



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

DATA DO PEDIDO
/ /20

DATA PREVISTA
/ /20

OPERADORA: **MT SAÚDE** 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 DO MT SAÚDE

ASSINATURA DO SOLICITANTE

DATA ANÁLISE

/ /20