

GUIA DE SERVIÇO – I

PROCEDIMENTO					
EXAME	{	Laboratório <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Ultra-som <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Endoscópico <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
		Cardiológico <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Radiológico <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Outros <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	

RESERVADO AO MÉDICO REQUISITANTE	
Nome do Beneficiário: _____	CARTÃO ISSEC <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
N.º	PROCEDIMENTOS SOLICITADOS
01	
02	
03	
Justificativa:	Senha de Autorização da Consulta Data da solicitação ____/____/____ <p style="text-align: right;">Carimbo e Assinatura do Médico</p>

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

RESERVADO PARA AUTORIZAÇÃO	
SENHA DE AUTORIZAÇÃO <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____ dia mês ano

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