

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DOS ESTADO DE MINAS GERAIS****FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

CARATER DA INTERNAÇÃO / PROCEDIMENTO		TIPO	
ELETIVA	EMERGÊNCIA / URGÊNCIA	CIRÚRGICO SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA	CLÍNICO OBSTÉTRICO
REGIME			
HOSPITAL DIA		INTERNO	EXTERNO
DADOS DO PRESTADOR			
CNPJ:	Nome Prestador:	Data de Início do Atendimento:	
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
Cartão:	Data Nascimento:	Sexo:	MASCULINO      FEMININO
Nome:			
Idade:	Telefone de Contato: ( )	E-mail:	
PROCEDIMENTOS			
Código	Descrição	Qtde	
ORTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS			
Código	Descrição	Qtde	
TAXAS			
Código	Descrição	Qtde	
MEDICAMENTOS			
Código	Descrição	Qtde	
DATA INÍCIO INTERNAÇÃO	PREVISÃO DE ALTA HOSPITALAR	ACOMODAÇÃO	
DADOS DO QUADRO CLÍNICO (Preenchimento obrigatório pelo médico solicitante)			
Justificativa da internação/procedimento:			
Hipótese Diagnóstica e CID:			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome:			
CRM:	Especialidade:	Telefone 1: ( )	
Telefone 2: ( )	E-mail:	Data	
Assinatura / Carimbo com assinatura do Profissional Solicitante			

## Orientações para preenchimento do Formulário

- 1. Caráter de Internação / Procedimento:** adicione neste campo o caráter do procedimento ou internação solicitada:
  - 1.1. Selecione “ELETIVA” caso os procedimentos solicitados que são planejados com antecedência e que são passíveis de postergamento sem causar grandes problemas ao paciente.
  - 1.2. Selecione “URGÊNCIA/EMERGÊNCIA” caso os procedimentos solicitados sejam de pronta atenção e necessitem ser realizados em até 48 horas nos casos das urgências, ou necessitem de ser realizados imediatamente nos casos de emergências. Marque esta opção quando o procedimento for retroativo, ou seja, houve a necessidade de realização antes da autorização prévia em sistema por motivo de urgência ou emergência.
  
- 2. Tipo:** adicione nesse campo o tipo de procedimento a ser realizado:
  - 2.1. Selecione “CIRÚRGICO” caso o procedimento a ser realizado é uma intervenção manual ou instrumental no corpo do paciente realizada por um cirurgião.
  - 2.2. Selecione “CLÍNICO” caso o procedimento a ser realizado não seja uma intervenção realizada por um cirurgião.
  - 2.3. Selecione “OBSTÉTRICO” caso o procedimento a ser realizado seja relacionado a gestação da paciente.
  - 2.4. Selecione “SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA” para procedimentos que visam o diagnóstico e/ou tratamento que seja realizado em ambiente hospitalar.
  
- 3. Regime:**
  - 3.1. Selecione “HOSPITAL DIA” para atendimentos de assistência intermediária que requeira a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas.
  - 3.2. Selecione “INTERNO” para atendimentos em que o paciente necessite de internação
  - 3.3. Selecione “EXTERNO” para atendimentos ambulatoriais.
  
- 4. Dados do Prestador:**
  - 4.1. Adicione o “CNPJ” do prestador que irá executar o procedimento
  - 4.2. Adicione a razão social da empresa em “NOME PRESTADOR” que irá executar o procedimento
  - 4.3. Em “DATA DA INTERNAÇÃO” adicione a data prevista para realização do procedimento
  
- 5. Dados do Beneficiário:**
  - 5.1. Adicione o número do cartão de saúde do IPSM em “CARTÃO”
  - 5.2. Em “DATA DE NASCIMENTO” adicione a data do beneficiário
  - 5.3. Adicione também nos campos “SEXO”, “NOME” e “MUNICÍPIO DE ORIGEM”, respectivamente, o sexo do beneficiário, nome completo do beneficiário e a cidade onde o beneficiário reside atualmente.
  
- 6. Procedimentos que necessitam de autorização prévia:**

6.1. Adicione nesses campos os códigos presentes nas tabelas de honorários do IPISM, com sua respectiva descrição e quantidade solicitada.

**7. Órteses, Próteses e Materiais Especiais que necessitam de autorização prévia:**

7.1. Adicione nesses campos os códigos de OPME's presentes nas tabelas de honorários do IPISM, com sua respectiva descrição e quantidade solicitada.

**8. Taxas que necessitam de autorização prévia:**

9.1. Adicione nesses campos os códigos de taxas presentes nas tabelas do IPISM, com sua respectiva descrição e quantidade solicitada.

**9. Medicamentos que necessitam de autorização prévia:**

10.1. Adicione nesses campos os códigos de Medicamentos presentes nas tabelas do IPISM, com sua respectiva descrição e quantidade solicitada.

**11. Data Início do Atendimento:** adicione a data prevista para início do atendimento.

**12. Previsão de Alta Hospitalar:** adicione a data prevista para alta da internação.

**13. Acomodação:** adicione a acomodação solicitada para o beneficiário.

**14. Dados do Quadro Clínico:** adicione nesses campos a Justificativa dos procedimentos solicitados, CID ou Hipótese Diagnostica.

**15. Médico Solicitante:**

**15.1.** Adicione em "NOME", o nome do profissional assistente.

**15.2.** Adicione em "CRM", o registro do profissional assistente.

**15.3.** Adicione em "ESPECIALIDADE", a especialidade do profissional assistente.

**15.4.** Adicione em "DATA", a data de solicitação preenchimento do Formulário.

**15.5.** Em "CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE" deve conter a assinatura ou carimbo do médico assistente.

**15.6.** Adicione em "TELEFONES E E-MAILS" os contatos, para que caso seja necessário, o IPISM possa entrar em contato com o médico assistente.

**Obs.:** Caso o número de Procedimentos, OPME's, Taxas e Medicamentos sejam maiores que o número de linhas disponíveis, deve-se preencher um novo formulário para complementação.