FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente _____, portador (a) de_____

_____

_____

_____, ao programa de Reabilitação Cardíaca Supervisionada (cod. TUSS 20.10.37.27), na Ace Cardiologia do Exercício.

Assinatura do médico sob carimbo com data

_____

Unidade I - Catete

Rua Bento Lisboa nº 120, Loja F Catete, Rio de Janeiro - RJ
Tel: (21) 3129-1653 | WhatsApp: (21) 98702-3320

Unidade II - Icaraí

Avenida Sete de Setembro nº 237 Icaraí, Niterói - RJ
Tel: (21) 3674-5686 | WhatsApp: (21) 97267-0714

contato@cardiologiadoexercicio.com.br | www.cardiologiadoexercicio.com.br