

- |                                         |                                                                   |                                |                                  |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apresentação   | <input type="checkbox"/> Autorizador / URA /<br>Formato Magnético | <input type="checkbox"/> PSSM  | <input type="checkbox"/> Comlurb |
| <input type="checkbox"/> Reapresentação | <input type="checkbox"/> Guias / Formulários                      | <input type="checkbox"/> Comum |                                  |

Nome do Credenciado/Associado		
CPF/CNPJ	Código Credenciado	Telefone

Formulário	Quantidade	Valor Total
Guia de Consulta		
Guia de SP/SADT		
Guia de Honorário Individual		
Guia de Resumo de Internação		
Sub-total		
Descontos		
Total do Protocolo		

Assinatura e Carimbo do Médico	Assinatura e Carimbo do Diretor Médico do Hospital
--------------------------------	----------------------------------------------------

**Observações Importantes:**

- |                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - O referido protocolo não será aceito quando houver rasuras e emendas;                                                |
| 2 - É obrigatório o código do credenciado;                                                                               |
| 3 - Todos os campos deverão ser preenchidos;                                                                             |
| 4 - A reapresentação deverá compor um único processo distinto dos demais;                                                |
| 5 - A fatura referente aos atendimentos PSSM (Prefeitura) deverá compor um único processo distinto dos demais;           |
| 6 - A fatura em formato "MAGNÉTICO/URA/AUTORIZADOR" deverá compor um único processo distinto dos demais;                 |
| 7 - Reclamações até 30 dias após recebimento dos seus honorários médicos e/ou hospitalares;                              |
| 8 - O preenchimento incorreto do formulário acarretará na impossibilidade do recebimento do processo;                    |
| 9 - Não vale como recibo;                                                                                                |
| 10 - Os valores estão sujeitos a alterações;                                                                             |
| 11 - O pagamento a este protocolo será após análise médica e/ou administrativa;                                          |
| 12 - Não incluir, no total do protocolo, o valor da guia de outras despesas, o mesmo já está somado a guia referenciada. |