



GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

5 - Validade da Carteira

_____|_____|/_____|_____|/_____|_____|

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

_____|_____|

7 - Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

_____|_____|

14 - Número no Conselho

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

15 - UF

_____|_____|

16 - Código CBO

_____|_____|_____|_____|

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

_____|_____|

18 - Data do Atendimento

_____|_____|/_____|_____|/_____|_____|

19 - Tipo de Consulta

_____|_____|

20 - Tabela

_____|_____|

21 - Código do Procedimento

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

22 - Valor do Procedimento

_____|_____|_____|_____|,_____|_____|

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

