

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9	3 - Data de Emissão da Guia _ / _ / _
---	--

2- N°

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.Log _	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 CBOS _ _ _

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

25 -Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	26 -Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A-Anos M-Meses D-Dias	27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1-Primeira <input type="checkbox"/> 2-Seguimento <input type="checkbox"/> 3-Pré-Natal		36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1-Retorno <input type="checkbox"/> 2-Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3-Referência <input type="checkbox"/> 4-Internação <input type="checkbox"/> 5-Alta
37 - Observação _ _ _ _ _		
38-Data e Assinatura do Médico _ / _ / _		39-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _ / _ / _

0.27.079 - 2 Guia de Consulta AGOSTO-2011

INSTRUÇÃO - Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9	3 - Data de Emissão da Guia _ / _ / _
---	--

2- N°

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.Log _	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 CBOS _ _ _

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

25 -Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	26 -Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A-Anos M-Meses D-Dias	27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1-Primeira <input type="checkbox"/> 2-Seguimento <input type="checkbox"/> 3-Pré-Natal		36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1-Retorno <input type="checkbox"/> 2-Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3-Referência <input type="checkbox"/> 4-Internação <input type="checkbox"/> 5-Alta
37 - Observação _ _ _ _ _		
38-Data e Assinatura do Médico _ / _ / _		39-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _ / _ / _

0.27.079 - 2 Guia de Consulta AGOSTO-2011

INSTRUÇÃO - Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório