

Funções\Grau Limitação	Autónomo	Parcial	Total
Locomoção			
Alimentação			
Higiene/auto cuidados			
Atenção/Memória			
Espaço/Tempo			

6. Previsão do grau de recuperação/tipo de resposta adequada:

7. Proposta de recurso a serviços especializados (Especifique):

8. Terapêutica a realizar:

9. Outras Observações que julgar convenientes:

Data ____/____/____

Assinatura

Nome (completo) do Médico _____

Especialidade _____ Código Barras

O SBSI/SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que, legitimamente, lho solicitem, por escrito.