

1 - Registro ANS      3 - Número da Guia Referenciada      4 - Senha      5 - Data da Autorização

\_\_\_\_\_

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

\_\_\_\_\_

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira      8 - Nome

\_\_\_\_\_

**Dados do Profissional Solicitante**

9- Nome do Profissional Solicitante      10 - Telefone      11 - E-mail

\_\_\_\_\_

**Dados da Cirurgia**

12 - Justificativa Técnica

\_\_\_\_\_

**OPME Solicitadas**

13-Tabela	14-Código do Material	15-Descrição	16-Opção	17- Qtde. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtde. Autorizada
1-	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	20- Valor Unitário Autorizado	21-Registro ANVISA do Material	22-Referência do material no fabricante	23-Nº Autorização de Funcionamento		
	_____	_____	_____	_____		
2-	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3-	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4-	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____

24 - Especificação do Material

\_\_\_\_\_

25- Observação / Justificativa

\_\_\_\_\_

26 - Data da Solicitação      27- Assinatura do Profissional Solicitante      28- Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_\_\_