COBRANÇA INTERNAMENTO

PROCESSO NÚMERO

NOME DO PACIENTE	TELEFONE	NÚMERO DA CARTEIRA

DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM OS DISPOSITIVOS CONSTANTES DO MANUAL DO BENEFICIÁRIO - ICS, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE À CO-PARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR NOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS, BEM COMO, AUTORIZO O PRESTADOR DOS SERVIÇOS A FORNECER CÓPIA DO PRONTUÁRIO OU LAUDOS DE EXAMES À AUDITORIA MÉDICA DO ICS.

LOCAL	DATA	ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL
	___/___/___	

NOME DO PRESTADOR DE SERVIÇOS	CÓDIGO DO PRESTADOR

CONDIÇÃO DO INTERNAMENTO	DATA E HORA DO INTERNAMENTO	DATA E HORA DA ALTA	SENHA
☐ ELETIVO ☐ URG/EMERG.	__ /__ /__ __ : __	__ /__ /__ __ : __	

CID - 10ª REVISÃO

DESCRIÇÃO CLÍNICA

RESUMO DA CONTA	QUANTIDADE UTILIZADA	VALOR RECLAMADO
DIÁRIAS		
DIÁRIAS UTI		
TAXAS		
GASOTERAPIA		
SERVIÇOS		
EQUIPAMENTOS		
MEDICAMENTOS		
MATERIAIS		
EXAMES		
HONORÁRIOS		
OUTROS		
TOTAL →		

NOTA

1. **É INDISPENSÁVEL QUE ESTE FORMULÁRIO ESTEJA PREENCHIDO DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL;**
2. **ANEXAR RELAÇÃO DISCRIMINATIVA DA CONTA E FOTOCÓPIA DA NOTA FISCAL DO FORNECEDOR (PRÓTESE);**
3. **ANEXAR RELAÇÃO C/ DESCRIÇÃO DA EQUIPE(CÓDIGO DO PROCED., NOMES DOS PROFISSIONAIS, ATUAÇÃO E VALOR DOS HONORÁRIOS);**
4. **O NÃO CUMPRIMENTO DOS ITENS ACIMA ACARRETARÁ NA GLOSA PARCIAL OU TOTAL DA FATURA.**

LOCAL	DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO PRESTADOR
	___/___/___	