

**IPISM****INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Paraíba, 576 - Funcionários - Fone 0xx31 3269-2000 - FAX 3269-2002 - C. Postal 704 - CEP 30130.140 - Belo Horizonte - MG - e-mail: ipism@ipism.gov.br

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACOMODAÇÃO ESPECIAL (APARTAMENTO)**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO / PACIENTE**

Matrícula	Número do Cartão:	Nome do Beneficiário / Paciente:		
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	Data de Expedição:	Data de Nascimento:	Telefone:
Logradouro:		Número:	Complemento:	
Bairro:	Cep:	Cidade:	UF:	

ESTABELECIMENTO A RECEBER AUTORIZAÇÃO

Número da Autorização:	Nome do Estabelecimento:			
Internação Prorrogação	Data da Internação:	Diárias Solicitadas:	Diárias Autorizadas:	Término das Diárias:

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Matrícula (Caso Segurado):	Nome do Solicitante:			
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	CPF:	Grau de Parentesco:	Telefone:
Logradouro:		Número:	Complemento:	
Bairro:	Cep:	Cidade:	UF:	

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro ser do meu conhecimento que o segurado/pensionista pagará 100% (cem por cento) da diferença de custo em relação a despesa com enfermaria, inclusive honorários dobrados e que assumo a responsabilidade por eventuais despesas decorrentes que não puderem ser quitadas pelo segurado/pensionista, cujo processamento ocorrerá como assistência complementar, código 41, com desconto de 20% (vinte por cento) nos vencimentos e correção monetária do saldo devedor.

Declaro, estar ciente que, nos atendimentos ao público previdenciário (Pensionistas, Servidor Civil, Segurado Facultativo e Dependente de Segurado), além do rateio na assistência complementar ocorrerá o desconto referente a assistência básica, código 34, com desconto no percentual de 10% (dez por cento) nos vencimentos do segurado/pensionista.

Declaro também, concordar com as regras constantes no PAS, que me isenta de solicitar autorização de prorrogação junto ao IPISM, me responsabilizando em arcar com quaisquer despesas referente às prorrogações de internação caso haja necessidade clínica de permanecer internado por um período maior que o solicitado inicialmente.

Assinatura do solicitante

AVALIAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO

Após análise da solicitação e do demonstrativo de pagamento do segurado (a)/pensionista, autorizo a acomodação especial (apartamento) para o beneficiário/paciente acima identificado, por um período de _____ (_____) dia (s), com rateio 100% (cem por cento) da diferença de custo em relação a despesa com enfermaria, como assistência complementar e desconto nos vencimentos do segurado/pensionista, de acordo com as normas do SiSau, devendo este documento ser entregue pelo solicitante ao setor de internação do Hospital ao qual se destina, para registro e anexar à conta hospitalar, que será objeto de análise pela auditoria técnica do Sistema.

_____ - MG, _____ de _____

Carimbo de identificação e assinatura do responsável pela autorização

001 00 2007
 └───┬───┬───┐
 └───┬───┬───┐ ANO DA INTERNAÇÃO
 └───┬───┬───┐ SEQUÊNCIA DE PRORROGAÇÃO
 └───┬───┬───┐ NÚMERO DE ORDEM

002 00 2007
 └───┬───┬───┐
 └───┬───┬───┐ ANO DA INTERNAÇÃO
 └───┬───┬───┐ SEQUÊNCIA DE PRORROGAÇÃO
 └───┬───┬───┐ NÚMERO DE ORDEM

001 01 2007
 └───┬───┬───┐
 └───┬───┬───┐ ANO DA INTERNAÇÃO
 └───┬───┬───┐ SEQUÊNCIA DE PRORROGAÇÃO
 └───┬───┬───┐ NÚMERO DE ORDEM

TIPO DE SEGURADO

Não há a necessidade de se especificar o tipo de segurado a ser internado, uma vez que a matrícula fornece esse tipo de informação.