

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 Beneficiário: _____	CARTÃO ISSEC								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">N.º</th> <th style="width: 95%;">PROCEDIMENTOS SOLICITADOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">02</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">03</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		N.º	PROCEDIMENTOS SOLICITADOS	01		02		03	
N.º	PROCEDIMENTOS SOLICITADOS								
01									
02									
03									
Justificativa:	Senha de Autorização da Consulta Data da solicitação ____/____/____ <p style="text-align: center;">Carimbo e Assinatura do Médico</p>								

SERVIÇO EXECUTADO			
N.º	PROCEDIMENTO	CÓDIGO TABELA	VALOR R\$
01			
02			
03			
TOTAL			
Data da realização do procedimento ____/____/____ _____ Assinatura do Beneficiário ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Credenciado	

RESERVADO PARA AUTORIZAÇÃO	
SENHA DE AUTORIZAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> </div>	DATA DA AUTORIZAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ____ / ____ / ____ dia mês ano </div>

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