

Solicitação de Tratamento Endovascular com/sem Implante de Stent Periférico.(Renais, Ilíacas, Femorais.....)

Data da solicitação, ____/____/20____.

Provável data da realização do procedimento: ____/____/20____.

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, 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? _____

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

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

D) Qual(is) a(s) extensão(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 AMB/92 ou CBHPM solicitados: _____

Solicito o envio destes esclarecimentos de maneira **tipada/digitada** devido as dificuldades de compreensão da grafia e borramento no FAX 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.



ANS - n.º 371254

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

[illegible]