

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: _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">CARTÃO ISSEC</div>

N.º	PROCEDIMENTOS SOLICITADOS
01	
02	
03	

Justificativa:	Senha de Autorização da Consulta Data da solicitação ____/____/____ <div style="text-align: right;">Carimbo e Assinatura do Médico</div>
----------------	--

SERVIÇO EXECUTADO			
N.º	PROCEDIMENTO	CÓDIGO TABELA	VALOR RS
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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>										DATA DA AUTORIZAÇÃO ____ / ____ / ____ dia mês ano

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

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.	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 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

GUIA DE SERVIÇO – I

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

RESERVADO AO MÉDICO REQUISITANTE	
Nome do Beneficiário: _____	CARTÃO ISSEC <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
N.º	PROCEDIMENTOS SOLICITADOS
01	
02	
03	
Justificativa:	Senha de Autorização da Consulta Data da solicitação ____/____/____ <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">Carimbo e Assinatura do Médico</div>

SERVIÇO EXECUTADO			
N.º	PROCEDIMENTO	CÓDIGO TABELA	VALOR RS
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; width: 100%; height: 40px; display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> </div>	DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____ dia mês ano

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

PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR ELETIVO

Solicito autorizar hospitalização para o beneficiário deste Instituto nos termos abaixo:

Paciente: _____

Endereço: _____

Dados Clínicos: _____

Código Procedimento: _____

Procedimento: _____

Hospital Credenciado Indicado: _____

Solicitação Médica

_____/_____/_____
Data da Solicitação

Carimbo e Assinatura do Médico Requisitante

REGISTRO DE CONSULTA MÉDICA

CREDENCIADO		NOME:				
CÓDIGO	CARTÃO ISSEC	NOME BENEFICIÁRIO	DATA AUTORIZAÇÃO	SENHA DE AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL	MÊS/ANO:
01			/ /			
02			/ /			
03			/ /			
04			/ /			
05			/ /			
06			/ /			
07			/ /			
08			/ /			
09			/ /			
10			/ /			
11			/ /			
12			/ /			
13			/ /			
14			/ /			
15			/ /			
16			/ /			
17			/ /			
18			/ /			
19			/ /			
20			/ /			
21			/ /			
QTDE. CONSULTAS	CREDENCIADO (assinatura e carimbo)					LOCAL/ DATA