

Anexo IX
Formulário de Pedido de Autorização para uso de OPME

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE OPME

1 - BENEFICIÁRIO 1.1 - NOME:

1.2 - MATRÍCULA:

CANOASPREV

2 - HOSPITAL:

2.1 - RESP. P/ PEDIDO:

2.2 - FONE:

3 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

3.1 - CÓDIGO REFERENCIAL :

3.2 - DATA PREVISTA PARA REALIZAÇÃO:

3.3 - NOME DO MÉDICO REQUISITANTE:

3.4 - CRM:

3.5 - MÉDICO QUE REALIZARÁ O PROCEDIMENTO:

3.6 - CRM:

4 - ESPECIFICAÇÃO (03 orçamentos)

	ITEM	DESCRIÇÃO	Nº REGISTRO NO MS	MARCA	FORNECEDOR	Taxa de Comercialização	Quantidade	VALOR EM R\$	
								UNITÁRIO	TOTAL
Orç 1									
Orç 2									
Orç 3									

5 - OBSERVAÇÕES:

5.1 - Esta solicitação deverá ser encaminhada ao CANOASPREV no mínimo 5 (cinco) dias úteis antes da data prevista para a e cópia do Certificado de Registro do Produto, no Ministério da Saúde, realização do procedimento, com 03 orçamentos;
5.2 - A descrição do material deverá ser correspondente aquela registrada no Ministério da Saúde (MS);
5.3 - Na coluna marca indique o nome usual do fabricante; na coluna fornecedor a denominação do vendedor/distribuidor do produto;
5.4 - Para cobrança do material deverá ser apresentada cópia da nota fiscal de aquisição do produto e a etiqueta quando for o caso; original do fornecedor onde conste data de validade;
5.5 - Tanto no valor unitário como no total deve constar o preço de aquisição/custo, sem considerar a taxa de comercialização que será acrescida ao valor da nota fiscal.
5.6 - Considerar como Materiais Especiais aqueles que apresentarem valor superior a R\$ 500,00 (quinhentos reais).

6 - HOSPITAL

6.1 - DATA DE EMISSÃO:

7 - CANOASPREV

7.1 - DATA DE RECEBIMENTO:

nome/assinatura do responsável pelo pedido

nome/assinatura do responsável pelo recebimento

8 - PARA USO DO CANOASPREV (DEFERIMENTO/ INDEFERIMENTO DO PEDIDO, PARCIAL/ TOTAL. QUANDO INDEFERIDO JUSTIFICAR).

data/nome e assinatura do responsável do CANOASPREV