



PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAÍ
GERÊNCIA MUNICIPAL DE NAVIRAÍ

NAVIRAÍ - MATO GROSSO DO SUL

PEDIDO DE FISIOTERAPIA

Nome do paciente: _____

Diagnóstico: _____

() Cardíaco

() Cinesioterapia

() Neurológico

() Eletroterapia

() Ortopédico

() Termoterapia

() Pulmonar

() Crioterapia

() Pré-Pós Operatório

() Exerc. p/ Pacientes Neurol

() Outros

() Outros

Médico requisitante: _____