

**TABELA DE CONTROLE**

*Exercícios domiciliares*

**Nome do paciente:** \_\_\_\_\_  
**Data da avaliação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Data da reavaliação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dia de retorno à fisioterapia)  
**Fisioterapeuta:** \_\_\_\_\_

**Sequência de exercícios.**

SÉRIE: \_\_\_\_\_ EXERCÍCIOS: \_\_\_\_\_  
 SÉRIE: \_\_\_\_\_ EXERCÍCIOS: \_\_\_\_\_  
 SÉRIE: \_\_\_\_\_ EXERCÍCIOS: \_\_\_\_\_  
 SÉRIE: \_\_\_\_\_ EXERCÍCIOS: \_\_\_\_\_  
 SÉRIE: \_\_\_\_\_ EXERCÍCIOS: \_\_\_\_\_  
 SÉRIE: \_\_\_\_\_ EXERCÍCIOS: \_\_\_\_\_

<b>Data:</b>	<b>Rubrica:</b>	<b>Observação:</b>
