GUIA DE CONSULTA

2- Nº

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia
302627	__/__/____

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	26 -Tempo de Doença	27 - Indicação de Acidente
_ A-Aguda C-Crônica	__ - _ A-Anos M-Meses D-Dias	_ 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	36 - Tipo de Saída
_ - 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal	_ - 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
__/__/__	__/__/__