ESTE DOCUMENTO CONTÉM DADOS PESSOAIS E/OU SENSÍVEIS – LGPD 13.709/2018

Data da solicitação:__/_____/___

Provável data da realização do procedimento: ___/___/____

Paciente: _____

Código Unimed:_____

Idade:_____

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Médico prestador:_____

Local da execução (Hospital, Clínica):_____

1)Laudo de exames diagnósticos pré-procedimento, Cintilografia perf. Renal, Eco Doppler com fluxo, arteriografia, angio TC etc.
(anexar)_____

2)Descrição sumária dos sinais e sintomas pré-procedimento, perda da função renal, claudicação intermitente, lesão trófica distal, dor em repouso, etc. _____

_____

_____

_____

3)Apresenta co-morbidades? ( ) sim ( )não
Quais?_____

4) Informações pertinentes :

A) Qual(is) artérias periféricas serão alvo de tratamento? Dir ? Esq ?

_____

B) Número e tipo (características) de stents solicitados._____

_____

C) Qual(is) o(s) diâmetro(s) do(s) vaso(s) que será(ão) tratado(s)?_____

_____

D) Qual(is) a(s) extenção(ões) da(s) lesão(ões) que será(ão) tratada(s)?_____

_____

E) Estenose? ( ) sim ( )não Oclusão? ( ) sim ( )não Reestenose ? ( ) sim ( )não

F) Outros materiais especiais? Quais: _____

_____

_____

5) Contra-indicação para tto cirúrgico convencional? Qual?_____

_____

Quais os códigos CBHPM solicitados:_____

Solicito o envio destes esclarecimentos de maneira **tipada/digitada** devido as dificuldades de compreensão da grafia e borramento na cópia e/ou Scanner.

Solicito o envio do número do telefone celular e e-mail para contato ético personalizado consultor-cooperado: _____

A Unimed _____ aguardará este documento conforme descrito acima para proceder com a autorização. Desde já agradeço a sua cooperação, buscando uma melhoria e maior agilidade nos nossos processos de autorização.

Codificações Envolvidas :

4.08.13.26-6 Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial ou venosa - por vaso. 10A.

4.08.13.35-5 Colocação percutânea de stent vascular. 8C.

4.08.13.33-9 Colocação de stent renal. 10B.