



# GUIA DE CONSULTA

2- Nº

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
------------------	---

## Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira	5 - Plano	6 - Validade da Carteira <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
7 - Nome		8 - Número do Cartão Nacional de Saúde <input type="text"/>

## Dados do Contratado

9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <input type="text"/>	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 <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	26 - Tempo de Doença <input type="text"/> A-Anos <input type="text"/> M-Meses <input type="text"/> 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 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	33 - Código Tabela <input type="text"/>	34 - Código Procedimento <input type="text"/>
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 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
--	---