****

**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. |