

2 - Nº Guia no Prestador

[illegible]

Dados do Beneficiário

<p>4 - Número da Carteira</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>5 - Validade da Carteira</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>6- Atendimento a RN (Sim ou Não)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	---	---

7 - Nome	8 - Cartão Nacional de Saúde
----------	------------------------------

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado	11 - Código CNES
71.291.926/0001-21	SANTACOOBPH	3433420

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--