|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Serviço** | **Empresa** | **Nome do contato** | **Informações de contato** |
| **Outros fornecedores de cadeiras de rodas** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Hospitais/Clínicas médicas** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Reabilitação** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Conserto no local** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Outros recursos (educação, trabalho, recreação, igreja, etc.)** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |