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 (enviar por meio eletrônico) pré-procedimento (ECG, TE, CINTILO, ECO STRESS, Cinecoronariografia , CAT): _____

2) Descrição sumária dos sinais e sintomas pré-procedimento:_____

_____

3) Apresenta co-morbidades? _____ Quais?_____

_____

4) Informações pertinentes :

A) Qual(is) artérias coronárias serão alvo de tratamento?_____

B) Número de stents solicitados: Convencional ou recoberto ?

( ) Convencional BMS. Quantidade = _____

( ) Farmacológico/Recoberto DES. Quantidade = _____

C) Indique qual a artéria coronária a ser tratada, bem como o diâmetro do vaso, grau de estenose e comprimento da lesão alvo:

	Diâmetro(s) do(s) vaso(s)	% de estenose	Comprimento da lesão
( ) Tronco da coronária esq.	_____	_____	_____
( ) Descendente. anterior esq.	_____	_____	_____
( ) 1ª Diagonal	_____	_____	_____
( ) 2ª Diagonal	_____	_____	_____
( ) Circunflexa	_____	_____	_____
( )1ª Marginal	_____	_____	_____
( )2ª Marginal	_____	_____	_____
( ) Coronária Direita	_____	_____	_____
( ) Descendente posterior	_____	_____	_____
( ) Ponte de Safena	_____	_____	_____
( ) _____	_____	_____	_____

F) Reestenose intra-stent? ( ) sim ( ) não

Quais os códigos de honorários solicitados.

_____

_____

Gentileza enviar estes esclarecimentos de maneira **tipada/digitada** devido as dificuldades de compreensão da grafia e borramento na cópia e/ou Scanner.

Gentileza fornecer o número do telefone celular e e-mail para contato ético personalizado consultor-cooperado:

Celular ( ) _____

E-mail: _____

A Unimed aguardará este documento conforme descrito acima para proceder com a autorização.

Codificações Envolvidas:

3.09.12.26-1 Angioplastia transluminal percutânea de bifurcação e de tronco com implante de stent. 12B.

3.09.12.03-2 Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de stent. 12A.
3.09.12.10-5 Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso). 10C.

3.09.12.18-0 Recanalização arterial no IAM - angioplastia primária - com implante de stent com ou sem suporte circulatório (balão intra-órtico). 12C.