

Ao
SERVIÇO DE AUDITORIA MÉDICA DA UNIMED DE RIO CLARO-SP
Av. 3, 654 – Centro – Rio Claro (SP)

ENCAMINHAMENTO

Aos profissionais Paramédicos e Médico Psiquiatra, para fins de **CIRURGIA BARIÁTRICA**

Cliente: _____ Idade: _____

Código do cartão UNIMED: _____

Por tratar-se de benefício exclusivo a clientes pertencentes aos Planos Regulamentados pela Lei nº 9656/98, solicito verificar cobertura contratual para:

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL / PSICOLÓGICA/ PSQUIÁTRICA

Pré-Cirúrgico: Avaliação IMC, Orientações Dieta Hipocalórica, Orientações Dieta Líquida, Avaliação Psicológica e Psiquiátrica.

Pós-Cirúrgico: Orientações Nutricionais, Acompanhamento Psicológico e Psiquiátrico.

Justificativa Médica:

CID: _____ Data: ___/___/___ Médico Cirurgião: _____

AUDITORIA MÉDICA UNIMED

Após avaliar se o Contrato possui Cobertura para a Cirurgia Bariátrica:

Liberado para Avaliação do IMC com NUTRICIONISTA: _____ / ___ / ___
Auditor

Após análise do IMC informado pela Nutricionista: Liberado para Avaliação Psicológica/Psiquiátrica e demais Serviços como Dietas, etc (Conforme protocolo de Bariátrica):

_____/_____/_____
Auditor