

| | | | | | | | | | |
|---|------------|--|--|--|---------------------|--|--|------------------------------|--|
| 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 () Masc () Fem | | Idade | |
| 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 | | | |
| () Pagamento hospital - cobrar em conta | | | () Especificação completa do material | | | () Sem cobertura contratual | | | |
| () Pagamento fornecedor | | | () Nome do fabricante/fornecedor | | | () Sem registro no Ministério da Saúde | | | |
| () Cobertura somente por Reembolso | | | () Aguardando resposta do fornecedor | | | () Não necessita autorização | | | |
| () Outros | | | () Preencher campo(s) assinalado(s) | | | | | | |
| | | | () Outros | | | Visto | | | |
| PROJETO DE OPME | | | | | | | | | |