



# CONTROLE DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL - DEFICIÊNCIA FÍSICA

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

Nº CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

NOME:

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

CNPJ:

## DADOS DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE:

CPF/CNS:

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO (LOCRAOURO, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO):

DDD:

Nº TELEFONE:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

DATA NASCIMENTO:

SEXO:

1

MASC. 2

FEM.

## DECLARAÇÃO

Declaro que no mês de \_\_\_\_\_, o paciente identificado acima, foi submetido aos procedimentos abaixo relacionados, conforme assinatura(s) do paciente / responsável abaixo.

LOCAL / DATA:

ASSINATURA / CARIMBO DO DIRETOR (A) DA UNIDADE:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PROCEDIMENTO:

QUANTIDADE:

### ÓRTESE, PRÓTESE E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PROCEDIMENTO:

ATENÇÃO: ASSINAR APENAS UMA VEZ PARA PROCEDIMENTOS DE ÓRTESE, PRÓTESE E / OU MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO.

DATA	ASSINATURA	DATA	ASSINATURA
01		11	
02		12	
03		13	
04		14	
05		15	
06		16	
07		17	
08		18	
09		19	
10		20	