



ANAMNESE ALIMENTAR



Data: ___ / ___ / 20 ___

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Idade: _____

Data Nasc: ___ / ___ / ___ Est. civil: _____ Profissão: _____

II - MOTIVO DA CONSULTA: _____

Patologia associada: _____ PA: _____ Diabete: () Sim () Não

História da doença: _____

Queixas e/ou sintomas: _____

Medicamentos utilizados: _____

Peso usual: _____ Peso tem variado ultimamente? () Sim () Não _____

Há quanto tempo está com o peso atual? _____

Já fez dieta? () Sim () Não Como foi o resultado? _____

Já fez alguma cirurgia? () Sim () Não Qual? _____

III - TRATO GASTROINTESTINAL:

Mastigação: () Lenta () Rápida () Normal Deglutição: () Boa () Ruim _____

Sente bem o sabor dos alimentos? () Sim () Não

Hábito intestinal: () Constipação () Diarréia () Normal _____ Gases? () Sim () Não

Após as refeições como é sua digestão? () Distensão abdominal () Normal _____

Alergias alimentares? () Sim () Não

Diurese: () Normal () Pouca diurese ()

ingere líquidos? () Sim () Não _____

IV- HÁBITOS DIÁRIOS:

Faz atividade física? () Sim () Não Qual e com que frequência? _____

Fuma? () Sim () Não Quanto? _____ Bebe? () Sim () Não O que? _____

OBSERVAÇÕES: _____

V - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Nome: _____ Altura: _____ Peso atual: _____

Data				
Peso				

Dobras cutâneas:

Tríceps				
Subescapular				
Bíceps				
Crista ilíaca				
Abdominal				
Coxa				
Panturrilha				

Perímetro:

Braço relaxado				
Antebraço				
Punho				
Tórax				
Cintura				
Abdômen				
Quadril				
Coxa				
Panturrilha				
Tornozelo				

Diâmetro:

Rádio				
Úmero				
Fêmur				
% Gordura				

Peso:

Gordura				
Ósseo				
Residual				
Muscular				
Ideal				

Classificação: _____ IMC _____ RCQ _____

TMB FAO/ OMS PA _____ Kcal PT _____ Kcal VET FAO / OMS FA PA _____ Kcal PT _____ Kcal

VI - RECORDATÓRIO - ALIMENTAÇÃO NO DIA DE ONTEM

Refeição	Hora	Alimentos

IX - DIÁRIO ALIMENTAR

Data: ___/___/___ a ___/___/___

Refeição	Desjejum	Colação	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
1º dia						
2º dia						
3º dia						
4º dia						
5º dia						
6º dia						
7º dia						



ATESTADO MÉDICO Nº _____

Atesto, para os devidos fins, que _____
_____, matrícula
_____, compareceu à consulta médica nesta data no horário das
_____, sendo portador da afecção CID: _____.

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas
atividades laborativas, por um período de ____ (_____) dias,
a partir desta data.

Novo Hamburgo, ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico

Eu, _____, autorizo a registrar o
diagnóstico conforme a classificação internacional de doenças (CID).

Assinatura do paciente ou responsável



Ipasem
NOVO HAMBURGO



Ipasem
NOVO HAMBURGO



Processo nº

Data:

Requerente:

Objeto:

.....
.....
.....

Modalidade:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dispensa de Licitação | <input type="checkbox"/> Concorrência |
| <input type="checkbox"/> Inexigibilidade de Licitação | <input type="checkbox"/> Pregão Presencial |
| <input type="checkbox"/> Convite | <input type="checkbox"/> Leilão |
| <input type="checkbox"/> Tomada de preços | <input type="checkbox"/> Pregão Eletrônico |

Observações:

.....
.....



Processo nº

Data:

Requerente:

.....
.....

Assunto:

.....
.....
.....



Coordenadoria de Contabilidade e Finanças

Documentação/Despesa

Período:



COMPROVANTE Nº _____

Declaramos, para os devidos fins, que

_____,
matrícula _____, compareceu no dia de
hoje, das _____ às _____ para
_____, devendo retornar
ao trabalho.

Novo Hamburgo, ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo



Protocolo N° _____

PROCESSO N° _____

CONTROLE PARA REVISÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS

Data	Lote/Fatura	Usuário/Descrição	Valor Hospital	Valor Honorários	Valor Total
TOTAL GERAL:					
Identificação:					
Revisão Técnica:			Revisão Administrativa:		
Coparticipação:			Estatística:		Honorários:



DESPACHO

Protocolo nº _____

Novo Hamburgo, ____ / ____ / ____

Lined area for writing the dispatch content.

Arquive-se em ____ / ____ / ____

Nº de páginas anexadas ao processo: _____ fls.

Responsável



Guia de Encaminhamento

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Matrícula:

Idade:

Em ____/____/____

ESPECIALISTA/JUSTIFICATIVA

Assinatura: _____

Assinatura Resp. Setor: _____



Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Municipais de Novo Hamburgo
Rua Cinco de Abril, 280 | Bairro Rio Branco | CEP 93310-085 | Novo Hamburgo - RS
Fone/Fax: (51) 3594-9162 | Celular: (51) 98205-9617/98205-9618 | E-mail: contato@ipasemnh.com.br







Guia de encaminhamento médico

Data: ___/___/___
Número:

Matrícula:

Nome do Paciente:

Idade:

Serviços/Exames Requisitados

Código AMB

QTD

Informações Clínicas _____

Urgência

Hora: ____:____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Paciente



CONSULTA

- CQV - Psico CQV Psiquiatria Perícia Odonto
- CQV - Nutri Fisioterapia Ambulatório
- CQV - Fono Perícia médica Quiropraxia

Obs: _____

SEU HORÁRIO DE CHEGADA É:

Data	Dia da semana	Horário



Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Municipais de Novo Hamburgo
Rua Cinco de Abril, 280 | Bairro Rio Branco | CEP 93310-085 | Novo Hamburgo - RS
Fone/Fax: (51) 3594-9162 | Celular: (51) 98205-9617/98205-9618 | E-mail: contato@ipasemnh.com.br

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

IDENTIDADE: _____

ÓRGÃO EMISSOR: _____

MEDICAMENTO: _____

MÉDICO: _____

N4

B

RS	MUNICÍPIO: NOVO HAMBURGO N4
----	---------------------------------------

B

IDENTIFICAÇÃO DO REMETENTE

Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Municipais de Novo Hamburgo - IPASEM/NH
Rua Cinco de Abril, 280 - Rio Branco - Novo Hamburgo/RS

____ de ____ de ____ Paciente (Nome): _____

Endereço: _____

Assinatura do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Ident. n°: _____ Órgão emissor: _____

Numeração: _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do vendedor

____/____/____
Data

Responsável técnico
Dr. Alex Sandro Schwarzbach / CRM - 20.937



Protocolo

Nº: _____

Data: _____

Assunto:

Rua Cinco de Abril, 280 | Bairro Rio Branco
CEP 93310-085 | Novo Hamburgo - RS

Fone/Fax: (51) 3594-9162 | Celular: (51) 98205-9617/98205-9618

E-mail: contato@ipasemnh.com.br

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Instituto de Previdência e Assistência
dos Servidores Municipais de Novo Hamburgo

Rua Cinco de Abril, 280 | Bairro Rio Branco
CEP 93310-085 | Novo Hamburgo - RS

Fone/Fax: (51) 3594-9162
Celular: (51) 98205-9617/98205-9618

CNPJ 94.707.684/0001-00

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data ____/____/____
Assinatura do farmacêutico



RELATÓRIO DE CONSULTAS MÉDICAS

NOME DO PROFISSIONAL			CREMERS	PERÍODO		ESPECIALIDADE	ENTIDADE	USO DO IPASEM
				MÊS	ANO			
RF.	MATRICULA DO IPASEM	DIA	NOME		ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL		USO DO IPASEM	
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

DATA / ASSINATURA DO REVISOR

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



Protocolo nº _____

Protocolado em ____ / ____ / ____

REQUERIMENTO

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a)-Presidente.

Eu, _____, CPF _____,
matrícula nº _____, residente e domiciliado(a) à _____,
nº _____, compl. _____,
bairro _____, CEP _____, na cidade de _____,
telefone _____, celular _____, e-mail _____,
_____.

venho por meio deste requerer _____

para fins de _____

Obs.: _____

Novo Hamburgo, ____ de ____ de ____.

Assinatura



REQUERIMENTO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS PRESTADOS

(nome do credenciado)

REQUER O PAGAMENTO, RELATIVO AOS SERVIÇOS AOS SEGURADOS DO IPASEM NO MÊS DE _____ DE 20____, NO VALOR DE R\$ _____ (_____), CORRESPONDENTE

- AOS SERVIÇOS DE: () CONSULTAS MÉDICAS - R\$ _____
() PRONTO SOCORRO - R\$ _____
() EXAMES COMPLEMENTARES - R\$ _____
() ATENDIMENTO HOSPITALAR - R\$ _____
() ATENDIMENTO AMBULATORIAL - R\$ _____
() ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - R\$ _____
() FISIOTERAPIA - R\$ _____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO CREDENCIADO

PARA USO DO IPASEM

RECEPÇÃO

PROTOCOLO Nº _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

SETOR DE CONTAS

*REVISÃO DE CONTAS () RETORNA POR GLOSA AAHH ou ASC (nºs e matr.) _____

() PAGAMENTOS DE TODOS OS SERVIÇOS SOLICITADOS

VALOR REQUERIDO

R\$ _____

VALOR GLOSADO

R\$ _____

VALOR TOTAL PAGO

R\$ _____

DATA

ASS. REVISOR TÉCNICO

DATA

ASS. REV. ADM.



Requerimento

Protocolo

Nro:.....

Data: ____/____/____

Dados do Servidor/Pensionista

Nome:..... Matrícula:..... Ativo Inativo

E-mail:..... CPF:.....

Telefones:...../...../.....

Naturalidade (Preencher somente se não constar em documento anexo)

Município:..... UF:.....

Endereço (Preencher somente em caso de alteração)

Rua:..... Nro:..... Compl:.....

Bairro:..... Cidade:..... CEP:.....

Ilmo(a). Sr(a). Diretor Presidente, venho à presença de Vossa Senhoria solicitar requerimento referente a:

- Requerimento de Inscrição RID - Inclusão de Dependente
 Prorrogação de Dependência RED - Exclusão de Dependente (Observar prazo para reinclusão)

Dados somente do(s) dependente(s) a ser(em) incluído(s), excluído(s) ou prorrogado(s)

Nome	Tipo dependência
.....
Cônjuge/Companheiro é servidor público municipal ativo/inativo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Legenda Tipos de Dependência

- 01-Cônjuge
02-Companheiro(a)
03-Filho(a) menor de 18 anos
04-Filho(a) maior de 18 anos
05-Filho(a) maior de 21 anos
06-Menor sob Guarda

Filho(s)/Menor sob Guarda	Tipo Dependência
Nome	
.....
.....
.....
.....
.....

Filhos maiores de 18 anos - Autorização de Desconto em Folha de Pagamento para inclusão

Estou ciente que a inclusão de dependentes FILHOS ACIMA DE 18 ANOS irão gerar o desconto em folha de pagamento de:

- 1% da minha remuneração, por dependente incluído, em caso de filho maior de 18 anos e menor de 21 anos
- 2% da minha remuneração, por dependente incluído, em caso de filho maior de 21 anos e menor de 24 anos

Assinatura do Servidor Titular.....

Termo de Responsabilidade de uso das carteirinhas

Responsabilizo-me pela guarda das carteiras de identificação fornecidas a mim e a meus dependentes para fins de utilização dos serviços de Assistência à Saúde fornecidos pelo Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Municipais de Novo Hamburgo (IPASEM-NH), bem como pela entrega dessa documentação à referida Autarquia Municipal quando do encerramento do meu vínculo ou de meus dependentes com o sistema de Assistência à Saúde previsto na legislação da edilidade, ciente de que arcarei com quaisquer custos criados ao Instituto e sua rede credenciada oriundos da utilização indevida do documento de identificação a mim fornecido, ou aos meus dependentes, pelo IPASEM-NH, sem prejuízo de eventual responsabilização administrativa, cível ou criminal decorrentes de atos praticados, nos termos da legislação.

Assinatura do Servidor / Pensionista Titular.....

Declaração de Atualização de Certidão

Declaro, sob as penas da lei, ciente da necessária responsabilização administrativa, cível e penal advinda de declarações falsas da espécie, que as condições certificadas na(s) Certidão(ões) ora entregue(s) em anexo permanecem inalteradas até a data do protocolo deste requerimento, conforme reconhecimento mediante carimbo e firma nela(s) aposto.

Assinatura do Requerente.....

Nestes termos, solicito deferimento.

Novo Hamburgo.....de.....de.....

Assinatura do Requerente

Conforme Resolução nº 22 de 26 de Julho de 2019

Para deferimento do pedido, este requerimento deverá ser acompanhado dos seguintes documentos, apresentados em vias originais e com suas respectivas cópias ou cópias autenticadas em cartório, observando-se o seguinte:

- A apresentação da documentação não impossibilita que Instituto proceda verificação e o estudo social respectivo, através de auditoria;
- A decisão pelo deferimento ou indeferimento do requerimento será proferida pelo diretor-presidente após análise documental;
- A inclusão de dependente deverá ser efetuada pelo titular ou por seu representante legal;
- A inclusão de dependente na qualidade de ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) que recebam alimentos, enteado(a) e menor sob tutela implica somente na referida condição para fins PREVIDENCIÁRIOS, na forma do §4º do artigo 24 e Parágrafo Único do art. 32, ambos da Lei Municipal nº 154/92;
- Consideram-se atualizadas as certidões emitidas pelos cartórios há no máximo **90** dias anteriores à data do protocolo do requerimento;
- Para fins de reinclusão de cônjuge ou companheiro, o servidor deverá aguardar o prazo de **12** meses para efetuar novo requerimento;
- A Prorrogação de Dependência para filhos maiores de 18 anos poderá ser formalizada dentro do prazo de **60** dias contados da data de aniversário de 18 anos ou 21 anos do dependente ou da posse do servidor ativo, sendo que entre o período do aniversário e o do deferimento do requerimento **o dependente estará sem Assistência à Saúde**;
- Em caso de exclusão de servidor titular e/ou seu(s) dependente(s) as carteiras da Assistência Saúde fornecidas pelo instituto, deverão ser devolvidas em anexo a este requerimento;

Servidor Ativo ou Pensionista	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Foto 3x4 recente; ✓ CPF (se não constar no documento de identificação); ✓ Documento de identificação, com foto, equiparável à cédula de identidade; ✓ Comprovante de residência atualizado, expedido no máximo 90 dias anteriores à data do Requerimento; ✓ PIS/PASEP/NIT, se não constar no documento de identificação; ✓ Procuração, quando o requerimento for apresentado por representante, acompanhada de Documento de Identificação, com foto, equiparável à cédula de identidade desse representante.
RID - Cônjuge	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Foto 3x4 recente; ✓ CPF (se não constar no documento de identificação); ✓ Documento de identificação, com foto, equiparável à cédula de identidade; ✓ Certidão de Casamento atualizada ou Certidão de Casamento acompanhada de Declaração de Atualidade de Certidão do servidor titular.
RID - Companheiro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Foto 3x4 recente; ✓ CPF (se não constar no documento de identificação); ✓ Documento de identificação, com foto, equiparável à cédula de identidade; ✓ Certidão de Nascimento ou Casamento atualizada do servidor titular e do Companheiro(a), ou certidões acompanhadas de Declaração de Atualidade de Certidão de servidor titular e Declaração de Atualidade de Certidão de Dependente (Companheiro), com as devidas averbações de divórcio ou separação judicial junto ao Cartório Civil das Pessoas Naturais; ✓ Declaração de União Estável atualizada ou Certidão de União Estável acompanhada de Declaração de Atualidade de Certidão de servidor titular, através de instrumento público (em cartório); ✓ Apresentar no mínimo 3 dos seguintes documentos, os quais deverão comprovar tempo mínimo de 1 ano de união estável: <ul style="list-style-type: none"> • prova de mesmo domicílio em nome do titular e dependente, • Certidão de Casamento religioso; • Certidão de Nascimento de filhos em comum; • disposições testamentárias; • declaração de imposto de renda do segurado(a) onde conste companheiro(a) como dependente; • prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil; • conta bancária conjunta; • registro de associação de qualquer natureza onde conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a), ou vice-versa (com declaração da seguradora ou recibo); • ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o(a) segurado(a) como responsável pelo companheiro(a) ou este(a) em relação àquele(a); • aquisição de imóvel em conjunto; • outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar.
RID - Filho menor de 18 anos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Foto 3x4 recente; ✓ CPF (se não constar na Certidão de Nascimento); ✓ Certidão de Nascimento; ✓ Para maiores de 16 anos: Certidão de Nascimento atualizada ou Certidão de Nascimento acompanhada de Declaração de Atualidade de Certidão de servidor titular.
RID ou Prorrogação de Dependência •Filho solteiro, de 18 a 21 anos •Filho solteiro, de 21 a 24 anos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Certidão de Nascimento atualizada ou Certidão de Nascimento acompanhada de Declaração de Atualidade de Certidão de servidor titular; ✓ Foto 3x4 recente e CPF (se não constar na Certidão de Nascimento);
RID - Criança/Adolescente sob Guarda para fins de adoção	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Foto 3x4 recente; ✓ CPF (se não constar na Certidão de Nascimento); ✓ Certidão de Nascimento ✓ Termo de Guarda e Responsabilidade Provisória com Fins de Adoção emitida pelo Poder Judiciário; ✓ Termo de Guarda sem discriminação de que a guarda é para fins de adoção, caso no qual deverá ser apresentada Certidão Narratória emitida pelo Poder Judiciário, sendo que os referidos Termos e Certidão, conforme o caso, deverão ser entregues atualizados anualmente até que haja trânsito em julgado da ação de adoção.



Solicitação ou alteração de carteirinhas

PROTOCOLO

Protocolo nº _____

Protocolado em ____ / ____ / ____

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a)-Presidente

Eu, _____, matrícula nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, nº _____, compl. _____, bairro _____, CEP _____, na cidade de _____, telefone _____, celular _____, e-mail _____, na qualidade de titular, venho à presença de Vossa Senhoria solicitar, com base nos artigos 23, 24, 25 e 26 da Lei Municipal nº 154/92 de 24/12/1992:

- Carteira definitiva do IPASEM/NH [] 1ª via [] 2ª via Alteração da carteira definitiva do IPASEM/NH
 Carteira da UNIMED [] 1ª via [] 2ª via Alteração da carteira da UNIMED

Servidor - titular: _____
 Dependente(s): _____

Nestes termos, solicita deferimento.

Novo Hamburgo, ____ de _____ de ____.

OBS.: Para a emissão de 2ª via da carteira definitiva do IPASEM/NH deverá ser comprovado o pagamento de taxa junto à tesouraria conforme Resolução nº 01/2004

Assinatura do(a) segurado(a)