

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="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <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