Oficio N°01/2023

A mesa diretora da Câmara Municipal de Angelândia/MG

Sr. Presidente Marcos Torquato de Souza,

Eu Maria Salete Pego Azevedo venho por meio deste solicitar autorização para realizar atividades de fisioterapia, Pilates e alongamentos, atividades estas a pedido médico, conforme comprovantes em anexo.

Neste sentido informo que os horários são:

Alongamentos das 7 às 8 horas na Terça-feira e Quinta-feira.

Pilates/ fisioterapia ás 17 horas na Segunda, Terça, Quarta e Quinta-feira.

Certo de contar com vosso entendimento aguardo autorização.

Angelândia 27 de março de 2023.

Atenciosamente

Recebi 27/03/23
Câmara Municipal de
Angelândia

Maria Salete Pego de Azevedo

Maria Salete Pego de Azevedo

Servidora da Câmara Municipal de Angelândia/MG

Pilates

DR.
IHAN BRUNO
REUMATOLOGISTA

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARIA SALETE PEGO DE AZEVEDO

Paciente acima, 63 anos, diagnóstico de fibromialgia (CID-10 M79.7) e síndrome do túnel do carpo (**G56. 0**). Quadro de dor difusa pelo corpo, sono ruim e fadiga. Prescrito duloxetina 60 manhã, pregabalina 100mg e sintomáticos, orientado prática de atividade física.
Encaminho para o pilates 2 a 3x/semana, foco em alongamento, fortalecimento muscular.

Att,

Dr. Ihan Bruno [illegible] Reis Rabe
Clínica Médica
CRM MG [illegible] 1
CONTROLE 2255358

01/12/2022

Consultório:
Rua Minas Gerais, nº 665 - Sala 101 - Centro
Edifício Trade Center - Divinópolis/MG
Telefone: (37) 3027.1007
WhatsApp Business: (37) 99928.8777
ihanbruno@yahoo.com.br drihan.reumatologista

1. NOME: Maria Salete Pego Azevedo

SOLICITO SESSÕES DE FISIOTERAPIA À PACIENTE ACIMA COM QUADRO LOMBOCIATALGIA ACENTUADA

GRATO

29/11/2022

Dr. Renan Rodrigues Calil
R. E Nº 29852 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 49414

AMORSAÚDE
Atendimento Médico e Odontológico Rápido

www.amorsaude.com.br

RECEITUÁRIO

NOME: MARIA SALETE PEGO AZEVEDO

À FST

SOLICITO SESSÕES DE FISIOTERAPIA À PACIENTE ACIMA COM QUADRO SINDROME IMPACTO BILATERAL

GRATO

28/10/2020

Dr. Aeman Rodrigues Cair
TEOT Nº 13092 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM MG 494 14
CONTROLE 9008329

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Paciente: _____ Validade até 15 dias após a consulta.

Data Consulta. _____ Ass. Médico: _____