



RECOMENDAÇÃO PARA HOLTER 24 HORAS

NOME: _____

DATA DE INÍCIO: ____ / ____ / ____ HORÁRIO: ____ : ____

COMPARECER 15 MINUTOS ANTES DO HORÁRIO MARCADO.

VIR DE BANHO TOMADO
TRAZER 1 PILHA ALCALINA TAMANHO "AAA"
DURANTE O PERÍODO EM QUE O PACIENTE ESTIVER COM
O APARELHO, NÃO PODERÁ TOMAR BANHO.

LOCALIZAÇÃO
DA REALIZAÇÃO



AMIGOS DO CORAÇÃO
AV. GETÚLIO VARGAS, 1666
CONTATO: (34) 3236-5766/3224-3600
 **(34) 99977-0968**

PRÓXIMA CONSULTA

MÉDICO: _____

DATA: ____ / ____ / ____ HORÁRIO: ____ : ____

ATENDENTE: _____