**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 realização do procedimento, com 03 orçamentos e cópia do Certificado de Registro do Produto, no Ministério da Saúde. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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** | | | | | | | | | | | | | **7 - CANOASPREV** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 6.1- DATA DE EMISSÃO: | | | | |  | | | | |  |  |  | 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* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |