



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

DATA DO PEDIDO

/ /20

DATA PREVISTA

/ /20

ANS Nº 40701-1

OPERADORA

GAMA SAÚDE LTDA

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 DA GAMA SAÚDE

ASSINATURA DO SOLICITANTE

DATA ANÁLISE

/ /20