



## GUIA DE CONSULTA

2- Nº 22127255

1 - Registro ANS <b>ANS nº 36825-3</b>	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 - 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 CBO S _____	

### HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

25 - Tipo de Doença ____ A - Aguda   C - Crônica	26 - Tempo de Doença ____ - ____ A - Anos   M - Meses   D - Dias	27 - Indicação de Acidente ____ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho   1 - Trânsito   2 - Outros
28 - CID 10 Principal _____	29 - CID 10 (2) _____	30 - CID 10 (3) _____
31 - CID 10 (4) _____		

### DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO

32 - Data do Atendimento ____/____/____	33 - Código da Tabela _____	34 - Código do Procedimento _____
35 - Tipo de Consulta ____ 1 - Primeira   2 - Seguimento   3 - Pré-Natal		36 - Tipo de Saída ____ 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 (*) ____/____/____	

### ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR:

1. O prazo de entrega de guias para cobrança é de até 90 (noventa) dias após a data do atendimento;
2. O prazo para solicitação de revisão de pagamento é de até 30 (trinta) dias após a data do pagamento.