necessário.



HIPERTENSÃO
DIABETES

Local: Academia da Saúde

Levar Cartão de Controle de Pressão
e Cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

HIPERDIA



Data: _____

Horário: _____

- Aferição de pressão arterial;
- Pesagem e medição;
- Renovação de receita, se necessário.



HIPERTENSÃO
DIABETES

Local: Academia da Saúde

Levar Cartão de Controle de Pressão
e Cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

HIPERDIA



Data: _____

Horário: _____

- Aferição de pressão arterial;
- Pesagem e medição;
- Renovação de receita, se necessário.



HIPERTENSÃO
DIABETES

Local: Academia da Saúde

Levar Cartão de Controle de Pressão
e Cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

HIPERDIA



Data: _____

Horário: _____

- Aferição de pressão arterial;
- Pesagem e medição;
- Renovação de receita, se necessário.



HIPERTENSÃO
DIABETES

Local: Academia da Saúde

Levar Cartão de Controle de Pressão
e Cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

HIPERDIA



Data: _____

Horário: _____

- Aferição de pressão arterial;
- Pesagem e medição;
- Renovação de receita, se necessário.



HIPERTENSÃO
DIABETES

Local: Academia da Saúde

Levar Cartão de Controle de Pressão
e Cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

HIPERDIA



Data: _____

Horário: _____

- Aferição de pressão arterial;
- Pesagem e medição;
- Renovação de receita, se necessário.



HIPERTENSÃO
DIABETES

Local: Academia da Saúde

Levar Cartão de Controle de Pressão
e Cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

HIPERDIA



Data: _____

Horário: _____

- Aferição de pressão arterial;
- Pesagem e medição;
- Renovação de receita, se necessário.



HIPERTENSÃO
DIABETES

Local: Academia da Saúde

Levar Cartão de Controle de Pressão
e Cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

HIPERDIA



Data: _____

Horário: _____

- Aferição de pressão arterial;
- Pesagem e medição;
- Renovação de receita, se necessário.



HIPERTENSÃO
DIABETES

Local: Academia da Saúde

Levar Cartão de Controle de Pressão
e Cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

SAÚDE DO HOMEM

Data: _____

Horário: _____

HOMEM
— QUE É —
HOMEM

SE CUIDA

Local: Academia da Saúde.

Levar cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

SAÚDE DO HOMEM

Data: _____

Horário: _____

HOMEM
— QUE É —
HOMEM

SE CUIDA

Local: Academia da Saúde.

Levar cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

SAÚDE DO HOMEM

Data: _____

Horário: _____

HOMEM
— QUE É —
HOMEM

SE CUIDA

Local: Academia da Saúde.

Levar cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

SAÚDE DO HOMEM

Data: _____

Horário: _____

HOMEM
— QUE É —
HOMEM

SE CUIDA

Local: Academia da Saúde.

Levar cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

SAÚDE DO HOMEM

Data: _____

Horário: _____

HOMEM
— QUE É —
HOMEM

SE CUIDA

Local: Academia da Saúde.

Levar cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

SAÚDE DO HOMEM

Data: _____

Horário: _____

HOMEM
— QUE É —
HOMEM

SE CUIDA

Local: Academia da Saúde.

Levar cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

SAÚDE DO HOMEM

Data: _____

Horário: _____

HOMEM
— QUE É —
HOMEM

SE CUIDA

Local: Academia da Saúde.

Levar cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

SAÚDE DO HOMEM

Data: _____

Horário: _____

HOMEM
— QUE É —
HOMEM

SE CUIDA

Local: Academia da Saúde.

Levar cartão SUS ou Caderneta do Idoso.



Saúde da Família

SAÚDE MENTAL

Data: _____

Horário: _____



Local: Academia da Saúde

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

SAÚDE MENTAL

Data: _____

Horário: _____



Local: Academia da Saúde

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

SAÚDE MENTAL

Data: _____

Horário: _____



Local: Academia da Saúde

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

SAÚDE MENTAL

Data: _____

Horário: _____



Local: Academia da Saúde

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

SAÚDE MENTAL

Data: _____

Horário: _____



Local: Academia da Saúde

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

SAÚDE MENTAL

Data: _____

Horário: _____



Local: Academia da Saúde

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

SAÚDE MENTAL

Data: _____

Horário: _____



Local: Academia da Saúde

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

SAÚDE MENTAL

Data: _____

Horário: _____



Local: Academia da Saúde

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

Grupo Terapêutico

Data: _____

Horário: _____



Local: ESF

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

Grupo Terapêutico

Data: _____

Horário: _____



Local: ESF

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

Grupo Terapêutico

Data: _____

Horário: _____



Local: ESF

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

Grupo Terapêutico

Data: _____

Horário: _____



Local: ESF

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

Grupo Terapêutico

Data: _____

Horário: _____



Local: ESF

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

Grupo Terapêutico

Data: _____

Horário: _____



Local: ESF

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

Grupo Terapêutico

Data: _____

Horário: _____



Local: ESF

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família

Grupo Terapêutico

Data: _____

Horário: _____



Local: ESF

Levar Cartão SUS.



Saúde da Família