

*** IPASEM N.H. ***

26.02.2025

03:39

AUTORIZAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES Nº

2585702

Prestador de Serviços: 213 - UNIMED VALE DO SINOS COOP DE ASSIST A SAUDE L
RUA TUPI,962 - RIO BRANCO
NOVO HAMBURGO

Fone: (51)35841800

Médico Solicitante.....: 213 - UNIMED VALE DO SINOS COOP DE ASSIST A SAUDE L

Operador: Adriel de Castro Rocha

*** Exija letra legível de seu médico**

Segurado.....: 8845 - DAIANA LASTA SILVEIRA
2 - MAIQUELI LASTA SILVEIRA

Idade: 16

AMBULATÓRIO

Observações: liberado com cobrança de diferenças e taxas de intercâmbio

* Validade de 30 dias a partir da data de emissão

PROCEDIMENTOS AUTORIZADOS		1	
30501350 - Rinosseptoplastia Funcional		USO DO IPASEM	
HONORÁRIOS PROFISSIONAIS			
Cirurgião: _____	CREMERS: _____	CH's: _____	
Código TUS: _____	R\$: _____	R\$: _____	
Assinatura: _____	Total: _____	Total: _____	
Anestesista _____	CREMERS: _____	CH's: _____	
Código TUS: _____	R\$: _____	R\$: _____	
Assinatura: _____	Total: _____	Total: _____	
Auxiliar: _____	CREMERS: _____	CH's: _____	
Código TUS: _____	R\$: _____	R\$: _____	
Assinatura: _____	Total: _____	Total: _____	
Outros: _____	CREMERS: _____	CH's: _____	
Código TUS: _____	R\$: _____	R\$: _____	
Assinatura: _____	Total: _____	Total: _____	
TOTAL DOS HONORÁRIOS PROFISSIONAIS:		R\$: _____	

USO DO SEGURADO: Autorizo o IPASEM a efetuar o pagamento dos serviços realizados e descontar a coparticipação financeira devida, desse valor, em meu vencimento mensal. Autorizo o serviço credenciado a fornecer cópia do meu prontuário à Auditoria Médica do IPASEM-NH.

INTERCÂMBIO: Por se tratar de procedimento a ser realizado fora do VALE DO SINOS, autorizo o débito das diferenças cobradas pelos prestadores de serviços que ultrapassarem os valores previstos nas tabelas do IPASEM-NH.

Carimbo do Prestador

Data: ____/____/____ Assinatura: _____