

TECNOLOGIA PROPOSTA

- MATERIAL
- MEDICAMENTOS
- EQUIPAMENTOS
- PROCEDIMENTO OU TÉCNICA

DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA PROPOSTA**DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA TECNOLOGIA PROPOSTA E SEUS
OBJETIVOS (especificação técnica)****QUAL A APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA PROPOSTA?**

- PREVENÇÃO / PROMOÇÃO DA SAÚDE
- DIAGNÓSTICO / SCREENING
- TRATAMENTO
- REABILITAÇÃO

RECURSOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS

Recursos físicos

Recursos humanos

Equipamentos

PRINCIPAIS INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES DA TECNOLOGIA PROPOSTA

Indicações

Contra-indicações

RISCOS POTENCIAIS (descrição dos riscos e/ou efeitos adversos decorrentes da utilização da tecnologia proposta)

Sobre a população alvo

Sobre o profissional de saúde

Meio ambiente

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DISPONÍVEIS QUE JUSTIFICAM A SOLICITAÇÃO (listar 5 referências mais importantes, anexando os artigos completos)

1.

2.

3.

4.

5.

CUSTO DA TECNOLOGIA (citar fontes de consulta)

TECNOLOGIAS ALTERNATIVAS DISPONÍVEIS NO SISTEMA DE SAÚDE

**JUSTIFICATIVAS PARA INCORPORAÇÃO DA NOVA TECNOLOGIA EM DETRIMENTO DE
TECNOLOGIAS JÁ EXISTENTES**

EXISTE TECNOLOGIA SIMILAR NO MERCADO DE SAÚDE?**ASPECTOS LEGAIS**

O procedimento está em acordo com a legislação vigente?

O procedimento é considerado experimental?

ASPECTOS LEGAIS

O equipamento, material ou medicamento já foi aprovado e registrado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária? Informar o número do registro.

SOLICITANTE MÉDICO

Nome: _____

CRM: _____

Especialidade: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

SOCIEDADE DE ESPECIALIDADE

Nome: _____

Presidente: _____

Diretor Científico: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

ATENÇÃO: Todos os campos deste formulário são de preenchimento obrigatório, bem como a anexação de todos os documentos citados. Esta proposta será conferida e se constatada a falta de algum documento ou de preenchimento de algum dos campos, será considerada incompleta, sendo solicitado via correspondência sua correção.