



**Ministério Público da União**  
**Ministério Público Federal**  
**Plano de Saúde e Assistência Social - PLAN - ASSISTE**

**MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO**

Nome do Paciente

Data de Nascimento

Nome do Titular

Localização

**INFORMAÇÕES MÉDICAS**

Queixa principal

Histórico da Doença

Descrição do Tratamento

Código A.M.B

Descrição

CID

Descrição

Local

Data

Assinatura / Carimbo - Médico

**RESERVADO AO PERITO**

Local

Data

Assinatura / Carimbo - Perito