

INFORMAÇÃO PESSOAL

(nos termos da Lei nº 12.527/2011,
regulamentada pelo Dec. nº 7.724/2012)

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO ESPECIAL – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A avaliação deverá conter o diagnóstico clínico e ou funcional, as modalidades Terapêuticas necessárias a cada paciente, a frequência e o respectivo regime para a prestação dos serviços. Esta folha será remetida pelo GAAPE ao SASM na área do Rio de Janeiro, ou para o NAS local.

Em, ____/____/____.

1. DEPENDENTE:

NOME: _____

IDADE: _____ DN: _____ NIP: _____

2. RESPONSÁVEIS:

RESPONSÁVEL 1/TITULAR: _____

POSTO/GRAD.: _____ NIP: _____ OM: _____ TEL: _____

ENDEREÇO: _____

E-mail: _____

RESPONSÁVEL 2 : _____

POSTO/GRAD.: _____ NIP: _____ OM: _____ TEL: _____

ENDEREÇO: _____

E-mail: _____

3. AVALIAÇÃO MÉDICA:

3.1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/OU FUNCIONAL:

ASSINATURA (CARIMBO)

4. MODALIDADES TERAPÊUTICAS E FREQUÊNCIA RECOMENDADA

4.1. FONAUDIOLOGIA

ASSINATURA (CARIMBO)

4.2. FISIOTERAPIA / PSICOMOTRICIDADE

ASSINATURA (CARIMBO)

4.3. TERAPIA OCUPACIONAL

ASSINATURA (CARIMBO)

4.4. SERVIÇO SOCIAL

ASSINATURA (CARIMBO)

4.5. PSICOLOGIA / PSICOPEDAGOGIA

ASSINATURA (CARIMBO)

5. OUTROS:

ASSINATURA (CARIMBO)

6. REGIME PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

7. DURAÇÃO ESTIMADA DO TRATAMENTO:

8. PRAZO PARA REAVALIAÇÃO:

9. INSTITUIÇÕES INDICADAS PELO GAAPE:

10. INSTITUIÇÃO ESCOLHIDA (ENTRE AS INDICADAS PELO GAAPE) PELO RESPONSÁVEL :

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ENCARREGADO (ASSINATURA E CARIMBO)