



GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS ANS nº 41.951-6		3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____			
Dados do Beneficiário		5 - Plano			
4 - Número da Carteira _____		6 - Validade da Carteira ____/____/____			
7 - Nome _____		8 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____			
Dados do Contratado		10 - Nome do Contratado			
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _____		11 - Código CNES _____			
12 - T.Log _____	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 _____
Hipótese Diagnóstica					
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 ____/____/____		