

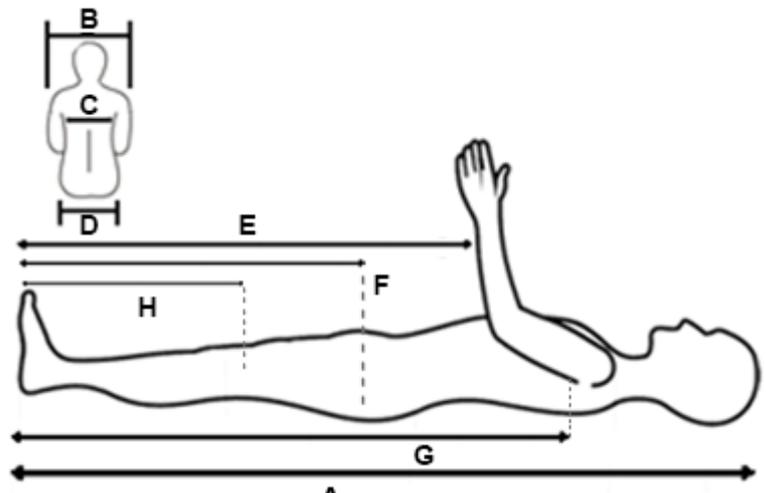
## PRESCRIÇÃO

### ESTABILIZADOR VERTICAL/PARAPODIUM

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

ESTABILIZADOR VERTICAL	<b>MODELOS</b>  <b>ERÉCTUS RECLINÁVEL:</b> <input type="checkbox"/> INFANTIL <input type="checkbox"/> JUVENIL  modelo: <input type="checkbox"/> módulo <input type="checkbox"/> prancha  inclinação: <input type="checkbox"/> motor <input type="checkbox"/> pistão	<input type="checkbox"/> MESA ORTOSTÁTICA  <input type="checkbox"/> PARAPODIUM AÇO  <input type="checkbox"/> PARAPODIUM MADEIRA
------------------------	--	---

ESTABILIZADOR VERTICAL	<b>ACESSÓRIOS – somente para eréctus reclinável</b>	<b>ACESSÓRIOS – somente para mesa ortostática</b>
	<input type="checkbox"/> Faixa para os pés <input type="checkbox"/> Mesa de Atividades em plástico	<input type="checkbox"/> Apoio de Quadril <input type="checkbox"/> Apoio de Tronco <input type="checkbox"/> Mesa de Atividades

	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">MEDIDAS</p> <p>A – Altura do paciente: _____</p> <p>B – Largura dos ombros: _____</p> <p>C – Largura do tronco: _____</p> <p>D – Largura do quadril: _____</p> <p>E – Altura do pé ao cotovelo fletido: _____</p> <p>F – Altura do pé ao quadril: _____</p> <p>G – Altura do pé à axila: _____</p> <p>H – Altura do pé ao joelho: _____</p>
--	---

Profissional Responsável: _____  <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional  Telefone Celular: _____  Email: _____	_____ <b>Assinatura/Carimbo Profissional</b>
--	---



## PRESCRIÇÃO ESTABILIZADOR VERTICAL/PARAPODIUM

### AVISO DE PRIVACIDADE - DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

A Metalplay Indústria e Comércio 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 – CEP: 13602-128, 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