



MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA MUNICIPAL – IPAM

OFÍCIO IPAM nº 451/2015 Caxias do Sul, 30 de setembro de 2015.

Aos Profissionais Médicos Ginecologistas e Obstetras

Prezados:

Pelo presente, comunicamos Vossa Senhoria, que o IPAM-Saúde acatou a reivindicação dos profissionais médicos ginecologistas e obstetras e está pagando a coleta de material para exame citopatológico do colo uterino (COD AMB92: 45010030 - exame a fresco do conteúdo vaginal e cervical) no valor de 20 CHs = R\$ 11,40 (onze reais e quarenta centavos) em consultório.

Importa referir que o procedimento não precisa de autorização e não deve ser cobrada a coparticipação, basta acrescentar o código junto ao formulário de serviços prestados, conforme exemplo abaixo.

MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA MUNICIPAL - IPAM  
RUA PINHEIRO MACHADO, 2269 - CENTRO  
FONE: (54) 3289.5400 - CNPJ 88 892 393/0001-36

1ª VIA - IPAM  
FORMULÁRIO DE SERVIÇOS PRESTADOS Nº 221126

01. CADASTRO PRESTADOR  
02. NOME DO PRESTADOR DO SERVIÇO: **PESSOA FÍSICA**  
03. MATRÍCULA DO SEGURADO  
04. NOME DO SEGURADO ASSISTIDO  
05. DIA MÊS ANO 06. HORA DO ATENDIMENTO 07. CATEGORIA DE IDENTIDADE 08. CID 09. VALOR DO PPM R\$: **30,50**

10. ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS	ITEM	11. CÓDIGO DOS SERVIÇOS (AMB)	12. QUANT. DE CHS	13. PARA USO DO PPM	14. VALOR UNITÁRIO
CONSULTA MÉDICA	01	0,0,0,1,0,0,1,4			30,50
COLETA CP	02	4,5,0,1,0,0,3,0	20		11,40
	03				
	04				
	05				
OBS.: PREENCHER LEGÍVEL EM LETRA DE FORMA.					15. TOTAL
					41,90

16. CARIMBO E ASSINATURA CREDENCIADO  
17. AUTORIZAÇÃO / CONFIRMAÇÃO DE SERVIÇO PRESTADO  
ASSINATURA DO TITULAR / ASSISTIDO OU RESPONSÁVEL

Ítem: Leonardo Muelh - Gráfica Muelh - 2.500 Itm - 3425 - 0414

MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA MUNICIPAL - IPAM  
RUA PINHEIRO MACHADO, 2269 - CENTRO  
FONE: (54) 3289.5400 - CNPJ 88 892 393/0001-36

1ª VIA - IPAM  
FORMULÁRIO DE SERVIÇOS PRESTADOS Nº 221127

01. CADASTRO PRESTADOR  
02. NOME DO PRESTADOR DO SERVIÇO: **PESSOA JURÍDICA**  
03. MATRÍCULA DO SEGURADO  
04. NOME DO SEGURADO ASSISTIDO  
05. DIA MÊS ANO 06. HORA DO ATENDIMENTO 07. CATEGORIA DE IDENTIDADE 08. CID 09. VALOR DO PPM R\$:

10. ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS	ITEM	11. CÓDIGO DOS SERVIÇOS (AMB)	12. QUANT. DE CHS	13. PARA USO DO PPM	14. VALOR UNITÁRIO
CONSULTA MÉDICA	01	0,0,0,1,0,0,1,4			61,00
	02	4,5,0,1,0,0,3,0	20		11,40
	03				
	04				
	05				
OBS.: PREENCHER LEGÍVEL EM LETRA DE FORMA.					15. TOTAL
					72,40

16. CARIMBO E ASSINATURA CREDENCIADO  
17. AUTORIZAÇÃO / CONFIRMAÇÃO DE SERVIÇO PRESTADO  
ASSINATURA DO TITULAR / ASSISTIDO OU RESPONSÁVEL

Ítem: Leonardo Muelh - Gráfica Muelh - 2.500 Itm - 3425 - 0414

Colocando-nos à inteira disposição, para outros esclarecimentos que se fizerem necessários, aproveitamos o ensejo para renovar protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

**Maurício Rosa Costa**

Diretor de Serviços de Saúde  
IPAM Saúde