

## GAS – GUIA DE ATENDIMENTO (TRATAMENTO SERIADO)

### 1 – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME DO PACIENTE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDADE	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO
NOME DO TITULAR	TELEFONE	VALIDADE DA CARTEIRA	

### 2 – PROCEDIMENTO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
--------	-----------

**Em caso do tratamento de Acupuntura**, declaro que possuo curso de especialização registrado no meu Conselho Profissional (Medicina, Odontologia ou Fisioterapia).

**Em caso do tratamento de Pilates**, declaro que possuo o Certificado de curso em Pilates.

Em caso de tratamento realizado por **fisioterapeuta**, não utilizar os códigos do capítulo 2 da TAB-REF.

### 3 – CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Nº SESSÃO	D A T A	ASSINATURA DO PACIENTE	ASSINATURA DO PROFISSIONAL
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

**É obrigatório que o beneficiário assine cada sessão individualmente, conforme seja realizado o tratamento. É vedado assinar as sessões previamente a sua realização.**

### 4 – IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL/PRESTADOR

Assinatura e Carimbo do Profissional que Realizou o Tratamento	CARIMBO DO PRESTADOR
--	----------------------

### 5 – DECLARAÇÃO

AUTORIZO O PAGAMENTO DOS SERVIÇOS DESCRITOS NESTA GUIA, APÓS AUDITORIA DO PRÓ-SAUDE, E O DESCONTO DE MINHA REMUNERAÇÃO DA(S) PARCELA(S) DE PARTICIPAÇÃO A QUE ESTIVER SUJEITO. ENTRETANTO, NÃO ME PRIVO DO DIREITO DE QUESTIONAMENTO FUTURO SOBRE A REALIZAÇÃO OU NÃO DOS ATENDIMENTOS E SERVIÇOS CONSTANTES NESTA GUIA.  
 AUTORIZO, AINDA, O DESCONTO INTEGRAL DAS DESPESAS SE FOREM CONSTATADAS IRREGULARIDADES NA UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA.

DATA DO ATENDIMENTO	HORÁRIO	ASSINATURA DO TITULAR/PACIENTE
---------------------	---------	--------------------------------

### VALORES TOTAIS EM R\$

QUANTIDADE DE SESSÕES	VALOR UNITÁRIO R\$	VALOR TOTAL R\$
-----------------------	-----------------------	--------------------