



## FORMULÁRIO DE CONTROLE DE GUIAS DE CONSULTA

NOME DO PRESTADOR: \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO PRESTADOR \_\_\_\_\_

CÓDIGO BENEFICIÁRIO	NOME	NÚMERO SAW	DATA	ASSINATURA
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____
□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□□□□□□□□□□□□	__/__/__	_____

Obs. Formulário p/ controle de guia de consulta autorizada pelo sistema SAW -  
**As guias que não forem autorizadas pelo SAW, preencher a guia manual**  
**As guias de Custo operacional para os códigos que iniciam com 318 4xxx e 6xxx devem ser impressas e assinadas**

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Assinatura do médico  
\_\_\_\_\_