tempo SAÚDE

GUIA DE CONSULTA

2-Nº

(01)000361(41)1

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia
000361	|__|__|/|__|__|/|__|__|

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

Hipótese Diagnóstica

25 - Tipo de Doença	26 - Tempo de Doença	27 - Indicação de Acidente
|__| **A -** Aguda **C -** Crônica	|__|__| – |__| **A -** Anos **M -** meses **D -** Dias	|__| **0 -** Acidente e 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 - Código Tabela	34 - Código Procedimento
|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

35 - Tipo de Consulta	36 - Tipo de Saída
|__| **1 -** Primeira **2 -** Seguimento **3 -** Pré-Natal	|__| **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
|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|