



ENCAMINHAMENTO PARA: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

ANS - nº 30812-G

ATENÇÃO SECRETÁRIA,

Orientar o cliente que poderá utilizar os seguintes canais para entregar este documento à UNIMED, de acordo com seu tipo de Plano:

() Plano Unimed de Rio Claro – Centro Multidisciplinar

Whatsapp – (19) 3522-7100 – Email: centromulti@unimedrc.com.br ou presencial

Avenida 20 nº 780 – Ruas 7 e 8 – Santana.

() Plano de outras Unimed (Cliente de Intercâmbio) - Central de Autorizações de Terapias

Whatsapp – (19) 3526-6702 – Email: terapias@unimedrioclaro.com.br ou presencial

Avenida 3 nº 654 - esquina rua 8 – Centro.

CLIENTE

CÓDIGO

IDADE

Por tratar-se de benefício exclusivo a clientes pertencentes aos Planos Regulamentados pela Lei 9656/98, solicito avaliar a necessidade terapêutica de abordagem psicológica para o cliente acima especificado.

DESCRIÇÃO RESUMIDA DO CASO:	CID 10:

DATA: ____/____/____ Carimbo e Assinatura do Médico ou Psicólogo _____

Declaro permitir a divulgação de meu CID diagnóstico e/ou descrição resumida neste documento.

Assinatura do cliente:

AVALIAÇÃO DO MÉDICO AUDITOR		
DATA: ____/____/____	Carimbo e Assinatura	CID 10:

RECEPÇÃO CENTRO MULTIDISCIPLINAR - UNIMED RIO CLARO:			
DATA: ____/____/____	Período:		
Data da triagem: ____/____/____	Nome do Psicólogo:	<input type="text"/>	
Funcionário responsável:	<input type="text"/>	Já esteve em terapia psicológica?	<input type="text"/>
Vigência do contrato: <input type="text"/>	Nº sessões já utilizadas: <input type="text"/>	Sessões na atual vigência:	<input type="text"/>