

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

**Unimed**   
Centro Rondônia

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 OPMS. (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**