|  |
| --- |
| **Auditor** |
| **Nome:**  |
| **CPF:**  | **Registro no conselho professional / UF:** |

|  |
| --- |
| Atendimento auditado |
| **Prontuário: «PRONTUÁRIO»**  | **Período do atendimento: «ATENDIMENTO\_»** |
| **Estabelecimento de saúde:** **«HOSPITAL\_»** |
| **Nome do paciente:** **«BENEFICIÁRIO\_» «AIHAPAC»** |
| **Procedimento (S) realizado (S): «PROCEDIMENTO\_\_»** |
| **Valor: «VALOR»****ABI: «ABI\_»** |

|  |
| --- |
| **Auditoria *in loco* ( ) Sim ( ) Não** |

|  |
| --- |
| **Laudo da auditoria**  |
| **«MEDICAMENTO»** |
|  |
|  |
|  |
| **( )Urg/Emerg ( )Eletivo** |

|  |
| --- |
| **Fundamentação técnica**  |
| **«FUND»** |
|  |
|  |

Atesto, sob as penas da lei, que as informações declaradas são verdadeiras.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura do auditor)

Observação: todos os campos devem ser preenchidos.