



FORMULARIO PARA SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA DE MATERIAL/OPME

IDENTIFICAÇÃO:

Paciente: _____

CNS: _____ CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Instituição: _____ data: _____

Solicita autorização para cobrança administrativa de:

() MATERIAL/OPM

() PROCEDIMENTO: _____ DESCRITO _____

() SEM () COM CODIFICAÇÃO SIGTAP: _____

Que não pode ser cobrado no faturamento de AIH porque: _____
_____ OPME CADASTRADA NA ANVISA,
PORÉM, PROCEDIMENTO NÃO CODIFICADO NO SIGTAP/CONITEC.

Descrição das características da OPME (tipo, matéria-prima, dimensões) ou do procedimento indicado: descrição de ambos, reiterando serem codificados (SUS/SIGTAP e CONITEC).

Resultados dos exames que corroboram a indicação da OPME ou procedimento solicitado; Anexar: imagem e laudo assinado pelo radiologista (RX, TAC, RNM, USG, cintilografia ou arteriografia por exemplo)

JUSTIFICAR A IMPRESCINDIBILIDADE DA SOLICITAÇÃO E O MOTIVO DO NÃO EMPREGO DE PROCEDIMENTO/OPM PREVISTO NA TABELA SIGTAP/SUS:

_Texto descritivo e objetivo sobre a OPME apenas.

O procedimento deve constar na tabela sigtap e estar codificado.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

1- A OPME é registrada na ANVISA? ()sim ()não. **Se sim, informar o Número do Registro ANVISA:_____.** **As OPMEs devem ser OBRIGATORIAMENTE cadastradas na ANVISA e seu registro deverá estar anexado. As OPMEs sem registro inviabilizam a emissão do parecer**_____

2- Há alternativa de OPME? QUAL? A OPME alternativa está disponível no SUS ou Saúde Suplementar? Se sim, por que a alternativa de OPME não é válida para o caso concreto?

3- A OPME solicitada trata de nova tecnologia? Há algum estudo da OPME em andamento ou já concluso, perante CONITEC, AMB, ANVISA, FDA ou Comitês de Especialidade? Em caso afirmativo, anexar:

4- O paciente já se submeteu a qualquer título, gratuito ou oneroso, formal ou informal, a procedimentos com participação do fabricante, importador ou distribuidor da OPME requerida? Em caso afirmativo, informar se está vinculado a projeto de pesquisa do Sistema CONEP/CNS.

5- O médico prescritor já recebeu ou recebe, a qualquer título, algum auxílio financeiro, como passagem, hospedagem ou subvenção para participação em congressos e/ou eventos científicos patrocinados pelo produtor, distribuidor ou fornecedor da OPME indicada, ou ajuda financeira dessa mesma fonte a qualquer título?

6- O médico prescritor já participou, a qualquer título, de algum estudo referente à OPME indicada? Se sim, indicar de quem é a iniciativa do estudo e para que finalidade.

7- O médico solicitante será o cirurgião do caso.

() Sim

() Não - Anexar anuência, carimbo e assinatura do Cirurgião Assistente.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

8- Considerando a Medicina Baseada em Evidências, fundamento para o planejamento das ações e serviços de saúde do SUS, elencar os fundamentos científicos que embasam a indicação da OPME apontando o Nível de Evidencia Científico pelo The Oxford Centre for Evidence -Based Medicine , 2011,(nível1 a 5, força de recomendação A a D)

Declaro, por fim, que não possuo qualquer outro interesse na prescrição do OPME, que não a saúde do paciente, bem como não mantenho qualquer vínculo com a indústria de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada à esta solicitação que possa caracterizar conflito de interesse.

NOME: _____ CRM: _____

ASSINATURA