



**SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE DE AUTORIZAÇÃO
À PEDIDO DO MÉDICO**

DATA: __/__/__

I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME _____ CODIGO CARTÃO _____

GUIA: _____

II. DADOS MEDICOS

E-MAIL: _____

TEL CONTATO: _____

III. RELATORIO MEDICO (JUSTIFICATIVA)

Assinatura (carimbo)

IV. PARECER DA AUDITORIA

V. PARECER DA REGIONAL (COORDENADOR/ GERENTE)

Assinatura

VI. PARECER FINAL

AUTORIZAÇÃO MANTIDA AUTORIZAÇÃO REVERTIDA REVERSÃO PARCIAL :