Avaliação de Solicitação de Facectomia

Unimed Maringá

Nome do Cliente:	Código do Cliente:
Cliente Desde:	Última Migração:
Tipo de Plano: ☐ Uniplan ☐ Local	Regulamentado: ☐ PF e PJ (<60 Clientes) ☐ PJ s/ CPT ☐ PJ com EQ
Carência para Órtese e Prótese:	
CPT Declarada: ☐ Sim ☐ Não	CID´s 10: / Carência Até: / /

Histórico:

Exame com Lâmpada de Fenda:

Médico Auditor:

De Acordo: ☐ Sim ☐ Não

Contato com Solicitante (nome/telefone):

Terceira Opinião (nome do médico):

Telefone:

_____ ___/___/___

Médico Auditor

Obs.:_____

_____

_____

ANS-nº371254