

GUIA DE CONSULTA

2- Nº

123456789012

1 - Registro ANS	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		26 -Tempo de Doença		27 - Indicação de Acidente	
<input type="checkbox"/> A-Aguda C-Crônica		<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A-Anos M-Meses D-Dias		<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> - 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal		<input type="checkbox"/> - 1-Retorno 2-Retomo SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta			

37 - Observação	

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