SAÚDE BRB

ANS – nº 41431.0

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

1. Caráter da Cirurgia

☐Eletiva ☐Urgência/emergência

2. Dados do Paciente

Nome do paciente _____

Sexo: M ☐ F ☐

Data de Nascimento:____/____/_____Idade: _____

Telefone Contato: (__)_____

Nº do Cartão/Carteirinha_____

Tipo de Acomodação: ☐UTI ☐Apartamento

Observações: _____

3. Dados do Procedimento

Data da Cirurgia:____/____/_____

Local da Cirurgia:_____

Justificativa técnica:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Procedimentos	Codigo AMB/TUSS

4. Dados OPME:

Nome do Produto/Referência	Registro Anvisa	Quantidade

5. Dados da equipe médica
Nome do cirurgião_____
CRM: _____
Telefone para Contato Médico (_)_____
Email para Contato: _____
Tipo de anestesia: ☐ Geral ☐ Regional ☐ Sedação ☐ Local

6. Pagamento dos Honorários Médicos:
☐ Hospital
☐ Clínica Nome _____
☐ Associação Nome _____

Assinatura e CRM

Observações:
Procedimentos Eletivos:
*Em caso de utilização de OPME, indicar 3 marcar dos materais (conforme Resolução CFM 1956/2010);
*Solicitações devem estar acompanhadas de laudo de exames e/ou relatório médico.
*Em caso de envio de cotação dos materiais, informar os registros Anvisa, referência/modelo.

Procedimentos Urgência/Emergência (análise pós realização):
*Em caso de utilização de OPME, enviar o nome do fornecedor e do material.