



APÊNDICE VII
INCLUSÃO DE CONDIÇÃO E/OU SIMBOLOGIA DE SAÚDE

1. Dados do Paciente:

Nome Completo: _____

CPF: _____

2. Dados da Condição de Saúde:

- Condição de Saúde: _____ (descrição técnica da síndrome)

- CID (Classificação Internacional de Doenças): _____

3. Simbologia(s) de Saúde a ser(em) inseridas na via digital da CIN:

- Descrição: _____

(anotar dentre as opções: Deficiência Física, Deficiência Auditiva, Deficiência Intelectual, Deficiência Visual, Transtorno do Espectro Autista).

4. Dados do Profissional de Saúde:

- Nome do Profissional: _____

- Registro no Conselho de Classe: _____

- Assinatura e carimbo do Profissional: _____

- Data: ____ / ____ / ____

Instruções:

1. Preencher todos os campos de forma legível.

2. Anexar quaisquer documentos adicionais que sejam relevantes para a condição de saúde do paciente.

Por favor, utilize este formulário para garantir que todas as informações necessárias sejam registradas de forma correta e completa.