****

**PROPOSTA PARA INCORPORAÇÃO DE**

**NOVAS TECNOLOGIAS**

**1. Solicitante:**

|  |
| --- |
| Nome do Médico Cooperado:  |
| CRM:  |
| Especialidade: |
| Assinatura: |
| Prestador do Serviço Pessoa Jurídica: |
| Nome do Hospital ou Clínica: |
| Responsável Técnico: |
| Assinatura: |
| **2. Tecnologia Proposta:** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Solicitação para: | 🖵 Inclusão de Tecnologia | 🖵 Substituição de Tecnologia |

|  |
| --- |
| **Descreva sinteticamente as características principais da tecnologia e seus objetivos:** *(Anexar ao processo à ficha técnica completa)* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Qual a indicação da tecnologia proposta?** |
|  |  |  |
| **Prevenção/promoção de saúde**: Prevenir a ocorrência de doença ou reduzir o risco de sua ocorrência. | 🖵 Prevenir | 🖵 Reduzir o risco |
|  |  |  |
| **Diagnóstico/ rastreamento:**Identificar o indivíduo com algum risco ou quem é portador da doença.  | 🖵 Individuo com risco | 🖵 Individuo portador |
|  |  |  |
| **Tratamento:**Intervenção para melhorar o estado de saúde.  | 🖵 SIM | 🖵 NÃO |
|  |  |  |
| **Reabilitação:**Indicado para melhorar a capacidade funcional.  | 🖵 SIM | 🖵 NÃO |
| Com o emprego do tratamento espera-se melhoria: |  |  |
|  | 🖵 Da sobrevida | 🖵 Outros, cite: |  |  |
|  | 🖵 Da qualidade de vida |  |  |  |
|  | 🖵 Ambos |  |  |
| **3. Recursos mínimos necessários:** |
| **Recursos Físicos (Infraestrutura):** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Recursos Humanos diretamente envolvidos no procedimento**: |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Equipamentos:** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4. Principais indicações e contraindicações - População alvo.** *Anexar publicações que comprovem os dados apresentados)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **A) Indicações:** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **B) Contraindicações:** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **5. Riscos Potenciais: Descrição dos riscos e/ou efeitos adversos decorrentes da tecnologia.** *(Anexar publicações que comprovem os dados apresentados)* |
|  |  |  |
| **A) População alvo:** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  **B) Profissional de saúde:** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **C) Meio- ambiente:** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **6. Evidências científicas disponíveis que justificam a solicitação:** *Listar as 5 referências mais importantes (anexar artigos ao processo)* |
| **1.** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **2.** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **3.** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **4.** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **5.** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **7. Custo do procedimento:** *Descreva o cenário hipotético para estimar os custos da implantação do procedimento.* |
| Custos Diretos | **Valor ( R$ )****Total:**  |  |
| 1. **Administração e infraestrutura.**

**Subtotal:** |
| 1. **Recursos Humanos.**

**Subtotal:** |
| 1. **Insumo e Material de Consumo.**

**Sub-Total:** |
| **8. Preço unitário mínimo sugerido para o procedimento:** *(Dentro dos custos apresentados anteriormente, qual seria o preço unitário mínimo sugerido para o procedimento – incluir unidade de medida).* |
| **Preço mínimo:****Unidade de medida:****Honorários:****Insumos:****Total:** |
| **Comentários finais sobre o procedimento que julgue importante para análise deste processo:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **9. Disponibilidade regional:** *Apresentar expectativas de disponibilidade do procedimento no território nacional e área de atuação da Unimed Regional Maringá.* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **10. Procedimentos alternativos disponíveis:** *Alternativas existentes já disponíveis no sistema saúde.* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **11. Aspectos bioéticos e legais de interesse:** *Respeito aos preceitos fundamentais da bioética e ética médica.* |
|  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**12. Aspectos Legais:**

|  |
| --- |
| O procedimento está em acordo com a legislação vigente? |
| O procedimento é considerado experimental? |
| O equipamento, material ou medicamento já foi aprovado e registrado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária? Informar o nº do registro. |