



CANOASPREV

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA
DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CANOAS

----- VIA DO MEDICO -----

Válido somente com a apresentação do Documento de Identidade

Guia de Atendimento Hospitalar:

Data Emissão 1:

Credenciado:

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

Cidade:

CEP:

Bairro:

Telefone:

Beneficiário:

Grau Dependência:

Nome:

Sexo: Feminino

Data Nasc.:

Endereço:

Cep:

Cidade:

Telefone:

Bairro:

Profissional: 99

Nome: PFE

Procedimentos Autorizados

Código

Descrição do Procedimento

Anestesista

Auxiliar

FM

Porte Anest

Qtd

Hon/CHs

Observações:

Quantidade de Diárias: 0

Profissional:

----- Destaque Aqui -----

CANOASPREV

Inst. de Prev. e Assist. dos Serv. Municipais de Canoas

Válido somente com a apresentação do Documento de Identidade

Guia de Atendimento Hospitalar:

Data Emissão

Credenciado:

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

Cidade:

CEP:

Bairro:

Telefone:

Beneficiário:

Grau Dependência: T

Nome:

Sexo: Feminino

Data Nasc.:

Endereço:

Cep:

Cidade:

Telefone:

Bairro: CENTRO

Declaro ter recebido a respectiva guia de atendimento ou baixa
e autorizo o desconto inerente em folha de pagamento.

Assinatura do Beneficiário ou Responsável Autorizado