

- () 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: ⑩ ⑩ ⑩	 ⑩ ⑩ ⑩

____/____/____
Data

Assinatura e carimbo médico