

### GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA HOSPITALAR

NOME DO BENEFICIÁRIO			CARTÃO ISSEC		<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA <input type="checkbox"/> RECIPROCIDADE								
ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO			VALIDADE CARTÃO										
BAIRRO	IDADE	SEXO	NOME DO HOSPITAL										
MOTIVO DO ATENDIMENTO													
EXAME CLÍNICO													
DIAGNÓSTICO													
EXAMES SOLICITADOS													
MEDICAÇÃO APLICADA													
DATA/ CARIMBO ASSINATURA DO MÉDICO				CARIMBO DO CREDENCIADO									
SERVIÇO EXECUTADO				CODIGO TABELA				QUANT.	QUANT. C.H				
DATA DE ATENDIMENTO		<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								TOTAL DE SERVIÇO			
				TOTAL MED./MAT.									
		_____ ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL		TOTAL GERAL									

**OBS: ANEXAR FOLHA DE MED/MAT USADOS, LAUDOS OU PELÍCULAS**