



**PASUFSM**  
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 PASUFSM \*\*\*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 ( <b>Zero</b> 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 PASUFSM**

**MARQUE O QUE SERÁ AUTORIZADO**     **Procedimento**     **Internação Hospitalar**

Necessita laudo:  Não    **Sim**  Se sim, de qual **especialidade** é necessário o laudo: \_\_\_\_\_

Observação no verso  Não     Sim

<b>Santa Maria</b>	____/____/____	_____
Local	Data	AUDITOR PASUFSM

**PREENCHIMENTO ATENDENTE PASUFSM**

FONES DE CONTATO:

OBS:	_____
	<b>Atendente PASUFSM</b>

**O PASUFSM 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 **relatório hospitalar comprovando** a internação mesmo que as notas fiscais e/ou recibos não sejam do hospital.

## 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 PASUFSM