



# SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE MEDICAÇÕES ESPECIAIS EM INTERNAÇÃO

DATA DO PEDIDO
/ /20
DATA PREVISTA
/ /20

<b>ANS Nº 33616-5</b>	OPERADORA	ESTIPULANTE (EMPRESA)
-----------------------	-----------	-----------------------

### DADOS DO PACIENTE (USUÁRIO OU BENEFICIÁRIO)

NOME DO USUÁRIO			CÓDIGO DO USUÁRIO		
PLANO DO BENEFICIÁRIO	DT NASCIMENTO	IDADE	SEXO DO BENEFICIÁRIO		
			<input checked="" 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	DT INTERNAÇÃO	SENHA LIBERADA	NATUREZA	
						/ /20		<input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência	

### USO DE MEDICAÇÕES ESPECIAIS

DISCRIMINAÇÃO	QTD	REG. ANVISA	QTDE	FORNECEDOR/LAB.

*Obrigatória a especificação e detalhamento de medicações de alto custo eventualmente utilizadas, mesmo que a utilização ocorra após o início da internação: Xigris, Cancidas, Ambisome, V Fend, Amphocil, Actilise, Stilamin, Sandostatin, Sandoglobulina, Interferon, Neumega, Interleucina*

**JUSTIFICATIVA  
MÉDICA /  
OBSERVAÇÕES**

### USO EXCLUSIVO DA SABESPREV

ASSINATURA DO SOLICITANTE		DATA ANÁLISE
		/ /20