



2- Nº

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS
99999-9

3 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira	5 - Plano PRO-SOCIAL	6 - Validade da Carteira
------------------------	--------------------------------	--------------------------

7 - Nome	8 - Número do Cartão Nacional de Saúde
----------	--

Dados do Contratado

9 - CNPJ / CPF	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	33 - Código Tabela	34 - Código Procedimento
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	39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
----------------------------------	---