

IPSM
PMMG
CBMMG

**CONTA EXAME OU DE
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL**

USO DA PMMG

____/____
MÊS / ANO

Nº LOTE

PARA USO DO MÉDICO SOLICITANTE

02 - NOME COMPLETO DO PACIENTE:

EXAMES / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

01 -

02 -

03 -

04 -

05 -

06 -

07 -

08 -

JUSTIFICATIVA

N.º DO CONSELHO:

CPF:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

ASS. / CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

PARA USO DO CONTRATADO

NOME DO CONTRATADO:

CPF / CNPJ:

TIPO: (2) 1 - PESSOA JURÍDICA
2 - PESSOA FÍSICA

DATA DO EXAME:

N.º IPISM PACIENTE:

EXAMES REALIZADOS

ITEM	CÓD. PROCEDIMENTO	QUANT. US/ATOS	VALOR APRESENTADO	VALOR APROVADO	MOT. VER.	CÓD. GLOSA	CÓD. RATEIO
01 -							
02 -							
03 -							
04 -							
05 -							
06 -							
07 -							
08 -							
09 -							
10 -							
11 -							
12 -							
13 -	TOTAIS						

VALOR POR EXTENSO

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. / CARIMBO CONTRATADO

REVISÃO TÉCNICA

REVISÃO ADMINISTRATIVA

____/____/____
DATA

ASS. CARIMBO REVISOR

____/____/____
DATA

ASS. CARIMBO REVISOR

* Quanto os atos realizados forem através de sessões, deverá haver assinaturas dos pacientes no verso do documento para cada sessão