

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9	3 - Data de Emissão da Guia _/_/___/___/___/___
---	--

2- Nº

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 CBOS _ _ _ _ _

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

25 -Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	26 -Tempo de Doença _ _ - _ A-Anos M-Meses D-Dias	27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> - 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal		36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> - 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 _/_/___/___		

AGOSTO-2011

0.27.079 - 2 Guia de Consulta

INSTRUÇÃO - Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9	3 - Data de Emissão da Guia _/_/___/___/___/___
---	--

2- Nº

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 CBOS _ _ _ _ _

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

25 -Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	26 -Tempo de Doença _ _ - _ A-Anos M-Meses D-Dias	27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> - 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal		36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> - 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 _/_/___/___		

AGOSTO-2011

0.27.079 - 2 Guia de Consulta

INSTRUÇÃO - Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório