



Título

## ENCAMINHAMENTO PARA TERAPIAS ESPECIAIS

Identificação do Documento  
**REG-EVB-011**

Revisão  
01

Data  
10/01/2023

### Informações do Beneficiário

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Nº da Carteira: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Informações do Médico Solicitante

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

### Profissionais Solicitados

Fonoaudiólogo

Nutricionista

Psicólogo

Terapia Ocupacional

### Diagnóstico Inicial

Descrição do CID (Opcional):

### Justificativa para o encaminhamento

### Exames Relacionados ao quadro/ Dados laboratoriais

### Medicamentos Utilizados

### Observação Importante:

Reconheço que esta solicitação está sujeita as diretrizes de utilização da ANS e autorizo a divulgação de CID e/ou dados clínicos para fins de análise da auditoria da Unimed.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário

### Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante

--