|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ficha de Reavaliação Médica Terapias Complementares** | N° / Rev.: | RQ.GPS.03.008/00 |
| Tipo: |  Registro |
| Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade da Unimed Porto Alegre |

**REAVALIAÇÃO MÉDICA PERIÓDICA (semestral):**

**Data da realização:**

**DADOS GERAIS:**

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Endereço:

**Pais ou responsáveis**

Nome:

Fone:

Nome:

Fone:

N° do cartão:

Convênio:

Frequenta escola? ( ) Sim ( ) Não

Possui acompanhante terapêutico na escola?

Nome da escola:

Série:

Turno de aula:

**DADOS DA SOLICITAÇÃO DO TRATAMENTO:**

Nome do médico solicitante:

Especialidade:

Telefone para contato:

Motivo do encaminhamento:

CID:

Evolução e prescrição médica atual (com cópia do original) e objetivo da solicitação de cada terapia:

\*A reavaliação médica deve ocorrer em cada modalidade de prescrição (terapias solicitadas).