



# COMPROVANTE DE ATENDIMENTO - CONSULTAS DIGITADAS NO AUTORIZADOR (TISS) - ANS Nº 31526-5

Recebedor: \_\_\_\_\_ – CNPJ./CPF \_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO EXECUTANTE: \_\_\_\_\_

Nº	DATA ATEND.	Nº CARTÃO BENEF.	NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO	Nº AUTORIZ.	Nº GUIA	PRECISA REVERTER?	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO	VISTO Atendente
1	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
2	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
3	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
4	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
5	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
6	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
7	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
8	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
9	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
10	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
11	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
12	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
13	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
14	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
15	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
16	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
17	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
18	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
19	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		
20	/ /					( ) SIM ( ) NÃO		

\*\*\* Caso o autorizador esteja em manutenção, utilizar a GUIA – SP/SADT (DIGITAR POSTERIORMENTE NO AUTORIZADOR) e não utilizar este formulário.

\*\*\* Utilizar um formulário POR EXECUTOR/Médico;

\*\*\* Preencher todos os campos do comprovante e com letra legível;

\*\*\* É obrigatório o beneficiário/responsável assinar;

\*\*\* Os comprovante deve ser entregue no Faturamento/PAM com as autorizações REVERTIDAS;

\*\*\*No campo **VISTO - ATENDENTE** a secretária/recepcionista que liberar a consulta, deve informar o primeiro nome.