



SENADO FEDERAL
Secretaria de Gestão de Pessoas
Coordenação Geral de Saúde

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO

1. Preencha o requerimento e salve as alterações.
2. Cadastre o documento no SIGAD com grau de sigilo "Dados de Saúde", anexe o requerimento preenchido como arquivo digital e assine eletronicamente.
3. Digitalize o original do relatório do profissional de saúde e, caso necessário, outros documentos pertinentes à solicitação e faça o upload como anexo no documento do SIGAD.
4. Anote o NUP do documento (número de identificação).
5. Tramite para a **Coordenação de Autorização do SIS (COASIS)**.
6. Caso seja necessário envio via correios, o endereço é:
Senado Federal, Sistema Integrado de Saúde – SIS, Via N2, Bloco 17, 70165-900 Brasília - DF.

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome: _____

E-mail: _____ Ramal: _____

Telefone Residencial: _____ Telefone Celular: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

2. BENEFICIÁRIO QUE SE SUBMETERÁ AO TRATAMENTO:

Nome: _____

TITULAR

DEPENDENTE

Matrícula SIS nº _____

3. TIPO DE TRATAMENTO:

- Assistência Domiciliar (Home Care, Assistência de Enfermagem, Cuidador e outros profissionais vinculados a estas modalidades de tratamento).

Obs: Para solicitação de Home Care também deverá ser preenchido o Formulário Termo de Responsabilidade.

- Tratamento Continuado (ambulatorial ou domiciliar, exceto nos casos de autorização de Home Care, Assistência de Enfermagem e Cuidador):

Acupuntura

Fisioterapia

Fonoaudiologia

Psicologia

Terapia Ocupacional



SENADO FEDERAL
Secretaria de Gestão de Pessoas
Coordenação Geral de Saúde

Oxigenoterapia

Medicamento

Obesidade Mórbida

Procedimento cirúrgico de cobertura obrigatória em virtude da ausência de profissionais credenciados

Outros

4. DECLARAÇÃO

Declaro pleno conhecimento do inteiro teor do Regulamento do SIS (Resolução nº 35/2012), bem como de suas normas regulamentadoras.

O requerimento de autorização prévia somente será apreciado quando acompanhado de relatório do profissional assistente e com data não superior a 30 dias da data do requerimento.

Estou ciente de que, conforme previsto no Regulamento do SIS - Art. 40, §1º:

“O pedido de requerimento de ressarcimento das despesas com assistência na modalidade de livre escolha deve ser feito até 60 (sessenta) dias após a realização do procedimento.”

Observações:

Tanto para a assistência domiciliar, com internação, cujas autorizações tenham sido solicitadas a partir de 09/08/2017*, quanto para a assistência domiciliar, sem internação, cujas autorizações já estavam vigentes na data mencionada ou foram solicitadas posteriormente, seja no regime de atendimento “livre escolha”, seja no regime de atendimento “credenciamento”, quando cabível, a participação financeira será aplicada conforme os percentuais correspondentes ao vínculo do responsável financeiro da família com o Senado Federal, respeitados os limites de participação financeira mensal e de desconto em folha.

* Publicação da Instrução Normativa nº 09/2017, do Conselho de Supervisão do SIS, que regulamenta o programa de atenção domiciliar aos beneficiários do Sistema Integrado de Saúde.

NESTES TERMOS
PEDE DEFERIMENTO

Em ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) requerente