



SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO



☐ Internação ☐ GTA ☐ Exame ☐ Tto. por sessão

Estado de Goiás

Nome do Cliente

Data Nascimento

Sexo

Matrícula do Cliente

Marcelina de Paula

☐ M ☐ F

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.
- 6 - Esta Solicitação de Atendimento é válida para emissão de Guias por 30 (trinta) dias.

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

Frotura lateral distal + já consolidada.
OBS: NÃO FAZER CIRURGIA NO MOMENTO

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

lateral

Cód. CID-10

Tempo de sintomas

Tempo de doença

S52

MESES ANOS

MESES ANOS

DESCRIÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S)

Quant. Solic.

Quant. Autoriz.

Código Tabela IPASGO

Via de acesso

Fixotomia

10

MVA DVA
MVA DVA
MVA DVA
MVA DVA
MVA DVA

Médico Solicitante

EDUARDO DOMINGOS CHAIBE
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Data

PARECER DA AUDITORIA

- ☐ Autorizado ☐ Internação
☐ Autorizado, Sujeito à revisão analítica ☐ G.T.A.
☐ Não autorizado ☐ Exame
☐ Tratado, Seriado

(Usar o verso se necessário)

Auditor - Assinatura e Carimbo

Data