

Checklist Fechamento de Internação

Identificação do Paciente

Nome Completo:	Cole a etiqueta aqui.
Data de Nascimento: ____/____/____	
Convênio: _____ Período: _____	

CTI / Clínica Médica

Documentos Obrigatórios	Marque com X		Observação
1) Guia de Internação	() Sim	() NA	
2) Prorrogação CTI / CM	() Sim	() NA	
3) Autorização de Medicamentos e dietas	() Sim	() NA	
4) Autorização Bota Pneumática	() Sim	() NA	
5) Autorização Exames	() Sim	() NA	
6) Laudos	() Sim	() NA	
7) Autorização da Fisioterapia	() Sim	() NA	
8) Prescrição Médica	() Sim	() NA	
9) Fatura Hospitalar / Auditada	() Sim	() NA	
10) Fatura Hospitalar Auditada, se sim, enviar RHA (Relatório de Auditoria)	() Sim	() NA	
11) Guia TISS	() Sim	() NA	
12) Protocolo de Entrega	() Sim	() NA	
13) Nota Fiscal	() Sim	() NA	

Centro Cirúrgico

Documentos Obrigatórios	Marque com X		Observação
1) Guia de Internação	() Sim	() NA	
2) Guia de Autorização do Procedimento	() Sim	() NA	
3) Folha de Centro Cirúrgico e Folha Anestésica	() Sim	() NA	
4) Autorização de OPME	() Sim	() NA	
5) Laudos Eda / Colono	() Sim	() NA	
6) Fatura Hospitalar / Auditada	() Sim	() NA	
7) Fatura Hospitalar Auditada, se sim, enviar RHA (Relatório de Auditoria)	() Sim	() NA	
8) Guia TISS	() Sim	() NA	
9) Protocolo de Entrega	() Sim	() NA	
10) Nota Fiscal	() Sim	() NA	

Obs: Convênio Bradesco

Enviar relatório médico juntamente com o relatório de auditoria que não foi aceito pelo auditor interno do Hospital Di Camp.

Observação, se houver descreva.

Assinatura do Faturista

Data

FOR.FAT.03.FEV.2025.V01