**datada/2021222222220000002021\_\_\_\_\_\_\_\_20212\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 2021**

***Aplicável apenas para Compras Emergenciais de Dispositivos Médicos***

***SEM CADASTRO institucional no MV***

\*preenchimento obrigatório

\*Nome do solicitante: ..................................................................

\*Função ou cargo: . .............................................. \*Serviço/ Divisão:.......................................

\*Telefone(s): .............................................. \*E-mail:. .................................................

|  |  |
| --- | --- |
| \*Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_    **Solicita a Compra Emergencial de:** | ***\*Etiqueta do Paciente*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Nome do material:**   1. \*Descrição do material: (dimensões, forma, calibre, ou outras características técnicas aplicáveis) 2. \*Marcas sugeridas c/ Códigos de Referências: 3. \*Valor unitário estimado: \* Quantidade: 4. \*Registros ANVISA: 5. \*Fabricante e/ou fornecedores sugeridos: 6. \*Material utilizado atualmente - código MV:   \***Tem protocolo de pesquisa no InCor?** Sim ( ) Não ( ) | |
| **Previsão de uso**: Eletiva ( ) Urgência ( ) Data estimada do procedimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | |
| **\*Justificativa** **p/ o uso do produto** *(indicação/ comparação com o item existente/ finalidade etc.)* | |
| ***Em conformidade com o manual de COMPLIANCE do HCFMUSP***  ***\*Declaração de potencial Conflito de Interesse (em caso de fornecedor exclusivo)***  *( ) Declaro que* ***NÃO*** *recebi patrocínios (viagens, estadias/ outros) ou honorários feitos diretamente  a mim  e não possuo conflito de interesse com o fornecedor do material acima.*  *( ) Declaro que* ***RECEBI*** *patrocínios (viagens, estadias /outros) e/ou honorários feitos diretamente  a mim.* | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* *Solicitante**(carimbo/assinatura)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\* Diretor/ Chefe do Serviço/Divisão*  *(carimbo/assinatura)* |
| **Diretoria Executiva**  ( ) AUTORIZADO ( ) NÃO AUTORIZADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e assinatura **Favor devolver para a Seção de Especificação e Padronização de Materias - SEPAM** | |