

Theratogs Formulário de Medidas (Pedido Médico)

Nome da Criança: _____ Data de Nascimento: _____

Nome do Responsável: _____

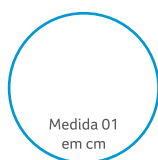
Email: _____ Celular: _____

Profissional -----

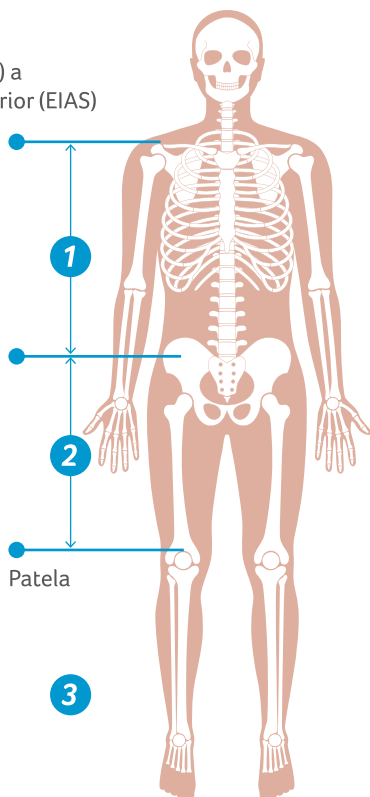
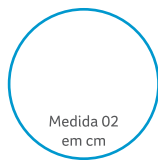
Nome: _____ Registro: _____

Email: _____ Celular: _____

Medida 01:
Ombro (acrômio clavicular) a
Espinha Ilíaca Antero Superior (EIAS)



Medida 02:
Espinha Ilíaca Antero Superior (EIAS) a Patela



Sistema Theratogs - GPTA e GFB

Tipo	Medida 01 em cm	Medida 02 em cm	Peso em Kg	GPTA - Postura e Alinhamento	GPTA - Postura e Alinhamento Duplo	GFB - Full Body
Lactente	20 - 27	18 - 27	7 - 11	GPTA110	GPTA2110	GFB100
Pré-escolar	28 - 35	28 - 32	12 - 20	GPTA210	GPTA2210	GFB200
Pediatrico	36 - 40	33 - 47	21 - 30	GPTA310	GPTA2310	GFB300
Adulto Pequeno	41 - 45	48 - 55	31 - 54	GPTA410	GPTA2410	GFB400
Mulher M	46 - 52	56 - 62	55 - 77	GPTA610		GFB600
Mulher G	51 - 56	63 - 69	78 - 91	GPTA620		GFB620
Homem M	46 - 49	56 - 62	55 - 77	GPTA710		GFB700
Homem G	50 - 56	63 - 69	78 - 89	GPTA720		GFB720

Obs: A idade e o peso são apenas diretrizes - não faça o pedido sem as medidas corretas.

WhatsApp: 19 97126-8956
loja.fisio vital.com.br

Data: _____ Assinatura Profissional: _____

Theratogs Formulário de Medidas (Pedido Médico)

Nome da Criança: _____ Data de Nascimento: _____

Nome do Responsável: _____

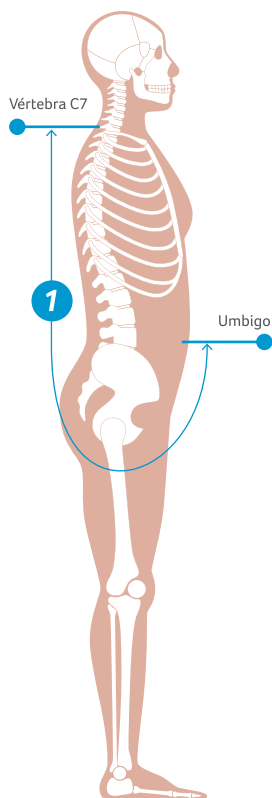
Email: _____ Celular: _____

Profissional -----

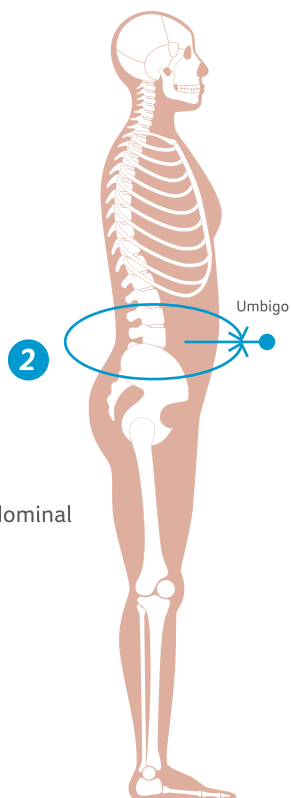
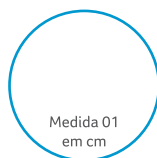
Nome: _____ Registro: _____

Email: _____ Celular: _____

Medida 01:
Comprimento
do tronco ao umbigo.
C7 ao umbigo sobre a fralda.



Medida 02:
Circunferência abdominal
Na altura do umbigo.



Sistema Theratogs Wunzi - Bebês

Tipo	Idade em Meses	Medida 01 em cm	Medida 02 em cm	GPTA - Postura e Alinhamento
Wunzi PP-Pequeno	0 - 3	0 - 41	0 - 41	GWZ25
Wunzi P-Pequeno	3 - 6	42 - 51	42 - 44	GWZ50
Wunzi Pequeno	6 - 12	52 - 56	45 - 46	GWZ75
Wunzi Medio	12 - 18	57 - 61	47 - 51	GWZ100
Wunzi Gande	18 - 24	62 - 69	52 - 53	GWZ125

Obs: A idade e o peso são apenas diretrizes - não faça o pedido sem as medidas corretas.



WhatsApp: 19 97126-8956
loja.fisioital.com.br

Fisioital

Data: _____ Assinatura Profissional: _____

Theratogs Formulário de Medidas (Pedido Médico)

Nome da Criança: _____ Data de Nascimento: _____

Nome do Responsável: _____

Email: _____ Celular: _____

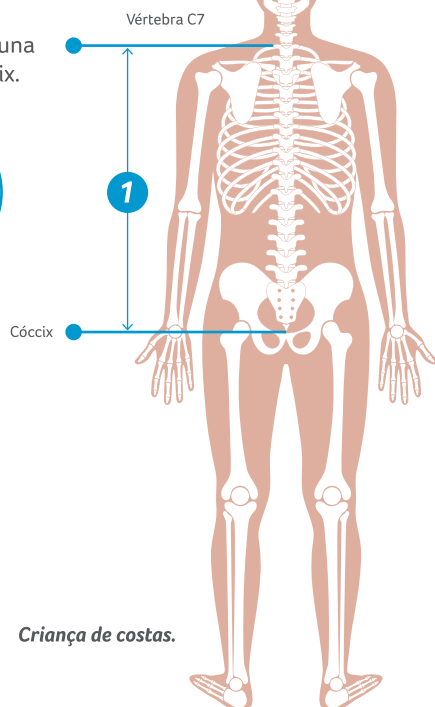
Profissional -----

Nome: _____ Registro: _____

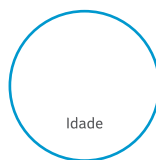
Email: _____ Celular: _____

Medida 01:

Comprimento da Coluna
Vertebral C7 ao Cóccix.



Criança de costas.



Órtese DragonFly

Medida 01 em cm	Modelo DragonFly
26 - 32	DFLY30A
33 - 39	DFLY33A
40 - 47	DFLY40A
48 - 52	DFLY48A
52 - 56	DFLY53A

Obs: A idade e o peso são apenas diretrizes - não faça o pedido sem as medidas corretas.

Data: _____ Assinatura Profissional: _____

WhatsApp: 19 97126-8956
loja.fisioital.com.br