

PROTOCOLO Nº _____/_____

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA
SENHOR CORONEL PM QOR DIRETOR DE SAÚDE/IPSM

Matricula: _____ Nome: _____

Solicita: _____

Unidade de contato: _____

Local _____, MG _____

Solicitante / Representante

Endereço do Solicitante/Representante

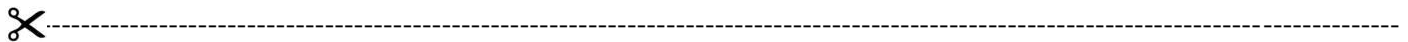
Rua/Av. _____ nº _____

Bairro: _____ Município _____ UF _____ CEP: _____

Telefone de contato: _____

Anexos entregues pelo beneficiário:

- Relatório Médico/Prescrição/Indicação/Receita/Parecer
 Orçamentos
 Atestado de Origem publicado no BI nº _____ de _____
 Outros (_____)



VIA DE CONTROLE DO BENEFICIÁRIO

PROTOCOLO Nº _____/_____

Telefones contato: (____) _____ Responsável: _____

Anexos entregues pelo beneficiário:

- Relatório Médico/Prescrição/Indicação/Receita/Parecer
 Orçamentos
 Atestado de Origem publicado no BI nº _____ de _____
 Outros (_____)

Local _____, MG _____

Importante: Os pedidos de assistência domiciliar terapêutica serão analisados pela equipe técnica do IPSM, observadas as normas vigentes e seguindo a ordem de entrada das solicitações. Os pedidos protocolados para atendimento em situação de urgência ou emergência deverão ser justificados pelo profissional de saúde e serão priorizados e analisados. Após protocolar a solicitação, os beneficiários devem aguardar retorno do setor responsável.