



IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário	Nº do Cartão	Matrícula	
RG	Órgão Emissor	Data de Expedição	Data de Nascimento
Logradouro	Nº	Bairro	
Cidade	Complemento		
CEP	UF	Telefones	

ESTABELECIMENTO A RECEBER AUTORIZAÇÃO

Número da AAE (Preenchimento Exclusivo do IPISM)	Número da Autorização			
Nome do Estabelecimento	Data da Internação			
Internação	Prorrogação	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
Telefones	Logradouro	Nº	
Bairro	Cidade	CEP	UF
Complemento			

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