



GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

| | |
|-----------------------------------|---|
| 1 - Registro ANS 414450 | 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 CRM | 22 - Número no Conselho | 23 - UF GO | 24 - Código CBO S | |

Hipóteses Diagnósticas

| | | | |
|--|---|--|-------------------------|
| 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 0 3 | 34 -Código Procedimento 00010014 |
| 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 ____/____/____ |
|--|---|