

**DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL NÃO CONTEMPLADO NO SUS****Código: HCF-SUPER-FOR-2****Revisão: 1**

Paciente: \_\_\_\_\_

Registro hospitalar: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins de direito para instrução ao processo de solicitação de material, procedimento ou exame referido que **não é possível atendimento a esse paciente com as alternativas disponíveis no SUS.**

Item solicitado:  OPME  Procedimento  Exame

Descritivo do item:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Justificativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Solicitante**CAMPO DO DEPARTAMENTO DE INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA (DIL-NOPME)**

Descrição técnica complementar do item:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Solicitante**CAMPO PARA DIRETORIA DO CENTRO CIRURGICO (GACCCO)**Concordância:  SIM  NÃOCapacidade local de realização:  SIM  NÃONecessidade de material adjunto:  SIM  NÃO

Se sim, descrever (equipamentos, acessórios de apoio ao ato cirúrgico):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Solicitante