

PROTOCOLO Nº _____/_____

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL À SAÚDE
SENHOR CORONEL BM 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 especial à saúde serão analisados todas as quintas-feiras 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 conforme entendimento da Câmara Técnica. Após protocolar a solicitação, os beneficiários devem aguardar retorno da Central de Atendimento do IPSM.