Unimed
Rio Claro
ANS - n.º 306126

Ao
SERVIÇO DE AUDITORIA MÉDICA DA UNIMED DE RIO CLARO-SP
Av. 3, 654 – Centro – Rio Claro (SP)

ENCAMINHAMENTO

Aos profissionais Paramédicos e Médico Psiquiatra, para fins de CIRURGIA BARIÁTRICA

Cliente:_____ Idade:_____

Código do cartão UNIMED: _____

Por tratar-se de benefício exclusivo a clientes pertencentes aos Planos Regulamentados pela Lei nº 9656/98, solicito verificar cobertura contratual para:

( ) AVALIAÇÃO NUTRICIONAL / PSICOLÓGICA/ PSIQUIÁTRICA

Pré-Cirúrgico: Avaliação IMC, Orientações Dieta Hipocalórica, Orientações Dieta Líquida, Avaliação Psicológica e Psiquiátrica.

Pós-Cirúrgico: Orientações Nutricionais, Acompanhamento Psicológico e Psiquiátrico.

Justificativa Médica:

_____

_____

_____

_____

CID:_____ Data: ____/____/____ Médico Cirurgião: _____

AUDITORIA MÉDICA UNIMED

Após avaliar se o Contrato possui Cobertura para a Cirurgia Bariátrica:

( ) Liberado para Avaliação do IMC com NUTRICIONISTA: _____ ___/___/____
Auditor

( ) Após análise do IMC informado pela Nutricionista: Liberado para Avaliação Psicológica/Psiquiátrica e demais Serviços como Dietas, etc (Conforme protocolo de Bariátrica):

_____ ___/___/____
Auditor