



ANS - nº 30612-6

Prezado Cliente,
Este documento deverá ser encaminhado à Unimed via
WhatsApp (19) 3526 – 6702 ou entregue na sede Administrativa
UNIMED – Av. 3, 654 – Central de Autorizações.

ENCAMINHAMENTO MÉDICO

() Fonoaudiologia

() Nutrição

() Terapia Ocupacional

CLIENTE: _____ IDADE: _____

CÓDIGO DO CARTÃO: _____

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

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

Solicitação de nutrição preencher campos abaixo:

PESO: _____ ALTURA: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

AVALIAÇÃO DE GRAVIDADE: _____/++++ AVALIAÇÃO DE RISCO: _____/++++

Data: ____/____/____

(Assinatura do médico assistente e carimbo)

ESPAÇO DESTINADO A UNIMED – AUTORIZAÇÕES
