DESPESA HOSPITALAR

02 -

Data de Atendimento

CRM Médico Solicitante/Responsável

Senha Inicial da Internação

Ultima Senha Prorrogação

CPF / CNPJ

Nome/ Razão Social

Código do Beneficiário

Nome

RG

Idade

Tipo de Atendimento

1 - Cirúrgica 2 - Obstétrica 3 - Clínica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica 6 - Home Care

Tipo de Acomodação

1 - Cir. Ambulatorial / Day-Clinic 2 - Enfermaria 3 - Quarto Individual 4 - Apto. Privativo

Diagnóstico da Alta

C.I.D. 10

Data da Internação

Data da Alta (apenas se ocorreu)

Condições ou Motivo da Alta

1 - Curado 2 - Melhorado 3 - Óbito 4 - A Pedido 5 - Transferido 6 - Conta Parcial

CODIGO	QTD	DESCRIÇAO	VALORES EM R$
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
98.02.301-2	01	MATERIAIS (DISCRIMINATIVO EM ANEXO)	,
98.02.302-0		PRÓTESES E ÓRTESES DE IMPLANTE / MATERIAIS ESPECIAIS — SENHA	,
98.02.401-9	01	MEDICAMENTOS (DISCRIMINATIVO EM ANEXO)	,
98.02.403-5		MEDICAMENTOS ALTO CUSTO — SENHA	,
98.02.402-7	01	GASES (OXIGÊNIO, ETC - DISCRIMINATIVO EM ANEXO)	,
		TOTAL	,

COBRAR HONORÁRIOS MÉDICOS E DESPESAS ADICIONAIS, SEMPRE EM FORMULÁRIOS 03 A PARTE

Anexar sempre:- Cópia de solicitação médica da internação - Fatura hospitalar completa
- Resumo de anátomo patológico - Cópia da Nota Fiscal no alto custo

Assinatura do Credenciado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável