

**RELATÓRIO MÉDICO PEDIATRA – FICHA DE ENCAMINHAMENTO****IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR**

Prestador:

**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Nome:

Código de Identificação:

Sexo:  Masculino Feminino

Data Nascimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO**

Encaminhado para:

 Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Psicólogo

CID:

 Nutricionista**JUSTIFICATIVA**

Justificativa para o encaminhamento:

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

MÉDICO ASSISTENTE:

CREMEB:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE:





RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPIA		
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR		
Prestador:		
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:		Código de Identificação:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____/____/____	Idade: _____
AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO		
Nº de sessões:		CID:
JUSTIFICATIVA		
Diagnóstico Fisioterapêutico:		
Objetivos Fisioterapêuticos:		
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
PROFISSIONAL ASSISTENTE:		CREFITO:
LOCAL E DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE:	



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR</b>			
Prestador:			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO</b>			
Nome:		Código de Identificação:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____/____/____		Idade: _____
<b>ENCAMINHAMENTO</b>			
Nº de sessões:		CID:	
<b>JUSTIFICATIVA</b>			
Evolução do Paciente/Diagnóstico de fonoaudiológico:			
Objetivos Terapêuticos:			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>			
PROFISSIONAL ASSISTENTE:			CRFa:
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE:	



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR</b>			
Prestador:			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO</b>			
Nome:		Código de Identificação:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____/____/____		Idade: _____
CID:		Nº de sessões:	
<b>PLANO TERAPÊUTICO</b>			
<b>Avaliação/ Evolução:</b>			
<b>Objetivos Terapêuticos:</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>			
PROFISSIONAL ASSISTENTE:			CRP:
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE:	

**RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL****IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR**

Prestador:

**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Nome:

Código de Identificação:

Sexo:  Masculino  Feminino

Data Nascimento:

Idade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CID:

Nº de sessões:

Peso: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

**PLANO TERAPÊUTICO**

Avaliação/ Evolução:

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

PROFISSIONAL ASSISTENTE:

CRN:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE:



## Anexo VII

Eu,

\_\_\_\_\_,  
responsável pelo beneficiário \_\_\_\_\_,  
Cadastro no PLANSERV nº \_\_\_\_\_, solicito a mudança  
de atendimento no Programa Saúde da Criança 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 pelo Beneficiário

Telefones para contato:

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_



RELATÓRIO MÉDICO PEDIATRA – ALTA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA	
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR	
Prestador:	
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	
Nome:	Código de Identificação:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: _____ / _____ / _____
Idade: _____	
Alta: <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Psicólogo	
CID:	
JUSTIFICATIVA DA ALTA	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
MÉDICO ASSISTENTE:	CREMEB:
LOCAL E DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE: