

NUMERO SOLICITAÇÃO:		DATA DA SOLICITAÇÃO:		SOLICITANTE:		CÓDIGO DO REFERENCIADO:			
		AUTORIZAÇÃO - MATERIAIS ESPECIAIS - FAX (0XX21)40042762							
		Senha:		Data do Evento:		Número de identificação do segurado (paciente)		CPF do segurado	
Nome do segurado (paciente):						Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> Pagamento hospital - cobrar em conta			<input type="checkbox"/> Especificação completa do material			<input type="checkbox"/> Sem cobertura contratual			
<input type="checkbox"/> Pagamento fornecedor			<input type="checkbox"/> Nome do fabricante/fornecedor			<input type="checkbox"/> Sem registro no Ministério da Saúde			
<input type="checkbox"/> Cobertura somente por Reembolso			<input type="checkbox"/> Aguardando resposta do fornecedor			<input type="checkbox"/> Não necessita autorização			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Preencher campo(s) assinalado(s)						
			<input type="checkbox"/> Outros						
						Visto			
PROJETO DE OPME									