

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS

ANS - nº 357511

3 - Data de Emissão da Guia

//___/___

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

_ _

5 - Plano

6 - Validade da carteira

_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

7 - Nome completo

_ _

8 - Número do Cartão Nacional de Saúde

_ _

Dados do Contratado

9 - Código da Operadora / CNPJ / CPF

_ _

10 - Nome do Contratado

_ _

11 - Código CNES

_ _ _ _ _

12 - T.L

13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento

_ _

16 - Município

_ _

17 - UF

_ _

18 - Código IBGE

_ _ _ _ _

19 - CEP

_ _ _ _ _ _ _ _

20 - Nome do Profissional Executante

_ _

21 - Conselho Profissional

_ _ _ _ _

22 - Número no Conselho

_ _ _ _ _

23 - UF

_ _

24 - Código CBO S

_ _ _ _ _

Hipóteses Diagnósticas

25 - Tipo de Doença

 A - Aguda C - Crônica

26 - Tempo de Doença

_ _ _ - _ _ _ A - Anos M - Meses D - Dias

27 - Indicação de Acidente

 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

28 - CID Principal

_ _ _ . _ _ _ . _ _ _

29 - CID (2)

_ _ _ . _ _ _ . _ _ _

30 - CID (3)

_ _ _ . _ _ _ . _ _ _

31 - CID (4)

_ _ _ . _ _ _ . _ _ _

Dados do Atendimento / Procedimento realizado

32 - Data do Atendimento

_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

33 - Código da Tabela

_ _ _

34 - Código do Procedimento

_ _

35 - Tipo de Consulta

 1 - Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-natal

36 - Tipo de Saída

 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta

37 - Observações

38 - Data e Assinatura do Médico

_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _____

39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _____