



GUIA DE CONSULTA

2- Nº

1 - Registro ANS 41983-4	3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
-----------------------------	---

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira _____	5 - Plano _____	6 - Validade da Carteira ____/____/____
---------------------------------	--------------------	--

7 - Nome _____	8 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____
-------------------	---

Dados do Contratado

9 - Código na 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 relacionado 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-Codigo Tabela _____	34-Código 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 - Observação _____ _____ _____
--

38-Data e Assinatura do Médico ____/____/____	39-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____
--	---