MultiCare

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM)

DATA DO PEDIDO	DATA PREVISTA
/ / 20	/ / 20

ANS Nº 348732	OPERADORA	CÓDIGO DO USUÁRIO
	Multicare	

DADOS DO PACIENTE (USUÁRIO OU BENEFICIÁRIO)

NOME DO USUÁRIO	CÓDIGO DO USUÁRIO

PLANO DO BENEFICIÁRIO	DATA DE NASC.	IDADE	SEXO DO BENEFICIÁRIO
			☐ Masculino ☐ Feminino

DADOS DO SOLICITANTE E DO EXECUTOR

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE	CRM	UF	DDD	TELEFONE CONTATO

VINCULAÇÃO À OPERADORA	EMAIL DO SOLICITANTE	DDD	FAX DE CONTATO
☐ Credenciado/Ref. ☐ Livre Escolha / Particular ☐ Vinculado à Clin/Hosp			

NOME DO PRESTADOR EXECUTOS (CREDENCIADO/REFERENCIADO)	CÓDIGO DO CONTRATO

DDD	TELEFONE DE CONTATO	DDD	FAX DE CONTATO	EMAIL DO PRESTADOR / EXECUTOR (CREDENCIADO OU REFERENCIADO)

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PROPOSTO

DT DIAGNÓSTICO	CID-10	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
/ /			

CÓD. PROC. PRINCIPAL	QTD	CÓD. PR. SECUNDÁRIO	QTD	CÓD. PROC. TERCIÁRIO	QTD	LOCAL
						☐ Cirurgia/trat Ambulatorial ☐ Cirurgia/trat. em Internação

MATERIAIS PROPOSTOS

DISCRIMINAÇÃO	REG. ANVISA	QTD	FABRICANTE	FORNECEDOR	PREÇO UNITÁRIO

Valor total final dos materiais SEM margem de comercialização, porém já incluindo QUANTIDADES TOTAIS:	R$

Margem de comercialização:	%	VALOR FINAL PROPOSTO (COM MARGEM):	R$

JUSTIFICATIVA MÉDICA / OBSERVAÇÕES	

	USO EXCLUSIVO DA MULTICARE	
		DATA ANÁLISE
ASSINATURA DO SOLICITANTE		/ / 20