



# Solicitação de Fisioterapia

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 seqüela 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