|  |
| --- |
| **Dados da Internação** |
| Nome do beneficiário      | Código do beneficiário      |
| Médico assistente/ especialidade      | Nº Guia de referência      |
| Nome do hospital      | Período de internação  /  /     a   /  /     |
| **Interconsulta/ Parecer/ Acompanhamento (1)** |
| Médico solicitante/ especialidade      | **[ ]** Interconsulta/ Parecer     /      /           h     min |
| Médico solicitado/ especialidade      | **[ ]** Acompanhamento     /      /      a      /      /      |
| **Justificativa de interconsulta / parecer / acompanhamento do especialista**[ ]  Paciente portador de doença de base       com necessidade de interconsulta / parecer de especialista para orientação ao médico assistente.[ ]  Paciente portador de doença de base       que necessita assistência diária para ajuste de medicação ou condição que não pode ser tratada ou acompanhada apenas pelo médico assistente (detalhar justificativa abaixo).[ ]  Paciente portador de doença de base       que exige tratamento paralelo a condição que determinou sua internação (detalhar justificativa abaixo).[ ]  Outro (detalhar justificativa abaixo).Justificativa:       |
| **Interconsulta/ Parecer/ Acompanhamento (2)** |
| Médico solicitante/ especialidade      | **[ ]** Interconsulta/ Parecer     /      /           h     min |
| Médico solicitado/ especialidade      | **[ ]** Acompanhamento     /      /      a      /      /      |
| **Justificativa de interconsulta / parecer / acompanhamento do especialista**[ ]  Paciente portador de doença de base       com necessidade de interconsulta / parecer de especialista para orientação ao médico assistente.[ ]  Paciente portador de doença de base       que necessita assistência diária para ajuste de medicação ou condição que não pode ser tratada ou acompanhada apenas pelo médico assistente (detalhar justificativa abaixo).[ ]  Paciente portador de doença de base       que exige tratamento paralelo a condição que determinou sua internação (detalhar justificativa abaixo).[ ]  Outro (detalhar justificativa abaixo).Justificativa:       |
| Nome do médico auditor da Unimed executora      | Nº CRM do médico auditor da Unimed executora      |
| Este formulário é de preenchimento obrigatório por médico auditor da Unimed executora quando o número de visitas médicas hospitalares cobradas no período for superior a 1,5 vezes o número de diárias hospitalares cobradas no mesmo período. Neste caso devem ser justificadas todas e quaisquer interconsultas, pareceres ou acompanhamentos realizados, exceto as visitas hospitalares pelo médico assistente responsável pela internação. Caso o número de justificativas seja superior a duas, utilizar outro formulário. Este formulário deve ser obrigatoriamente enviado junto ao arquivo PTU da respectiva internação. |