



TELECEPRED – REABILITAÇÃO AUDITIVA ADULTO (a partir de 13 anos)

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA ADMISSÃO DE USUÁRIOS NO CEPRED VIA PLATAFORMA TELESSAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Por favor, orientar o usuário a trazer cópia do documento de identificação no dia da consulta. Se menor de 18 anos, trazer também a cópia do documento de identificação do responsável.

NOME:		SEXO: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO:	
NOME COMPLETO DA GENITORA:			
RAÇA/ETNIA: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena - Etnia:			
CPF:	RG	CNS:	NACIONALIDADE
ENDEREÇO COMPLETO DO PACIENTE:		Nº:	CEP:
		CIDADE:	
TELEFONE:	WATTSPAPP:	E-MAIL	

2. REABILITAÇÃO AUDITIVA/PRÓTESE AUDITIVA(AASI) - MOTIVO(S) DO ENCAMINHAMENTO(S)

ATENÇÃO: A audiometria comprovando a deficiência é indispensável para admissão no Cepred. Se você é de outra categoria profissional e está com o relatório médico do paciente em mãos, poderá transcrever abaixo as informações mais relevantes desse documento e anexar a audiometria.

NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO:

CID: Nº CRM/CRFa: DATA DO RELATÓRIO:

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

Chegar com 30 minutos de antecedência do horário previsto para a consulta.

Entregar ao SAME cópia do documento com foto e cópia do documento do responsável legal, para menores de 18 anos. Entregar a cópia do relatório médico e/ou exame(s) audiológico(s).