



# GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

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 - TL 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

**Hipótese Diagnóstica**

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 relacionada 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 - Código da Tabela

34 - Código do 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



# GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

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 - TL 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

**Hipótese Diagnóstica**

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 relacionada 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 - Código da Tabela

34 - Código do 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