

- Consulta em Reabilitação Física I (0301010072)  
 Consulta em Reabilitação Intelectual I (0301010072)  
 Acolhimento para Reabilitação para AVC (0301010072)  
 Reabilitação em Amputados (0301010072)  
 Reabilitação de Pacientes Pós COVID 19 (0301070210)

### 1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: _____	Data Nasc.: ____/____/____	Gênero: ( ) Masc. ( ) Fem.
Nº Cartão Nacional do SUS: _____	Telefone Celular/residencial: _____	
Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____	UBS: _____ Telefone da UBS: _____	

### 2) DADOS CLÍNICOS

Médico Solicitante: _____	
Diagnóstico Clínico: _____ CID: _____	
Histórico da Doença:  	
Tratamentos Realizados:  	
Complicações relacionadas ao quadro:  	
Exames complementares Realizados: (anexar cópias)  	
Doenças Crônicas: HAS ( ) DM ( ) COVID - 19 ( ) DPOC ( ) Doença Cardiovascular: Sim ( ) Qual: _____ Outros: _____	
Medicamentos Utilizados:  • • •	• • •

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo médico