

Título: Formulário de Solicitação de Terapias Complementares

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-0501 - V.3

Fase: Vigente

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome: _____ Sexo: _____

Matrícula IPASGO: _____ Estado Civil: _____

CPF nº: _____ RG nº: _____

Endereço Completo: _____

Quadra: _____ Lote: _____ nº: _____ Complemento: _____

Bairro/Setor: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Ponto de referência: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Cel.: _____

E-mail: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE:

Nome: _____ Sexo: _____

Matrícula IPASGO: _____ Estado Civil: _____

CPF nº: _____ RG nº: _____

Endereço Completo: _____

Quadra: _____ Lote: _____ nº: _____ Complemento: _____

Bairro/Setor: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Cel.: _____

E-mail: _____

Em _____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Solicitante

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA DE TERAPIAS DOMICILIARES

O Programa de TERAPIAS COMPLEMENTARES em domicílio consiste num benefício de natureza facultativa oferecido pelo IPASGO, em atendimentos domiciliares de FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA e PSICOLOGIA, para reabilitação, correção, conservação, desenvolvimento ou restabelecimento das habilidades físicas e emocionais necessárias para o exercício funcional das atividades de vida diária.

O atendimento de Terapias Complementares em domicílio destina-se a usuários TOTALMENTE ACAMADOS, ou que possuam impossibilidade física definitiva de locomoção até uma unidade de saúde.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Cidades que atendem ao programa: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade e Anápolis;
- O Programa tem coparticipação de 30% do valor da guia conforme legislação vigente do IPASGO.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA AUTUAÇÃO DO PROCESSO:

- Preenchimento do formulário;
- Relatório Médico Atualizado em Receituário Clínico informando quadro clínico do paciente e a necessidade da terapia em domicílio. (Ex: Fisioterapia em Domicílio);
- Não será aceito relatório na guia verde do IPASGO;
- Cópia dos documentos pessoais do usuário e do solicitante;
- Comprovante de endereço onde será realizado o atendimento;
- Cartão do IPASGO.

*** Obrigatório o preenchimento de um e-mail para contato.**