

	SOLICITAÇÃO DE ITEM NÃO PADRONIZADO (NP) <i>Medicamentos – Materiais Descartáveis – OPME – Itens Assistenciais</i>	Versão 01
--	--	----------------------------

IDENTIFICAÇÃO			
Solicitante:	Cargo/Função:	Setor:	Tipo de Solicitação: ☐ Paciente ☐ Primeira Aquisição ☐ Reposição de Setor ☐ Outro: _____
Natureza do Item: ☐ Medicamento ☐ Material Descartável ☐ OPME ☐ Outro: _____			
Nome do Paciente:		Data de Nascimento:	
Diagnóstico:	Médico Solicitante:	Convênio:	Previsão de Alta:

Medicamento	Nome Genérico	Nome Comercial	Forma Farmacêutica/Concentração	Quantidade

Item/Material	Descrição	Apresentação/Referência	Marca	Quantidade

JUSTIFICATIVA TÉCNICA		
Assinatura e Carimbo do Solicitante:	Assinatura/Carimbo Aprovação de Cotação:	Data:

	SOLICITAÇÃO DE ITEM NÃO PADRONIZADO (NP) <i>Medicamentos – Materiais Descartáveis – OPME – Itens Assistenciais</i>	Versão 01
---	--	----------------------------

IDENTIFICAÇÃO	
Avaliação de Padronização: ☐ Não existem itens similares padronizados ☐ Existe item similar padronizado Justificativa no caso de resposta positiva: _____	
Avaliação Farmacêutica/Qualidade: ☐ Aprovado ☐ Não aprovado ☐ Necessita de avaliação adicional Observações: _____ Responsável: _____ Data: ____/____/____	Qualidade/CCIH: ☐ Aprovado ☐ Não aprovado ☐ Necessita de avaliação adicional Observações: _____ Responsável: _____ Data: ____/____/____

PREENCHIMENTO DO SETOR DE COMPRAS							
ITENS	Fornecedores	Marca	Valor Total	Valor Frete	Repasse do Convênio	Prazo de Pagamento	Item Aprovado
Item 1							☐ Sim ☐ Não
							☐ Sim ☐ Não
							☐ Sim ☐ Não
Item 2							☐ Sim ☐ Não
							☐ Sim ☐ Não
							☐ Sim ☐ Não
Item 3							☐ Sim ☐ Não
							☐ Sim ☐ Não
							☐ Sim ☐ Não
Item 4							☐ Sim ☐ Não
							☐ Sim ☐ Não
							☐ Sim ☐ Não

Carimbo/Assinatura Resp. Orçamento:	Carimbo/Assinatura Aprovação da Direção:	Data:
-------------------------------------	--	-------