

PLANEJAMENTO FISIOTERÁPICO**Identificação:**

Nome do Beneficiário:	Matrícula:
Médico Assistente:	Data Avaliação:
Fisioterapeuta:	CID:
Código da Avaliação: 50000144 – Consulta ambulatorial em fisioterapia	

Diagnóstico Clínico:

Queixa Principal:

Diagnóstico Fisioterápico:

Programa Fisioterápico:

Assinatura do Profissional

Assinatura do Beneficiário