

NUMERO SOLICITAÇÃO:		DATA DA SOLICITAÇÃO:		SOLICITANTE:		CÓDIGO DO REFERENCIADO:					
		AUTORIZAÇÃO - MATERIAIS ESPECIAIS FAX (0XX21)2503-5874									
		Senha:		Data do Evento:		Número de identificação do segurado (paciente)		CPF do segurado			
Nome do segurado (paciente):						Sexo		Idade			
						() Masc		() Fem			
Hospital/Clinica:				Código de referenciamento do Hospital/Clinica:				Telefone do Hospital/Clinica			
Descrição da(s) Cirurgia(s)								Código Procedimento Bradesco			
Discriminação dos Materiais											
ITEM	QUANTIDADE	MARCA	FORNECEDOR				ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
Médico Cirurgião - Assinatura e carimbo						TELEFONE:					
						FAX:					
CRM:						E.mail:					
FORNECEDOR 1 :				Fornecedor 2:				Fornecedor 3			
Tel.: (11)				Tel.: (11)				Tel.: (11)			
NOTA FISCAL:						LOCAL DO PAGAMENTO:					
Uso BRADESCO SAÚDE											
A) AUTORIZADO				B) PENDÊNCIA				C) NÃO AUTORIZADO			
<input type="checkbox"/> Pagamento hospital - cobrar em conta <input type="checkbox"/> Pagamento fornecedor <input type="checkbox"/> Cobertura somente por Reembolso <input type="checkbox"/> Outros				<input type="checkbox"/> Especificação completa do material <input type="checkbox"/> Nome do fabricante/fornecedor <input type="checkbox"/> Aguardando resposta do fornecedor <input type="checkbox"/> Preencher campo(s) assinalado(s) <input type="checkbox"/> Outros				<input type="checkbox"/> Sem cobertura contratual <input type="checkbox"/> Sem registro no Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Não necessita autorização			
						Visto					
PROJETO DE OPME											