

## GAS – GUIA DE ATENDIMENTO (TRATAMENTO SERIADO)

É OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE, JUNTAMENTE COM A CARTEIRA DO PRÓ-SAÚDE PARA ATENDIMENTO.

### 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

CH	CÓDIGO	DESCRIÇÃO

**ESTA GUIA DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADA DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DO SERVIÇO MÉDICO OU PSICOSSOCIAL - TJDFT**

### 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			

### 4 – IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL/CREDENCIADO

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável	CARIMBO DO CREDENCIADO
--	------------------------

### 5 – DECLARAÇÃO

DECLARO QUE FORAM PRESTADOS OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA GUIA E AUTORIZO O TJDF A PAGAR AS DESPESAS ACIMA INDICADAS, DESCONTANDO DE MINHA REMUNERAÇÃO A(S) PARCELA(S) DE PARTICIPAÇÃO A QUE ESTIVER SUJEITO. 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 CH	VALOR UNITÁRIO R\$	VALOR TOTAL R\$
-----------------------	-------------------	--------------------	-----------------