Logo da Empresa

# 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 |
|---|---|---|
| \|___\| **A**-Aguda **C**-Crônica | \|___\|___\| - \|___\| **A**-Anos **M**-Meses **D**-Dias | \|___\| **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 |
|---|---|
| \|___\| - **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 |
|---|---|
| \|___\|___\| / \|___\|___\| / \|___\|___\| | \|___\|___\| / \|___\|___\| / \|___\|___\| |