

Solicitante			Data da solicitação		
Hospital/Clinica		Código de referenciamento do Hospital/Clinica		Telefone do Hospital/Clinica	
Nome do Segurado(paciente)			Idade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Senha		Data da Cirurgia		Número de identificação do segurado (paciente)	
Procedimento(s) cirúrgico(s)			Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)		
Nome do médico cirurgião			CPF	CRM	Tel: do consultório Celular
Relatório médico detalhado (caso o campo seja insuficiente, anexar relatório médico)					

Discriminação dos materiais solicitados				Valor		
Item	Marca	Código de material	Especificação do Material	Quant	Proposto	Autorizado
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Anexar Laudos dos principais exames que justifiquem a indicação cirúrgica.

Obs.: Não preencher os campos de valor material, nos procedimentos referentes a Coluna e Crânio-Maxilo-Facial

Assinatura do cirurgião

Uso Bradesco Saúde

1- Lista de Material

- Autorizado conforme discriminação.
- Autorizado com as seguintes alterações:

- Anexar relatório médico comprovando o material efetivamente utilizado.
- Anexar laudo radiológico Pré ou Pós operatório.
- Não autorizado
- Não necessita de autorização prévia.

2- Cobrança/Pagamento

- Conta hospitalar – anexar laudo médico e nota fiscal
- Fornecedor – anexar laudo médico com material efetivamente utilizado.