



ENCAMINHAMENTO PARA: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

ANS - nº 30812-D

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) 3522-7103 – 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**

Whatsapp – (19) 3526-6717 – Email: atendimento@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: _____		
Funcionário responsável: _____		Já esteve em terapia psicológica?	
Vigência do contrato: <input type="checkbox"/>	Nº sessões já utilizadas: <input type="checkbox"/>	Sessões na atual vigência:	<input type="checkbox"/>