

Laudo para obtenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

Nome do paciente: _____

(Nome completo)

Responsável: _____ Tel. _____

Etiologia: _____

(Ex. ECI ou PC; TRM; Lesão Cerebral Adquirida, AVC, etc..)

Sequela Motora: _____

(Ex. Hemiplegia à direita; Paraplegia, Tetraplegia; etc..)

Nasctº: ____/____/____ Data da Lesão: ____/____/____

Descrição: (Informar abaixo o tipo de Órtese, Prótese/ou Meio auxiliar de Locomoção prescrito) Obs. Podem ser prescritos mais de um item.

Município: _____

Data: ____/____/____

(Assinatura e carimbo do Requisitante)

Obs. 1 - Após o preenchimento completo e assinatura, o requisitante deverá realizar o agendamento junto a Unidade Dispensadora de OPM, através do Sistema RESNIT.

Obs. 2 - “TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO”.

Obs. 3 – Os produtos prescritos somente serão entregues ao paciente, seu representante legal ou pessoa portando autorização por escrito do paciente ou representante.