

Declaração Médica para fins de Solicitação de Autorização Especial de Fisioterapia Domiciliar

Declaro, para fins de solicitação de autorização especial de fisioterapia domiciliar, que o(a) Sr(a) _____, inscrito no CAPESAÚDE sob a matrícula número _____, é portador(a) da(s) patologia(s) (_____ e/ou _____),

CID

DIAGNÓSTICO

encontrando-se incapacitado(a) de locomover-se, portanto, restrito(a) ao leito, sendo indicado tratamento fisioterápico no domicílio, conforme detalhamento a seguir:

Tipo: Motora Respiratória Motora e Respiratória Outra _____

Número Total de Sessões: _____ Frequência: _____ vez(es) por semana

Tempo Previsto de Tratamento: _____

Outras Informações: _____

LOCAL E DATA

CARIMBO / ASSINATURA / CRM E CPF DO MÉDICO

ASSINATURA DO TITULAR

Deferido

Indeferido

CARIMBO / ASSINATURA DO MÉDICO DA CAPESESP