

Guia de Consulta

# Saúde

2- Nº Guia no Prestador

\_\_\_\_\_

**Allianz** 

1-Registro ANS

3-Número da Guia Referenciada

\_\_\_\_\_

## DADOS DO BENEFICIÁRIO

4-Número da Carteira

5-Validade da Carteira

6-Atendimento a RN (Sim ou Não)

\_\_\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_

7-Nome

8-Cartão Nacional de Saúde

\_\_\_\_\_

## DADOS DO CONTRATADO

9-Código na Operadora

10-Nome do Contratado

11-Código CNES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12-Nome do Profissional Executante

13-Conselho Prof.

14-Número no Conselho

15-UF

16-Código CBO

\_\_\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DADOS DO ATENDIMENTO/PROCEDIMENTO REALIZADO

17-Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

\_\_\_\_\_

18-Data do Atendimento

19-Tipo de Consulta

20-Tabela

21-Código do Procedimento

22-Valor do Procedimento

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,\_\_\_

23-Observação/Justificativa

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24-Assinatura do Profissional Executante

25-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Campos brancos preenchimento obrigatório.