HONORÁRIOS EM INTERNAÇÃO / DESPESAS COMPLEMENTARES

03 -

Data de Atendimento

CRM Médico Solicitante/ Responsável

Senha Inicial da Internação

CPF / CNPJ

Nome/ Razão Social

Código do Beneficiário

Nome

RG

Idade

Tipo de Atendimento

1 - Cirurgia
2 - Obstétrica
3 - Clínica
4 - Pediátrica
5 - Psquiátrica
6 - Home Care

Tipo de Acomodação

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

Data da Internação:

Data Alta (apenas se ocorreu)

Hora:

C.I.D. 10

CODIGO	QTD	HO	FC	TC	DESCRIÇÃO	VALORES EM R$
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
						,
98033018					FILMES RADIOLÓGICOS	,
98037013	01				TAXA, MATERAIS E MEDICAMENTOS USADOS EM SADT (ANEXAR RELAÇÃO)	,

PREENCHIMENTO DOS CAMPOS HO, FC e TC

CAMPO HO - HORÁRIO DE ATENDIMENTO	1 = NORMAL	2 = EXTRAORDINÁRIO	3 = NÃO SE APLICA (DIÁRIAS E TAXAS)
CAMPO FC - FUNÇÃO CIRÚRCIA	1 = NÃO SE APLICA / SADT 3 = 1º AUXILIAR	2 = CIRURGIA 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