**#10**

**FOP 174.04 - SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO PARA FISIOTERAPIA DOMICILIAR**

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO** |
| **Nome** (Completo e sem abreviação):      |
| **Beneficiário:** **[ ]  Titular [ ]  Dependente** | **Data de Nascimento:**    /    **/**      |
| **Endereço:**       | **CEP:**       |
| **Bairro:**       | **Cidade:**       | **UF:**       |
| **Telefone com./res.: (**  **)**      | **Telefone celular: (**  **)**      |
| **E-mail:** |
| **Observação** Este documento terá validade de 3 (três) meses a contar da data de emissão.  |
| **QUADRO CLÍNICO** |
| **Resumo do histórico clínico** (descrever a necessidade detalhada da fisioterapia e resultados dos exames realizados): |
| **Tipo de Fisioterapia:**  |  |
| **Locomoção do Beneficiário** |  |
| **Quantidade de sessões e periodicidade:** |
| **Período do tratamento:**  |  |
| **CID:**       |
| **INFORMAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE** |
| **Nome do(a) Médico(a):**       |
| **Número do CRM:**       | **Telefone: (**  **)**      |
| **ASSINATURA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  Local e Data  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e Carimbo do Médico Assistente | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Beneficiário |

****