



Câmara Legislativa do Distrito Federal
Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e Servidores da CLDF - Fascal

GUIA DE ATENDIMENTO

Nome do Paciente	RG do Paciente	Inscrição FASCAL do Paciente
Nome do Titular	Telefone	Validade da Carteira do FASCAL ____/____/____

Atendimento

Data ____/____/____	Hora ____:____	Local <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Adicional
------------------------	-------------------	--

Descrição dos Procedimentos / Serviços

SEQ.	Descrição	Código	Quant.	Quant. Ch/US	R\$ Cobrado	FASCAL
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
Totais						

Assinatura e Carimbo do Profissional / Registro do Conselho
_____ Assinatura do Profissional
Declaro que os serviços foram prestados. Responsabilizo-me pelas despesas e autorizo o débito do respectivo percentual em folha de pagamento, conforme estabelecido pela Resolução 155/99.
Brasília, DF ____/____/____
_____ Assinatura do Associado

Prestador do Serviço (CNPJ e Assinatura)
_____ Assinatura