

# RELATÓRIO CLÍNICO PARA TRATAMENTO HIDRO-TERMAL

NOME \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ anos

Beneficiário N°

Principais sintomas apresentados \_\_\_\_\_

Resumo do exame clínico: \_\_\_\_\_

Resultados dos exames de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

Indicação das Termas aconselhadas e duração provável do tratamento: \_\_\_\_\_

Já fez tratamento Hidro-Termal? Sim  Não

Em caso afirmativo indicar as Termas frequentadas e se fez tratamento no ano anterior: \_\_\_\_\_

O Médico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (nome legível) \_\_\_\_\_

## A preencher pelo Beneficiário

(O número de beneficiário no relatório acima citado, será sempre do Subsistema de Saúde)

## Tratamento Hidro-Termal em \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ Benef. SAMS/SBN N°

Número de beneficiário do Subsistema de Saúde \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade N°  Arquivo de \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Em face do Relatório Clínico apresentado, somos de parecer:

A Direção Clínica

### DESPACHO DO CONSELHO DE GERÊNCIA

Compartilhe-se .....

Não se compartilhe .....