

**Título:** Orçamento para autorização de procedimentos em Oncologia / Hematologia

**Tipo de Anexo:** Formulário

**Número e Versão do Anexo:** RQ-FOR-75 - V.0

**Fase:** Vigente

| <b>Orçamento para autorização de procedimentos em Oncologia / Hematologia</b> |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------|---------------|
| <b>Paciente</b>                                                               |               |              |                                                               |       | <b>Matrícula</b>                           |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
| <b>Prestador Hospitalar</b>                                                   |               |              |                                                               |       | <b>Matrícula</b>                           |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
| Item                                                                          | Código Ipasgo | Quant Solic. | Descrição dos materiais e medicamentos conforme Tabela Ipasgo | Valor | Auditor Quantidade Autorizada              | Auditor Valor |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
| <b>TOTAL</b>                                                                  |               |              |                                                               |       |                                            |               |
| <b>Médico Assistente</b>                                                      |               |              | <b>Matrícula</b>                                              |       | <b>Data da Solicitação</b>                 |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
| <b>Parecer do Auditor</b>                                                     |               |              |                                                               |       | <b>Assinatura e carimbo do Méd.Assist.</b> |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       |                                            |               |
|                                                                               |               |              |                                                               |       | <b>Assinatura e carimbo do Auditor</b>     |               |