



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

DATA DO PEDIDO

/ /20

DATA PREVISTA

/ /20

ANS Nº:
34547-4

OPERADORA

ESTIPULANTE

DADOS DO PACIENTE (USUÁRIO OU BENEFICIÁRIO)

NOME DO USUÁRIO

CÓDIGO DO USUÁRIO

PLANO DO BENEFICIÁRIO

DT NASCIMENTO

IDADE

SEXO DO BENEFICIÁRIO

 Masculino Feminino**DADOS DO SOLICITANTE E DO EXECUTOR**

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

UF

DDD

TELEFONE CONTATO

VINCULAÇÃO À OPERADORA

 Credenciado /Ref. Livre Escolha / Particular Vinculado à Clin/Hosp.

EMAIL DO SOLICITANTE

DDD

FAX DE CONTATO

NOME DO PRESTADOR EXECUTOR (CREDENCIADO/REFERENCIADO)

CNPJ DO PRESTADOR

DDD TELEFONE 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
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					

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 GAMA SAÚDE

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO SOLICITANTE

/ /20