Ipesaúde

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia
384704	|__|__| / |__|__| / |__|__|

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
16469678000158	COOPANEST/SE	

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
	CRM		SE	

Hipóteses Diagnósticas

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 relacionado 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-Codigo Tabela	34-Código Procedimento
|__|__| / |__|__| / |__|__|	06	10101080

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
|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|