**#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 | | | | |

****