Solicitação de Fisioterapia

Unimed Campina Grande

Nº Guia

Nome

Cód. do Benef. | Data Nasc.

Sexo | Telefone

Nível de prioridade do procedimento solicitado

Fisioterapia motora	( )1	( )2
Fisioterapia neurológica	( )1	( )2
Fisioterapia respiratória	( )1	( )2
Fisioterapia vascular	( )1	( )2

1 - Agudo
2 - Crônico

Quantidade por:

Semana

Mês

Hipótese Diagnóstica e exames complementares (anexar)

Justificativa (Descrever a sequela e o quadro clínico atual)

☐ Primeira consulta ☐ Continuidade de tratamento

Procedimentos anteriores

( ) Fisioterapia motora
( ) Fisioterapia neurológica
( ) Fisioterapia respiratória
( ) Fisioterapia vascular

Duração TTOS já realizados

( ) 01 a 03 meses
( ) > 03 meses: _____ meses

Profissional solicitante (carimbo e assinatura) | Data da solicitação

Parecer do regulador | Data da autorização

ANS nº 367397