



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL
FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS DEPUTADOS DISTRITAIS E SERVIDORES
DA CLDF – FASCAL

GUIA DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR



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

Atendimento

Data ____/____/____	Hora ____h ____min	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/IS	RS Cobrado	FASCAL
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
Totais						

Assinatura e carimbo do profissional/Registro Profissional _____ Assinatura do Profissional	Prestador do serviço (CNPJ e assinatura) _____ Assinatura
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 n° 296/2017. Brasília-DF, ____/____/____ _____ Assinatura do Associado	