



# SOLICITAÇÃO DE OPME (Órtese, Prótese e Material Especial)

- ( ) Internado  
( ) Eletivo  
( ) Pós cirúrgico

NOME DO ASSOCIADO		MATRICULA	PLANO
SENHA	HOSPITAL		FAX DE RETORNO (Hospital)
NOME DO CIRURGIÃO (ASSINATURA E CARIMBO OBRIGATÓRIOS E/OU ENVIO DO RELATÓRIO MÉDICO COM PEDIDO DE MATERIAL ANEXO)			TELEFONE DO CIRURGIÃO
CIRURGIA			DATA DA CIRURGIA ____ / ____ / ____

DESCRIÇÃO DO MATERIAL	FABRICANTE MARCA	REFERÊNCIA MATERIAL	REGISTRO ANVISA	QUANT.	VALOR UNITÁRIO

### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA GOLDEN CROSS

AGUARDANDO ENVIO	INFORMAÇÕES PÓS ANÁLISE	
<input type="checkbox"/> LAUDO PÓS-CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> COTAÇÃO DO MATERIAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____		
<b>OBRIGATÓRIO A INDICAÇÃO DE 3 (TRÊS) FORNECEDORES CONFORME RN 211 DA ANS</b>		
FORNECEDOR 1		TELEFONES
FORNECEDOR 2		TELEFONES
FORNECEDOR 3	TELEFONES	

VALOR TOTAL	FUNCIONÁRIO GOLDEN CROSS
-------------	--------------------------