

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – IPM**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - IPM SAÚDE**

**GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS AMBULATORIAIS –  
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

**QUADRO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS**

1. ENCAMINHAMENTO PARA NEUROLOGISTA;
2. ENCAMINHAMENTO PARA NUTRICIONISTA;
3. EXAME (SADT);
4. TERAPIA (Fisioterapia; Fonoaudiologia; Psicoterapia; Terapia Ocupacional; Acupuntura);
5. QUIMIOTERAPIA;
6. RADIOTERAPIA;
7. HEMODIÁLISE/DIÁLISE PERITONEAL;
8. PEQUENA CIRURGIA (PQA).

<b>PACIENTE:</b>				<b>MATRÍCULA:</b>	
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>		<b>GÊNERO</b>		<b>TELEFONE(S):</b>	
		M	F	OUTRO (ESPECIFICAR)	
<b>MÉDICO(A) SOLICITANTE:</b>				<b>CRENCIADO(A) IPM?</b>	
				<input type="checkbox"/> SIM - Nº DO TERMO DE CRENCIAMENTO: _____. <input type="checkbox"/> NÃO. <input type="checkbox"/> CORPO CLÍNICO DE PRESTADOR PESSOA JURÍDICA IPM – ESPECIFICAR: _____	
<b>CRENCIADO(A) IPM - EXECUTANTE:</b>					
<b>INDICAÇÃO CLÍNICA/JUSTIFICATIVA:</b>					
<b>Beneficiário(a) em terapia oncológica.</b>					
<b>Nº DO SERVIÇO ASSISTENCIAL (conforme quadro):</b> <u>3</u> .					
<b>NOME DO PROCEDIMENTO:</b> <b>PACOTE DE EXAMES LABORATORIAIS – PACIENTES ONCOLÓGICOS – CÓDIGO: 40304974.</b> (Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (Eritrograma, Leucograma, Plaquetas); Sódio; Tássio (potássio); Ureia; Creatinina; Transaminase oxalacética (amino transferaseaspartato); Transaminase pirúvica (amino transferase de alanina); Glicose; Coagulograma).					
<b>ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) SOLICITANTE (com CREMEC):</b>					<b>DATA:</b>

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – IPM**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - IPM SAÚDE**

**GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS AMBULATORIAIS**

QUADRO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS			
1. ENCAMINHAMENTO PARA NEUROLOGISTA; 2. ENCAMINHAMENTO PARA NUTRICIONISTA; 3. EXAME (SADT); 4. TERAPIA (Fisioterapia; Fonoaudiologia; Psicoterapia; Terapia Ocupacional; Acupuntura); 5. QUIMIOTERAPIA; 6. RADIOTERAPIA; 7. HEMODIÁLISE/DIÁLISE PERITONEAL; 8. PEQUENA CIRURGIA (PQA).			
PACIENTE:			MATRÍCULA:
DATA DE NASCIMENTO:	GÊNERO M   F   OUTRO (ESPECIFICAR)		TELEFONE(S):
MÉDICO(A) SOLICITANTE:		CREDENCIADO(A) IPM? <input type="checkbox"/> SIM - Nº DO TERMO DE CREDENCIAMENTO: _____. <input type="checkbox"/> NÃO. <input type="checkbox"/> CORPO CLÍNICO DE PRESTADOR PESSOA JURÍDICA IPM – ESPECIFICAR: _____	
CREDENCIADO(A) IPM - EXECUTANTE:			
INDICAÇÃO CLÍNICA/JUSTIFICATIVA:			
Nº DO SERVIÇO ASSISTENCIAL (conforme quadro): _____.  NOME DO PROCEDIMENTO _____, CÓDIGO _____; NOME DO PROCEDIMENTO _____, CÓDIGO _____; NOME DO PROCEDIMENTO _____, CÓDIGO _____; NOME DO PROCEDIMENTO _____, CÓDIGO _____; NOME DO PROCEDIMENTO _____, CÓDIGO _____;			
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) SOLICITANTE (com CREMEC):			DATA:

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – IPM**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - IPM SAÚDE**

**GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**CARÁTER DA INTERNAÇÃO:** ( ) ELETIVO ( ) URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | **TIPO DE INTERNAÇÃO:** ( ) CLÍNICA ( ) CIRÚRGICA

<b>PACIENTE:</b>			<b>MATRÍCULA:</b>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	<b>GÊNERO</b>		<b>TELEFONE(S):</b>		
	M	F			
<b>MÉDICO(A) SOLICITANTE:</b>			<b>CRENCIADO(A) IPM?</b>		
			<input type="checkbox"/> SIM - Nº DO TERMO DE CRENCIAMENTO: _____ <input type="checkbox"/> NÃO. <input type="checkbox"/> CORPO CLÍNICO DE PRESTADOR PESSOA JURÍDICA IPM – ESPECIFICAR: _____		
<b>HOSPITAL CRENCIADO IPM:</b>				<b>DATA DA INTERNAÇÃO:</b>	
<b>PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b>					
<b>PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S) - Nome e Código:</b>					
<input type="checkbox"/> SEM OPME (Órtese, Prótese, Material Especial) <input type="checkbox"/> COM OPME – Descrever na GUIA DE SOLICITAÇÃO DE OPME (G4).					
<b>ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) SOLICITANTE (com CREMEC):</b>				<b>DATA:</b>	
<b>ASSINATURA E CARIMBO DO(A) AUDITOR(A) IPM:</b>				<b>DATA:</b>	

OFÍCIO Nº 396/2023 – DIREÇÃO DE SAÚDE DO IPM - DISA

Fortaleza, 27 de dezembro de 2023.

Aos  
**PRESTADORES CREDENCIADOS AO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA (IPM) – EDITAL IPM Nº 102/2022.**  
Nesta

**Assunto: Informativo IPM Saúde nº 10 – Guias IPM Saúde – HOSPITAIS.**

Prezado(a) prestador, nossos cordiais cumprimentos.

Objetivando otimizar o acesso dos beneficiários aos serviços assistenciais do Programa, assim como padronizar os formulários do **IPM Saúde**, em dezembro de 2022 as **GUIAS PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS** passaram por atualização, as quais foram estratificadas conforme abaixo descrito:

- **G1** - Guia para Solicitação de Procedimentos Eletivos Ambulatoriais;
- **G1** - Guia para Solicitação de Procedimentos Eletivos Ambulatoriais – Paciente Oncológico;
- **G2** - Guia para Solicitação de Internação Hospitalar;
- **G3** - Guia para solicitação de procedimentos - Paciente internado;
- **G4** - Guia para Solicitação de OPME.

Nesse contexto, vimos por meio deste comunicar que **a partir de 2 de janeiro de 2024, somente serão aceitas as guias padrão IPM Tipo G** para as solicitações de autorização de procedimentos.

Caso sejam apresentadas guias de médicos particulares ou do SUS (ambos casos emitidos no âmbito de Fortaleza/CE), o beneficiário deverá proceder com a validação da guia pela Auditoria do IPM Saúde, via Setor de Atendimento - Linha de Frente (sede do IPM) ou IPM Digital (<https://ipmdigital.ipmfor.ce.gov.br/#/home>).

**Quaisquer outras guias fora dos casos acima especificados não serão aceitas ou validadas pelo Programa IPM Saúde.**

As novas Guias também estão disponíveis no SAVI (Sistema de Autorização Via Internet).

Certos de contarmos com o fortalecimento dessa parceria, desde já agradecemos.

Cordialmente,



**MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA**

**Diretora de Saúde do Instituto de Previdência do Município de Fortaleza - IPM**

Maria Cláudia de Freitas Lima  
Diretora de Saúde  
Instituto de Previdência do Município  
IPM