

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PÓS-CIRURGICO.
LAUDO MÉDICO DE USO DE OPMEs
(ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS)



HOSPITAL :

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Usuário : _____

Nº da Guia de Serviço : _____ Data da Cirurgia : ____/____/____

Lote	Material Discriminado	Fornecedor	Qtde

DESCRIÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS, NO USO DE OPMEs. (Órteses, Próteses e Materiais Especiais).

OBSERVAÇÕES:

- 1- As Informações deste formulário devem ser preenchidas corretamente, com letra legível.
- 2- Preenchimento incorreto ou incompleto, poderá gerar glosa da conta hospitalar
- 3- Este documento será a prova legal da utilização do material, não substituindo a descrição da cirurgia, solicitação ou liberação prévia do material e outros documentos do prontuário.

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE OS MATERIAIS ACIMA DESCRITOS FORAM UTILIZADOS NESTE PROCEDIMENTO

As etiquetas das OPME's devem estar anexo a este acervo documental.

Data : ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

ANS - nº. 347507