SAÚDE SÃO LUCAS

GUIA DE CONSULTA

*Os campos demarcados em cinza **não são** obrigatórios*

2- N°

1- Registro ANS

ANS Nº 32.381-1

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

12- T.log.

13- Logradouro -14- Número - 15-Complemento

16-Município

17-UF

18-Cód. IBGE

19-CEP

20-Nome do profissional executante

21-Conselho profissional

22-Número do conselho

23-UF

24-Código CBOS

Hipótese Diagnóstica

25-Tipo de doença

|__| A- Aguda C-Crônica

26-Tempo de doença

|__|__| - |__| A- anos M-meses D- dias

27-Indicador do acidente

|__| **0**- Acidente ou doença relacionado ao trabalho |__| **1**- Trânsito |__| **2**- Outros

28-CID 10 Principal

29-CID 10 (2)

30-CID 10 (3)

31-CID 10 (4)

32-Data do atendimento

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

33-Código Tabela

34-Código Procedimento

35-Tipo de consulta

|__| **1**- Primeira **2**- Seguimento **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

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