



SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DIVERSOS

PROTOCOLO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

NOME	CODIGO	TELEFONE
------	--------	----------

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

3 - MÉDICO SOLICITANTE

NOME	CRM
------	-----

DATA DO ATENDIMENTO	LOCAL DO ATENDIMENTO (Hospital/Clinica)	Telefone
---------------------	---	----------

4 - PROCEDIMENTO

Procedimento	Descrição	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;

☐

Pedido Médico/ Guia SADT _____

☐

Outros _____

ANÁLISE DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DIVERSOS		PROTOCOLO
8 - CONFERÊNCIA ADMINISTRAÇÃO		
DOCUMENTAÇÃO	☐ COMPLETA	☐ INCOMPLETA
Observações:		
PARECER	☐ FAVORÁVEL	☐ DESFAVORÁVEL
DATA: / /		
Administrador		
9 - AUDITORIA MÉDICA		
Observações:		
PARECER		
☐ DESFAVORÁVEL		
☐ FAVORÁVEL		
DATA: / /		
Auditor		
10 - DECISÃO		
DATA: / /	☐ AUTORIZADO	☐ NÃO AUTORIZADO
JUSTIFICATIVA		
TESOUREIRO		PRESIDENTE
11 - CIENTE		
DATA: / /		
Declaro que nesta data tomei conhecimento da decisão supra .		
Assinatura do Titular - PM/Pensionista Responsável		