|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | | | |