

**PASUFMS**Assistencial dos Servidores da Universidade Federal de Santa Maria
CNPJ: 10.930.017/0001-00*Um compromisso com o seu bem estar.*

SOLICITAÇÃO NÚMERO

Não será aceito faltando campos para preenchimento tanto do associado como do médico.**PARTE 1 - PREENCHIDO PELO ASSOCIADO PASUFMS ***ASSOCIADO PREENCHA A PARTE 1*****

Nome do Paciente:	Data Nasc:	
Nome do Associado:	SIAPE:	
Nome do hospital ou clínica:	Cidade	Estado

PARTE 2 (A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO QUE ESTA SOLICITANDO O PROCEDIMENTO)

Sintomas apresentados pelo paciente, que justifiquem a internação e/ou procedimento

O que será realizado:	CID:
-----------------------	------

MARQUE O QUE SERÁ EXECUTADO **Internação Hospitalar** - Havendo diária. **Procedimento** - Realizado no mesmo dia.Tratamento Realizado a nível: Hospitalar. Ambulatorial/Clínico.Precisará mais de uma sessão: Não. Sim, quantas: () Haverá Biópsia: Não Sim

Data Internação/dia do procedimento ____/____/____	Nº dias previstos (Zero quando não há internação) Zero () De 1 a 5 () Mais de 5 ()	Data da alta ____/____/____
---	---	--------------------------------

Local	Data	Carimbo e Assinatura do Médico
-------	------	--------------------------------

PARTE 3 - PREENCHIMENTO DO MÉDICO AUDITOR PASUFMS**MARQUE O QUE SERÁ AUTORIZADO** Procedimento Internação HospitalarNecessita laudo: Não **Sim** Se sim, de qual **especialidade** é necessário o laudo: _____Observação no verso Não Sim

Santa Maria	____/____/____	_____
Local	Data	AUDITOR PASUFMS

PREENCHIMENTO ATENDENTE PASUFMS

FONES DE CONTATO:

OBS:

Atendente PASUFMS

O PASUFMS PODERÁ SOLICITAR LAUDO COMPLEMENTAR A QUALQUER TEMPO AO MÉDICO SOLICITANTE SE, JULGAR NECESSÁRIO, PARA ELUCIDAÇÃO DE QUALQUER ASSUNTO QUE SE RELACIONE COM A INTERNAÇÃO HOSPITALAR OU PROCEDIMENTO. * DÚVIDAS: (55) 3220 8282 - www.pasufsm.com.br *****

Instrução de preenchimento do formulário

- * **Faltando campos para preenchimento não será aceito o formulário;**
- * Letra legível;
- * Obrigatoriamente o médico solicitante terá que **datar, assinar e carimbar;**
- * Havendo a necessidade poderá ser solicitado laudo de especialista;
- * **Quando houver internação** será necessário o **REGISTRO (Dia da baixa e dia da alta) hospitalar comprovando a internação** mesmo que as notas fiscais e/ou recibos não sejam do hospital. (**NÃO** é o contrato de baixa e também **NÃO** é a pasta de internação com todos os precedimentos, medicações, ETC.)

Instrução de preenchimento notas fiscais e/ou recibos

- * **Descrição ou referente a:** Deve constar o nome do procedimento que foi realizado, data do procedimento e nome do paciente.
- * **Data do recibo ou nota fiscal:** Poderá ser após o procedimento desde que a data em que foi realizado esteja na descrição.
- * **Nome da nota ou "recebi de":** Pode ser no nome de qualquer pessoa desde que o nome do paciente esteja na descrição do recibo ou da nota fiscal.
- * **Carimbo:** Obrigatoriamente se for recibo deverá ter o carimbo do médico ou médico anestesista o único recibo que é aceito sem carimbo é o do instrumentador cirúrgico.

Direito do consumidor

- * **De acordo com a Lei Federal Nº 8.846 de 24 de Janeiro de 1994:** Todo consumidor tem direito a Nota Fiscal e nenhum estabelecimento, por qualquer motivo, pode omiti-la.
- * **A Nota e /ou Cupom Fiscal devem conter:** A data de emissão; a **discriminação** da mercadoria (marca, tipo, modelo, espécie); quantidade; dentre outras informações relevantes do produto ou serviço.
- * **LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990** - Art. 6º São direitos básicos do consumidor:
III - a informação **adequada e clara** sobre os diferentes produtos e **serviços**, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; (Redação dada pela Lei nº 12.741, de 2012).

Eu que recebo este formulário estou ciente de como preencher e solicitar ao médico o preenchimento.

Assinatura: _____

Santa Maria, ____/____/____

Observação médico auditor PASUFMSM