



SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO USO DOMICILIAR - RN 338/2013

PROTOCOLO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

NOME	CODIGO
------	--------

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME	CODIGO
------	--------

3 - MÉDICO SOLICITANTE

NOME	CRM	
DATA DO ATENDIMENTO	LOCAL DO ATENDIMENTO (Hospital/Clinica)	Telefone

4 - MEDICAMENTO

Medicamento	Código TUSS	Reg ANVISA	Prescrição	Período	Qty

5 - JUSTIFICATIVA TÉCNICA DO PEDIDO

CID	DUT
Relatório	

6- Assinatura do solicitante

Eu, _____, declaro que fui cientificado e orientado, quanto ao auxílio ora solicitado, desde já sabendo que ele poderá ser fornecido de acordo com a Lei 9656/98 e regulamentação da ANS, obedecendo aos prazos e de acordo com as normas internas da APAS, bem como da análise da documentação apresentada.

_____ de _____ de _____
Local Dia Mês Ano Assinatura do Titular - PM/Pensionista Responsável

7. DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO

- Relatório do médico assistente contendo a justificativa da necessidade do tratamento, bem como, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes;
- Guia SADT _____
- Outros _____

ANÁLISE DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO

PROTOCOLO/Nº ANEXO

8 - CONFERÊNCIA ADMINISTRAÇÃO

DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA

INCOMPLETA

9 - ORÇAMENTO

Medicamento	Cód TUSS	Cód ANVISA	Qty	Fornec 1 CNPJ	Valor	Fornec 2 CNPJ	Valor	Fornec 3 CNPJ	Valor

Observações:

PARECER

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

DATA: / /

Administrador

10 - AUDITORIA MÉDICA

Observações:

PARECER

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

DATA: / /

Auditor

11 - DECISÃO

DATA: / /

AUTORIZADO

NÃO AUTORIZADO

JUSTIFICATIVA

TESOUREIRO

PRESIDENTE

12 - MEDICAMENTO

Medicamento	Código TUSS	Reg ANVISA	CNPJ Fornecedor	Nº NF	Quantidade	VALOR
DATA: / /	Total					

13 - RECIBO

DATA: / /

Declaro que recebi nesta data os medicamentos acima descritos.

Assinatura do Titular - PM/Pensionista Responsável