

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ACUPUNTURA

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome: _____ CRM: _____ Celular: _____
 Acupunturista () Sim () Não

TERMO DE RESPONSABILIDADE – TRATAMENTO RESTRITO A ACUPUNTURISTA

- Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário e à vigilância sanitária as informações médicas que se fizerem necessárias.
- Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da UNIMED a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço, para informações complementares.
- Em situações excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimento estando, sujeito a exame pericial.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Código do Beneficiário: _____
 Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Telefone: _____

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO

Diagnóstico: _____

Tempo de Início da Patologia: _____

Histórico da Patologia Atual: _____

Tratamentos Anteriores: _____

Proposta de Tratamento (Número de Sessões): _____

Periodicidade: _____

Previsão de Alta: _____

ANAMNESE