

GUIA DE CONSULTA

2. Nº

1 - Registro ANS 34.480-0	3 - Data de Emissão da Guia _/_/__/__
-------------------------------------	--

Preenchimento obrigatório
 Preenchimento facultativo

DADOS DO BENEFICIÁRIO	
4 - Número da Carteira _ _ _ _ _	5 - Plano _ _ _ _ _
6 - Validade da Carteira _/_/__/__	8 - Número do Cartão Nacional _ _ _ _ _
7 - Nome _ _ _ _ _	

DADOS DO CONTRATADO ¹ - Registro ANS	
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 <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	26 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias
27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 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 Tabela _ _
34 - Código Procedimento _ _ _ _ _	
35 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> 1 - Primeira <input type="checkbox"/> 2 - Seguimento <input type="checkbox"/> 3 - Pré-Natal	36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1 - Retorno <input type="checkbox"/> 2 - Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3 - Referência <input type="checkbox"/> 4 - Internação <input type="checkbox"/> 5 - Alta

37 - Observação _ _ _ _ _

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