



# SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO



ESTADO DE GOIÁS

Internação     GTA     Exame     Tto. por sessão

Nome do Cliente \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Matrícula do Cliente \_\_\_\_\_

Local do Atendimento \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Matrícula do Prestador \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA O MÉDICO, CLIENTE E PRESTADOR:

- 1 - Preenchimento incompleto ou ilegível implica em não autorização do(s) procedimento(s). Obrigatório CID-10 e Código da Tabela do IPASGO.
- 2 - Todos os Procedimentos, exceto EMERGÊNCIA, só deverão ser realizados após emissão da Guia.
- 3 - Todas as Guias não emitidas por meio eletrônico devem ser submetidas à avaliação da Auditoria - Informações pelos Telefones: 0800-621919 ou 3238-2400
- 4 - Na avaliação da Auditoria exige-se: laudos e exames, presença do paciente nos casos indicados, de acordo com orientação do médico assistente.
- 5 - Toda autorização da auditoria é baseada na informação clínica e documentação apresentada podendo ser revista em função da análise do prontuário.

### JUSTIFICATIVA CLÍNICA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

\_\_\_\_\_

Cód. CID-10

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Tempo de sintomas

MESES ANOS  
\_\_\_\_|\_\_\_\_|    \_\_\_\_|\_\_\_\_|

Tempo de doença

MESES ANOS  
\_\_\_\_|\_\_\_\_|    \_\_\_\_|\_\_\_\_|

### DESCRIÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S)

Descrição	Quant. Solicit.	Quant. Autoriz.	Código Tabela IPASGO	Via de acesso	
				MVA	DVA

### Médico Solicitante

\_\_\_\_\_  
Assinatura / Carimbo  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PARECER DA AUDITORIA

- Autorizado
- Autorizado. Sujeito à revisão analítica
- Não autorizado
- Internação
- G.T.A.
- Exame
- Trato. Seriado

(Usar o verso se necessário)

\_\_\_\_\_  
Auditor - Assinatura e Carimbo  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## REGISTRO DE ATENDIMENTO SERIADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DATA DO ATENDIMENTO	ASSINATURA DO CLIENTE	ASSINATURA DO PRESTADOR
—	<b>1.</b>		
—	<b>2.</b>		
QUANTIDADE REALIZADA	<b>3.</b>		
	<b>4.</b>		
<b>Orientações ao prestador:</b> - Reservado para: <b>Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e outros ttos. por sessão.</b> - Registrar diariamente os atendimentos realizados. - Identificar corretamente o paciente com carteira do IPASGO e documentação civil. - Preencher o relatório anexo, com as ocorrências e resultado do tratamento.	<b>5.</b>		
	<b>6.</b>		
	<b>7.</b>		
	<b>8.</b>		
	<b>9.</b>		
	<b>10.</b>		

**RELATÓRIO DO PRESTADOR:** Quadro clínico inicial. Resposta ao tratamento. Conduta após o tratamento realizado.

	_____ Data / Ass. e Carimbo Profissional

**RESERVADO À AUDITORIA DO IPASGO**

	_____ Data / Ass. e Carimbo do Auditor