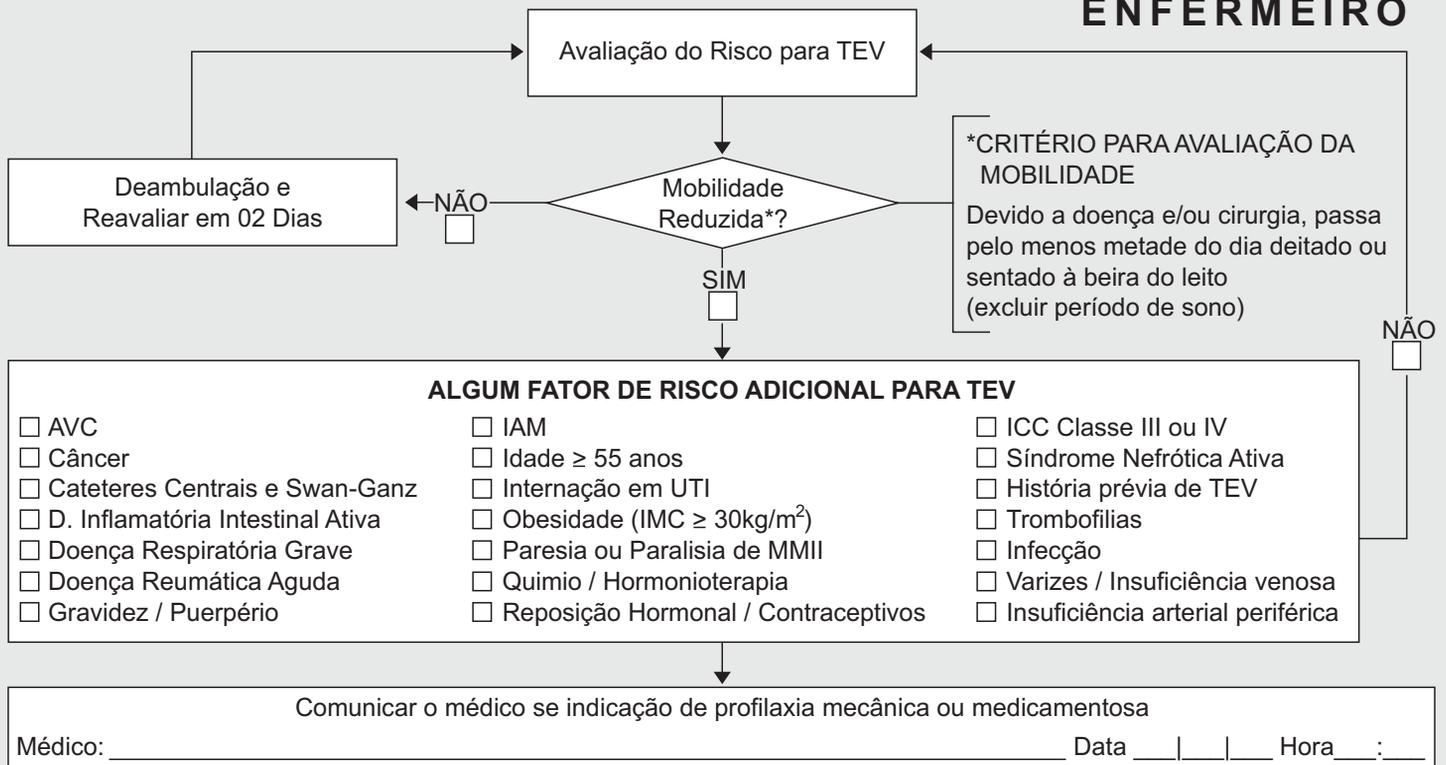
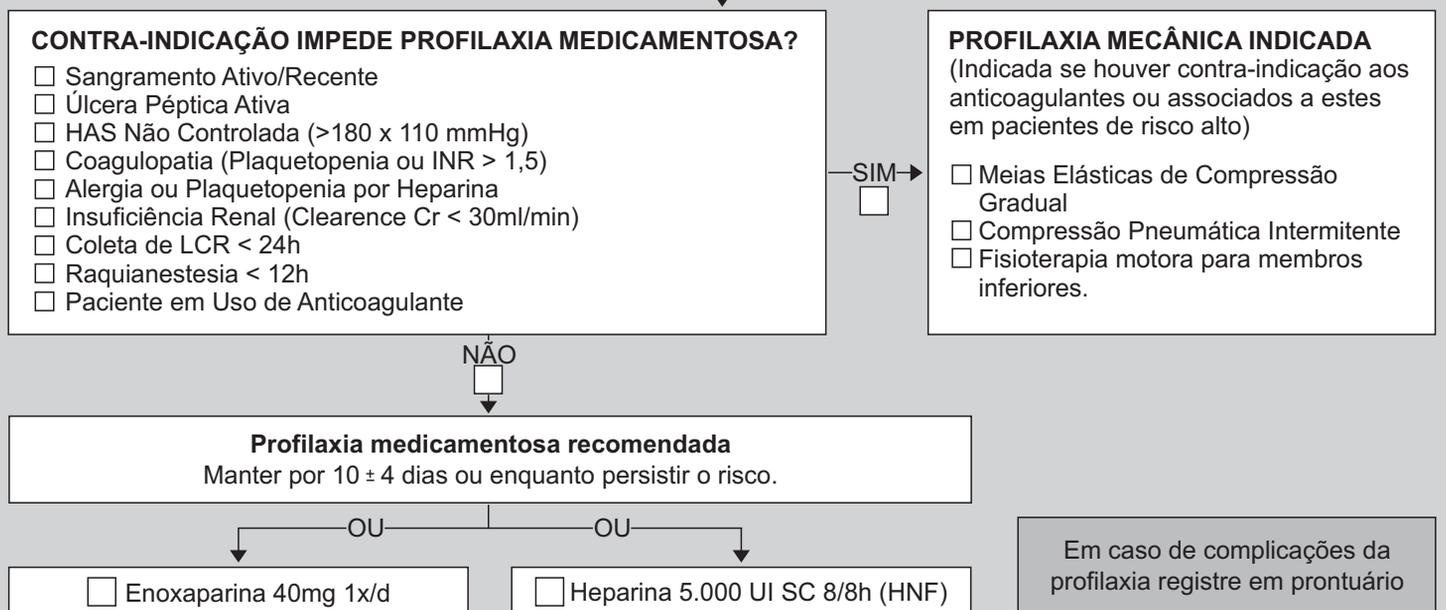


Preencher quando não houver etiqueta

 Nome: _____
 RG: _____ Idade _____
 Convênio _____
 Data _____ RA _____

Data da Avaliação ____/____/____ Hora: ____:____

Enfermeiro (Carimbo e Assinatura)

ENFERMEIRO

MÉDICO


Justificativa médica em caso de não adesão ao protocolo proposto:

Médico (Assinatura e Carimbo)