

Anexo de solicitação a guia SP/SADT

Autorização Previa – Exames Laboratoriais Excepcionais



Bradesco Saúde S.A.

CNPJ: 92.693.118/0001-60

Registro na ANS:

ANS - nº 005711

Bradesco Saúde Operadora de Planos S.A.

CNPJ: 15.011.651/0001-54

Registro na ANS:

ANS - nº 421715

OBJETIVO: Considerando que, de acordo com as sociedades médico-científicas, majoritariamente o diagnóstico de doenças é estabelecido com anamnese e exame físico, este anexo tem por finalidade obter as informações que permitam avaliar a pertinência da solicitação de exames laboratoriais excepcionais.

CONTEXTO: Os exames laboratoriais estão entre os principais e mais utilizados recursos no apoio diagnóstico à prática clínica, o que traz repercussões importantes no cuidado ao paciente quando justificados e solicitados da forma correta.

Trata-se de uma solicitação de múltiplos exames laboratoriais com perfil excepcional e abrangente, em que há necessidade da apresentação de informações pertinentes e baseadas em evidência científica para análise técnica da Operadora.

As informações a serem preenchidas neste anexo deverão conter os descritivos associados à anamnese, condições clínicas, manobras, achados propedêuticos ou qualquer achado clínico objetivo ao exame físico, que justifique o conjunto de exames laboratoriais com a abrangência solicitada.

É preciso ressaltar que exames complementares são solicitados para auxiliar na elucidação de hipóteses diagnósticas encontradas na anamnese e exame físico de cada paciente individualmente.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO: Os dados desse anexo devem ser preenchidos pelo solicitante, assinado e identificado com o número do conselho do profissional.

IMPORTANTE: INFORMAÇÕES INCOMPLETAS ACARRETERÃO A IMPOSSIBILIDADE DO PROSSEGUIMENTO DA ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO.

Segurado: _____ Data de nascimento: _____

Número do cartão: _____

Informações do profissional assistente/solicitante

Nome: _____ CRM/CRO: _____ Telefone: _____

UF: _____ Data: ____/____/____

Declaração

1) Indicação clínica com sinais e sintomas que justifiquem a solicitação dos exames

2) Descrição do exame físico, destacando os pontos relevantes relacionados aos sintomas e impressão diagnóstica

Assinatura do beneficiário

Assinatura e carimbo do médico

3) Hipóteses diagnósticas

4) Diagnóstico(s) Diferencial(ais)

5) Informar exames complementares, se realizados, e a correlação com os exames laboratoriais constantes nesta solicitação (em caso de repetição do exame, deverá ser enviada justificativa clínica)

6) Exames solicitados (preencher ou anexar o pedido médico)

DECLARO, para os devidos fins, que as informações prestadas são verdadeiras e autênticas.

Assinatura do beneficiário

Assinatura e carimbo do médico

Central de Relacionamento com o cliente
4004 2700 capitais e regiões metropolitanas
0800 701 2700 demais localidades
0800 701 2708 - Deficiência auditiva/fala
(21) 4004 2702 WhatsApp