ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL / SERVIÇOS ESPECIAIS

04 -

Data de Atendimento

CRM Médico

C.I.D. 10

Senha (se aplicável)

CPF / CNPJ

Nome/ Razão Social

Código do Beneficiário

Nome

RG

Idade

Local de Realização

1 - Consultório
2 - Ambulatório/Clínica
3 - Pronto Socorro
4 - S.A.D.T.

CÓDIGO	QTD	HO	FC	TC	DESCRIÇAO	VALORES EM R$
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
98043013	01				MATERIAIS / FILMES RADIOLÓGICOS (DISCRIMINAR EM ANEXO)	,
98023020					PRÓTESE / ÓRTESE DE IMPLANTE MATERIAIS ESPECIAIS — SENHA	,
98044010	01				MEDICAMENTOS / GASES / CONTRASTES (DISCRIMINAR EM ANEXO)	,
98044036					MEDICAMENTO ALTO CUSTO — SENHA	,
98042017					TAXAS DIVERSAS /TAXA DE OBSERVAÇÃO (DISCRIMINAR EM ANEXO)	,

Obs.: Anexar sempre solicitação médica. **Nota Fiscal obrigatória para Pessoa Jurídica e alto custo.**

PREENCHIMENTO DOS CAMPOS HO, FC e TC

CAMPO HO - HORARIO DE ATENDIMENTO	1 = NORMAL	2 = EXTRAORDINARIO	
CAMPO FC - FUNÇÃO CIRÚRGICA	1 = NÃO SE APLICA / SADT 3 = 1º AUXILIAR	2 = CIRURGIÃO PRINCIPAL 4 = DEMAIS AUXILIARES	5 = ANESTESISTA
CAMPO TC - TIPO DE CIRURGIA	1 = NÃO SE APLICA 3 = CIRURGIA 2ª MESMA VIA	2 = CIRURGIA ÚNICA / PRINCIPAL 4 = CIRURGIA 2ª OUTRA VIA	5 = CIRURGIA 2ª BILATERAL

Assinatura do Credenciado / Carimbo

Assinatura do Beneficiário ou Responsável