



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ÓRTESES, PRÓTESES OU MATERIAIS ESPECIAIS

DATA DO PEDIDO
/ /20

DATA PREVISTA
/ /20

ANS No. 33616-5	OPERADORA	ESTIPULANTE
------------------------	-----------	-------------

DADOS DO PACIENTE (USUÁRIO OU BENEFICIÁRIO)

NOME DO USUÁRIO			CÓDIGO DO USUÁRIO		
PLANO DO BENEFICIÁRIO	DT NASCIMENTO	IDADE	SEXO DO BENEFICIÁRIO		
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		

DADOS DO SOLICITANTE E DO EXECUTOR

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE				CRM	UF	DDD	TELEFONE CONTATO
VINCULAÇÃO À OPERADORA			EMAIL DO SOLICITANTE		DDD	FAX DE CONTATO	
<input type="checkbox"/> Credenciado /Ref. <input type="checkbox"/> Livre Escolha / Particular <input type="checkbox"/> Vinculado à Clin/Hosp.							
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	
						<input type="checkbox"/> Cirurgia/trat Ambulatorial <input type="checkbox"/> 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 DA CONNECTMED-CRC

ASSINATURA DO SOLICITANTE

DATA ANÁLISE

/ /20