

<b>1 - LOGO DA EMPRESA</b> ANS Nº	<b>Guia de Consulta</b>	<b>2 - Nº da Guia</b>
--------------------------------------	-------------------------	-----------------------

**Dados do Beneficiário**

3 - Número do Cartão	4 - Nome	5 - Validade do Cartão
6 - Plano	7 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Titular		

**Dados do Prestador**

9 - Código (na Operadora)	10 - Nome	11 - Número do CNES
12 - Endereço		
13 - Bairro	14 - Cidade	15 - UF

**Dados do Solicitante**

16 - Nome	17 - Conselho	18 - Número do Conselho	19 - CBO
-----------	---------------	-------------------------	----------

**Dados do Atendimento**

20 - Data do Atendimento	21 - Código do Procedimento Realizado	22 - Nome Procedimento	23 - Valor Total
--------------------------	---------------------------------------	------------------------	------------------

**Observações**

24 - Indicação Clínica	25 - Tipo da doença <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica
	26 - Tempo de Evolução Anos    Meses    Dias
	27 - Indicador de Acidente <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito
28 - Hipóteses Diagnósticas	29 - Código da Doença CID Principal CID (2) CID (3) CID (4)

30 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> Primeira Consulta <input type="checkbox"/> Seguimento <input type="checkbox"/> Referência <input type="checkbox"/> Pré Nat	31 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> Retorno <input type="checkbox"/> Referência - hospital <input type="checkbox"/> Referência - outra especialidade <input type="checkbox"/> Referência - outro profissional <input type="checkbox"/> SADT <input type="checkbox"/> Alta
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Assinatura Prestador**

32 - Data	33 - Assinatura
-----------	-----------------

**Assinatura Beneficiário / Responsável**

34 - Data	35 - Assinatura
-----------	-----------------