

AMIL

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº Guia no Prestador

12345678901234567890

1 - Registro ANS 123456	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12345678901234567890
----------------------------	---

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira 12345678901234567890	5 - Validade da Carteira 24/05/2018	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)
--	--	-----------------------------------

7 - Nome AAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA	8 - Cartão Nacional de Saúde 12345678912345
--	--

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora 12345678901234	10 - Nome do Contratado AAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA	11 - Código CNES 1234567
---	---	-----------------------------

12 - Nome do Profissional Executante AAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA	13 - Conselho Profissional AAABBBCC	14 - Número do Conselho 123456789012345	15 - UF UF	16 - Código CBO 12345
--	--	--	---------------	--------------------------

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
---

18 - Data do Atendimento	19 - Tipo de Consulta	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento	22 - Valor do Procedimento
--------------------------	-----------------------	-------------	-----------------------------	----------------------------

23 - Observação / Justificativa
---------------------------------

24 - Assinatura do Profissional Executante	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--