

		VIVER BEM - UNIMED ANDRADINA				
SOLICITAÇÃO DE HOME CARE						
Nome Completo					Data	
Código Unimed		Idade		Sexo		
Nome do responsável pelo paciente						
Médico Solicitante				Tel. Médico Solicitante		

Relatório Médico	
<p>À Unimed Andradina Serviço de Atenção Domiciliar. Solicito avaliar a necessidade de HOME CARE para o (a) paciente:</p> <p>_____ ,</p> <p>com hipótese diagnóstica de _____</p> <p>CID: _____</p> <p>O Serviço de Atenção Domiciliar avaliará a elegibilidade ou não conforme criterios da tabela Nead para eventual instalação do Serviço de Home Care.</p> <p style="text-align: right;">Andradina, _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Carimbo e Assinatura do Médico</p>	
<p>** Toda solicitação para Atenção Domiciliar será previamente analisada antes da autorização.</p>	