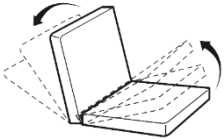
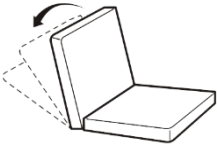
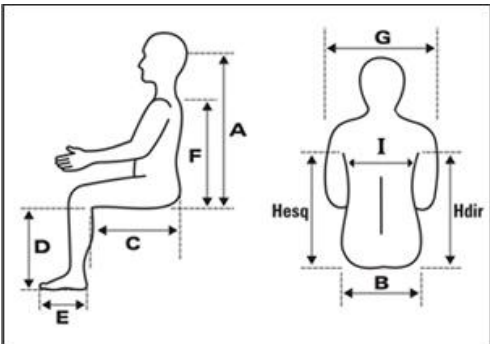


PRESCRIÇÃO CADEIRA DE RODAS ADAPTADA

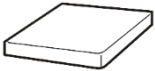
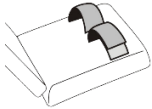
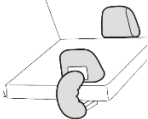


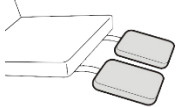
IDENTIFICAÇÃO	Data da avaliação: ___/___/___		*Peso: _____ Kg	*Altura: _____ cm	*Idade: _____ anos
	**Nome do Paciente: _____				
	Nome do responsável: _____				
	Cidade/Estado: _____				
	Telefone: _____		Email: _____		
	Diagnóstico: _____				CID: _____

DIAGNÓSTICO	COMPROMETIDO MOTOR:					
	<input type="checkbox"/> Hemiplegia		<input type="checkbox"/> Diplegia/Paraplegia		<input type="checkbox"/> Quadriplegia/Tetraplegia	
	TÔNUS MUSCULAR:					
	<input type="checkbox"/> Hipotonia		<input type="checkbox"/> Hipertonia		<input type="checkbox"/> Atetose	
	COMPROMETIMENTO OSSEO/ARTICULAR:					
<input type="checkbox"/> Escoliose		<input type="checkbox"/> Cifose		<input type="checkbox"/> Hiperlordose	<input type="checkbox"/> Sub luxação de quadril	<input type="checkbox"/> Luxação de quadril

CADEIRA DE RODAS	MODELOS	
	<input type="checkbox"/> PRISMA Tilt do conjunto assento/encosto 	<input type="checkbox"/> RELAX Recliner de encosto Independente do assento Tilt do conjunto assento/encosto 
	CARACTERÍSTICAS	
	Cor da Estrutura <input type="checkbox"/> Amarelo Neon <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Lilás <input type="checkbox"/> Prata	**Cor do Tecido** <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Rosa <input type="checkbox"/> Preto com detalhes colorido
	ITENS INCLUSOS	
	*Assento anatômico com onda *Encosto plano *Apoio de braços *Apoio de cabeça curvado	*Apoio de pés plástico *Apoio de tronco *Cinto peitoral *Cinto pélvico

MEDIDAS		A – Assento à cabeça: _____ B – Largura do quadril: _____ C – Profundidade do assento: _____ (D) _____ (E) D – Pé ao joelho: _____ E – Tamanho do pé: _____ F – Assento ao ombro: _____ (D) _____ (E) G – Largura dos ombros: _____ H – Assento à axila: _____ (D) _____ (E) I – Largura do tronco: _____
---------	---	---

PRESCRIÇÃO CADEIRA DE RODAS ADAPTADA

ACESSÓRIOS	<input type="checkbox"/> Assento plano 	<input type="checkbox"/> Assento com faixas 	<input type="checkbox"/> Adutor removível 	<input type="checkbox"/> Sem Faixa <input type="checkbox"/> Faixa p/ pés <input type="checkbox"/> Faixa p/ tornozelos <input type="checkbox"/> Faixa p/ pés e tornozelos 
	<input type="checkbox"/> Bloqueador de joelhos 	<input type="checkbox"/> Panturrilha *somente Relax* 		
	<input type="checkbox"/> Apoio de cabeça occipital <input type="checkbox"/> Mesa de atividades	<input type="checkbox"/> Abdutor removível <input type="checkbox"/> Suporte de dieta	<input type="checkbox"/> Apoio de quadril <input type="checkbox"/> Sombrinha	<input type="checkbox"/> Apoio de pés caixa em madeira

Profissional Responsável: _____

Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional

Telefone Celular: _____

Email: _____

Assinatura/Carimbo Profissional



PRESCRIÇÃO CADEIRA DE RODAS ADAPTADA

AVISO DE PRIVACIDADE – DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

A Metalplay Industria e Comercio LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ Nº 09.334.838/0001-96, com sede na Avenida Luiz Carlos Tunes, 5195 DISTRITO INDUSTRIAL IV ARARAS – SP 13602-128, Estado de São Paulo, informa que para efeitos legais que coleta e utiliza os dados pessoais de seus pacientes com a seguinte finalidade:

- I. Preparação de cadastro em nossos sistemas.
- II. Elaboração da proposta comercial para a venda do produto pretendido.
- III. Fabricação do produto conforme as medidas e informações médicas do paciente.

A **METALPLAY** informa e declara que coleta os seguintes dados pessoais:

- I. Dados de identificação pessoal do paciente e ou do responsável
(Nome completo, endereço, RG, CPF, Número de Telefone)
- II. Informações Médicas
(Medidas, receituário do fisioterapeuta, fotografias e vídeos se aplicável)

Ao Assinar esse aviso de privacidade o paciente ou o seu responsável legal demonstra estar ciente e consente o uso dos dados pessoais para as finalidades descritas nesse aviso de privacidade.

Declaro estar ciente desse aviso de privacidade e autorizo o uso dos dados pessoais.

Nome do paciente ou responsável legal	Assinatura do paciente ou responsável legal