



Protocolo (preenchimento Capesesp)

Matrícula Capesesp

## ÍNDICE DE PARTOS

**ANS - nº 324477**

Paciente:

### Médico Executante

Nome:

CRM:

CPF:

Credenciado ao CAPESAÚDE?

SIM

NÃO

### Pré-Natal

Nome/razão social da Clínica/consultório onde está sendo realizado o acompanhamento pré-natal:

CNPJ:

UF:

Credenciado ao CAPESAÚDE?

SIM

NÃO

### Parto/Cesárea

Nome/razão social do hospital onde será realizado o parto/cesárea:

CNPJ:

UF:

Credenciado ao CAPESAÚDE?

SIM

NÃO

O presente documento tem por finalidade consolidar informações sobre o percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais solicitado ao CAPESAÚDE, conforme estabelece a Resolução Normativa n.º 368/2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

### Responsável pela informações

Nome

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura