



Universidade Federal  
de São João del-Rei



Pró-Reitoria de Extensão  
e Assuntos Comunitários

**CONSULTA Nº**

**DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**HORÁRIO DE INÍCIO DA CONSULTA:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**PERCEPÇÕES DO PACIENTE E AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES:**

PFT foi resolvida?  Sim  Não  Parcialmente

Satisfação com o resultado do tratamento hoje:  0  1  2

**RESULTADOS DE EXAMES SOLICITADOS:**

**NECESSIDADE DE NOVAS METAS:**  SIM  NÃO

**NOVO PLANO DE INTERVENÇÃO:**

**HORÁRIO DE TÉRMINO DA CONSULTA:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**DATA DO RETORNO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_