

**PROCEDIMENTO MÉDICO EM HOSPITAL**

**LOCAL DE ATENDIMENTO**

**NOME DO USUÁRIO**

**CARTÃO ISSEC**

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO				CÓDIGO DA TABELA		QUANT.	CH
GRAU DE PARTICIPAÇÃO				TOTAL DE SERVIÇO			
CIRG./OBST	1 AUX.	2 AUX.	CLÍNICO	DATA/INTERNAÇÃO	DT/CIR/OBST	DT/ALTA	
ANESTESIA	INÍCIO		TERMINO	Nº GIH			
ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL				ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL			

OBS: 1- ANEXAR CÓPIA DA GIH.  
 2- ANEXAR EM CASO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAMENTO OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO, CÓPIA DO FORMULÁRIO “**LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE**”, DATADO, CARIMBADO E ASSINADO PELO MÉDICO ASSISTENTE, COM O VISTO DO AUDITOR DO ISSEC.  
 3- EM CASO DE HORÁRIO ESPECIAL ANEXAR CÓPIA DO BOL ETIM CIRÚRGICO;  
 4- EM CASO DE MAIS DE UMA CIRURGIA DE HEMANGIOMA, LIPOMA, NEVUS ETC, PARA QUE SEJA PAGA POR VIA DE ACESSO DIFERENTE É NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DO PEDIDO MÉDICO.

LMD