



**PEDIDO PARA AUTORIZAÇÃO DE OPME  
ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS.**

Urgência / emergência  Eletivo

Prestador:

Responsável:

Setor:

Tel. contato:

Fax:

Nome do Paciente:

Matrícula:

Médico Solicitante:

CRM:

Tel. contato:

Código(s) do(s) procedimento(s):

**ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS SOLICITADOS**

	Descrição do Produto	Marca	Registro Anvisa	Nome Fornecedor E Telefone	Procedência	Qde.	Valor unit.	Valor total
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

**Valor total dos materiais com margem de comercialização:**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico solicitante

OBS: Indicar no mínimo 02 fornecedores

Os pedidos para autorização de materiais de alto custo para atendimentos eletivos deverão ser encaminhados com antecedência mínima de 5 dias.

O pedido deverá estar acompanhado do relatório médico.

**PARA USO DOPAS/PJF - SAÚDE SERVIDOR:**

Auditoria Médica:

Os materiais acima estão compatíveis com o(s) procedimento(s) solicitados.

Exceto os itens: \_\_\_\_\_,  
O qual não tem cobertura pelo PJF-Saúde Servidor.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura

Diretoria Assistencial:

Materiais autorizados:

Itens: \_\_\_\_\_

Parâmetros para cobrança:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura