PLANO DE SAÚDE
SĀO <b>CAMILO</b>

## **GUIA DE CONSULTA**

- Nº (	Guia	do	Prestador
--------	------	----	-----------

Dados do Beneficiário  4 - Número da Carteira  5 - Validade da Carteira  6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)
4 - Número da Carteira 5 - Validade da Carteira 6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)
7 - Nome 8 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado
9- Código na Operadora 9- Nome do Contratado 11 - Código CNES
12 - Nome do Profissional Executante     13 - Conselho Profissional     14 - Número no Conselho     15 - UF     16 - Código CBO
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
18 - Data do Atendimento     19 - Tipo de Consulta     20 - Tabela     21 - Código do Procedimento     22 - Valor do Procedimento
23 - Observação / Justificativa
24 - Assinatura do Profissional Executante 25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável