



RELATÓRIO MÉDICO GERIATRA – FICHA DE ENCAMINHAMENTO			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:			
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____/____/____	Idade: _____	
ENCAMINHAMENTO			
Encaminhado para: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional			CID:
<input type="checkbox"/> Nutricionista: Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____ Circunf. Abdominal: _____			
JUSTIFICATIVA			
Justificativa para o encaminhamento:			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
MÉDICO ASSISTENTE:			CREMEB:
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE:	



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO			
FONOAUDIOLOGIA			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:			
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação :	
CID:	Sexo: []M []F	Idade:	Número de sessões:
AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO			
JUSTIFICATIVA			
Diagnóstico Fonoaudiológico:			
Objetivos Terapêuticos:			
IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL			
Profissional:		CRFa:	
Local e Data:		Assinatura e Carimbo:	



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO			
FISIOTERAPIA			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:			
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação :	
CID:	Sexo: []M []F	Idade:	Número de sessões:
AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO			
JUSTIFICATIVA			
Diagnóstico Fisioterapêutico:			
Objetivos Terapêuticos:			
Condutas:			
IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL			
Profissional:		CREFITO:	
Local e Data:		Assinatura e Carimbo:	



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO			
TERAPIA OCUPACIONAL INDIVIDUAL/GRUPO			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:			
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação:	
CID:	Sexo: []M []F	Idade:	Número de Sessões:
MODALIDADE: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Em Grupo			
JUSTIFICATIVA			
Avaliação/Evolução do Quadro Atual:			
Objetivos Terapêuticos:			
Estratégias e Propostas Terapêuticas:			
IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL			
Profissional:		CREFITO:	
Local e Data:		Assinatura e Carimbo:	



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO			
PSICÓLOGIA INDIVIDUAL/GRUPO			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:			
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação :	
CID:	Sexo: []M []F	Idade:	Número de Sessões:
MODALIDADE: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Em Grupo			
JUSTIFICATIVA			
Avaliação/Evolução do Quadro Atual:			
Objetivos Terapêuticos:			
Estratégias e Propostas Terapêuticas:			
IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL			
Profissional:		CRP:	
Local e Data:		Assinatura e Carimbo:	



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL				
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR				
Prestador:				
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO				
Nome:		Código de Identificação:		
CID:	Sexo: []M []F		Idade:	
EXAME FÍSICO				
Peso atual:	Peso Habitual:	Altura:	IMC:	Circunf. Abdominal:
Diagnóstico Nutricional (Primeira Consulta) / Evolução Nutricional (Consultas subseqüentes)				
Exames Laboratoriais:				
Medicamentos em Uso:				
Conduta Nutricional:				
IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL				
Nutricionista:			CRN:	
Local e Data:		Assinatura e Carimbo:		



ANEXO VII

Eu, _____,
Cadastro no PLANSERV nº _____, solicito a mudança de
atendimento no Programa Saúde Do Idoso da (o) Clínica/Hospital
_____ em que fui atendido por equipe
multidisciplinar, para a(o) Clínica/Hospital _____.

Justificativa Para Troca de Prestador

(Expor razões que levou a mudança de prestador)

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura Do Responsável Beneficiário

Telefones para contato:

1: _____

2: _____



RELATÓRIO MÉDICO GERIATRA – ALTA DO PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO

IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR

Prestador:

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome:

Código de Identificação:

Sexo: Masculino Feminino

Data Nascimento:

____/____/____

Idade: _____

Alta: Nutricionista Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Psicólogo
 Terapia Ocupacional

CID:

JUSTIFICATIVA DA ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

MÉDICO ASSISTENTE:

CREMEB:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE: