



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**

**SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA**

ENCAMINHADOR SOLICITANTE:

NOME DO PACIENTE:

DT NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SEXO:

ID PACIENTE:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

MUNICÍPIO:

TELEFONE:

NÍVEL DE PRIORIDADE DO PROCEDIMENTO SOLICITADO (CF CLASSIF. PROTOCOLO):

FISIOTERAPIA MOTORA	( ) 1	( ) 2
FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA	( ) 1	( ) 2
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	( ) 1	( ) 2
FISIOTERAPIA VASCULAR	( ) 1	( ) 2

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR):

JUSTIFICATIVA (DESCREVER A SEQÜELA E O QUADRO CLÍNICO ATUAL):

( ) PRIMEIRA CONSULTA

( ) CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PROCEDIMENTOS ANTERIORES:

DURAÇÃO TTOS JÁ REALIZADOS:

( ) FISIOTERAPIA MOTORA  
( ) FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA  
( ) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA  
( ) FISIOTERAPIA VASCULAR

( ) 01 A 03 MESES  
( ) > 03 MESES: \_\_\_\_\_ MESES

PROFISSIONAL SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA):

DT SOLICITAÇÃO:

PARECER DO REGULADOR:

DT AUTORIZAÇÃO: