

Nome da Empresa

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

0 4 2 8 0 1 5 4 0 0 0 1 3 5

ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS - HIAE

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 do Conselho

23- UF

24- Código CBO S

CRM

SP

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- Código Tabela

34- Código Procedimento

35- Tipo de Consulta

1- Primeira 2- Seguinte 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