

GUIA DE SERVIÇO – I

PROCEDIMENTO						
EXAME	Laboratório	<input type="checkbox"/>	Ultra-som	<input type="checkbox"/>	Endoscópico	<input type="checkbox"/>
	Cardiológico	<input type="checkbox"/>	Radiológico	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

RESERVADO AO MÉDICO REQUISITANTE					
Nome do Usuário: _____			CARTÃO ISSEC <input type="checkbox"/>		
N.º	PROCEDIMENTOS SOLICITADOS				
01					
02					
03					
Justificativa:			Senha de Autorização da Consulta		
			Data da solicitação _____ / _____ / _____		
Carimbo e Assinatura do Médico					

SERVIÇO EXECUTADO						
N.º	PROCEDIMENTO	CÓDIGO TABELA				VALOR R\$
01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL						_____
Data da realização do procedimento _____ / _____ / _____			Carimbo e Assinatura do Credenciado			_____
						Assinatura do Usuário ou Responsável

RESERVADO PARA AUTORIZAÇÃO					
SENHA DE AUTORIZAÇÃO _____			DATA DA AUTORIZAÇÃO _____		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <small>dia mês ano</small>		

OBS.: ESTA GUIA DEVERÁ SER UTILIZADA PARA CADA TIPO DE SERVIÇO, DISTINTAMENTE.