



Diretoria de Assistência à Saúde
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE MATERIAIS DE ALTO CUSTO

Identificação do Paciente

Nome: _____ Carteira: _____

Hospital: _____

Médico Assistente: _____ CRM: _____

CID: _____ AMB/CIEFAS: _____ Senha: _____

Autorização para liberação de materiais de alto custo

Relato do caso com justificativa do médico solicitante

Listagem do material necessário

Assinatura/Carimbo/CRM

Assinatura/CRM do Diretor Clínico

Data

Autorização do auditor do ICS

Assinatura

Data