



Parecer Técnico Atendimento Fisioterápico

Nome do Credenciado:	Cód. Conv.:
Nome do Beneficiário:	Matricula:
Informações da requisição médica	
Número de atendimentos prescrito na requisição médica:	
Diagnóstico clínico:	
Área ou região do corpo:	
Informações do atendimento	
Número de sessões diárias:	
Início do atendimento para essa requisição médica:	
Data de possível conclusão dessa requisição no mesmo mês, ou, em caso do tratamento for estendido para o próximo mês:	
Faça um breve resumo do atendimento a ser realizado	
Assinatura e carimbo:	Data:

Observações:

- ➔ Salientamos a importância da verificação da data constante na requisição médica apresentada, tendo a validade de até 30 (trinta) dias.
- ➔ Informamos que após o término da realização do número de sessões indicadas na requisição médica, é necessário o retorno do beneficiário ao seu médico para nova avaliação e se necessária continuidade, para que seja gerada nova requisição médica.
- ➔ Encaminhar em arquivo PDF para o e-mail atendimento_credenciado@ibcm.org.br acompanhado da requisição médica.