

**Solicitação de Compra para Materiais Não Padronizados SEM CADASTRO**

Etiqueta de identificação do paciente

***Paciente com previsão de alta MENOR que 5 dias?**☐ Não ☐ Sim. Qual data:

Informação a serem preenchidas pelo usuário/solicitante

Setor solicitante*:

Data da solicitação*:

Motivo da solicitação*:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Novo produto no mercado | ☐ Produto associado à novo equipamento | ☐ Nova marca p/ produto padronizado |
| ☐ Substituição p/ produto em falta | ☐ Consignação permanente CC | ☐ Consignação permanente CDI |

Nome do produto*

Descrição Técnica*

Referência*

Marca*

Fabricante*

Fornecedor

Existe material similar em uso?

☐ Não ☐ Sim. Qual(is) código(s):

Principal utilização do produto:

Registro ANVISA:

Fornecedor homologado: ☐ Sim ☐ Não. Motivo:

Quantidade para compra:

(*) Informar se o produto será : ☐ Cobrado do paciente ☐ Debitado do CC

Observações:

Aprovações:Usuário/Solicitante
DataResponsável pela Unidade solicitante
DataResponsável NAF
Data

* Campos obrigatórios 2019

*Caso tenham maiores informações como fotos, sites e descrições do item solicitado, por favor anexar nesta solicitação.