Você está recebendo um **MODELO DE MAPA GLICÊMICO** que pode ser ajustado de acordo com seu caso e as orientações do seu médico. Isto significa que não precisa ser completamente preenchido.

PREFEITURA BELO HORIZONTE

ANO: _____ ASSINALE O MÊS CORRESPONDENTE:

SUS

( ) JANEIRO ( ) FEVEREIRO ( ) MARÇO ( ) ABRIL ( ) MAIO ( ) JUNHO
( ) JULHO ( ) AGOSTO ( ) SETEMBRO ( ) OUTUBRO ( ) NOVEMBRO ( ) DEZEMBRO

DIA	Café da manhã		Almoço		Lanche da tarde		Jantar		Outro:	
	( )Antes	( )Depois	( )Antes	( )Depois	( )Antes	( )Depois	( )Antes	( )Depois	( )Antes	( )Depois
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										