

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL
SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA



01 - Nº DA GUIA:

02 - PLANO:

03 - NOME DA EMPRESA:

04 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

05 - DATA DE VALIDADE DA GUIA:

06 - SENHA:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

07 - Nº DO CARTÃO:

08 - VALIDADE DO CARTÃO:

09 - TIPO DE BENEFICIÁRIO:

☐ TITULAR

☐ DEPENDENTE

10 - NOME DO TITULAR:

11 - NOME DO DEPENDENTE:

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

12 - TIPO DE ATENDIMENTO AUTORIZADO (assinalar):

☐ CONSULTA ELETIVA

☐ EXAMES COMPLEMENTARES

☐ PROCEDIMENTOS

☐ TELEMEDICINA

DADOS DO EMISSOR

13 - NOME:

14 - CARGO NA EMPRESA:

15 - E-MAIL INSTITUCIONAL (AUTORIZADO):

16 - TELEFONE:

USO DA CLÍNICA

17 - ATENDENTE:

18 - Nº DO ATENDIMENTO:

19 - DATA DO ATENDIMENTO:

20 - HORA:

21 - SERVIÇOS REALIZADOS NO ATENDIMENTO:

22 - VALOR (R\$):

☐ CONSULTA / TELEMEDICINA ESPECIALIDADE: _____

☐ EXAMES COMPLEMENTARES

☐ PROCEDIMENTOS

23 - VALOR TOTAL DO ATENDIMENTO (R\$):

OBSERVAÇÕES

I - ANEXAR NESTA GUIA TODOS OS EXAMES E/OU PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

II - RESPEITAR O LIMITE DE CRÉDITO MENSAL: R\$ _____

Este documento contém dados pessoais e dados pessoais sensíveis relativos à saúde, tratados nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD), art. 5º, II, e art. 11, exclusivamente para as finalidades de autorização, execução do atendimento, faturamento e auditoria do benefício. O acesso é restrito a pessoal autorizado e o compartilhamento indevido sujeita o infrator às sanções legais aplicáveis.

As partes declaram a veracidade e a exatidão das informações registradas nesta guia, bem como a efetiva realização dos serviços nela descritos.

ATENDENTE

BENEFICIÁRIO

RESPONSÁVEL EMPRESA