

PROCEDIMENTO MÉDICO EM HOSPITAL

LOCAL DE ATENDIMENTO

NOME DO BENEFICIÁRIO

CARTÃO ISSEC

| DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO | | | | CÓDIGO DA TABELA | | QUANT. | CH |
|--------------------------------|--------|--------|---------|---------------------------------------|-------------|---------|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| GRAU DE PARTICIPAÇÃO | | | | TOTAL DE SERVIÇO | | | |
| CIRG./OBST | 1 AUX. | 2 AUX. | CLINICO | DATA/INTERNAÇÃO | DT/CIR/OBST | DT/ALTA | |
| | | | | | | | |
| ANESTESIA | INICIO | | 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 BOLETIM 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