SAÚDE CAM

GUIA DE CONSULTA

2- N°

1 - Registro ANS: 40.658-9

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 Contrato

9 - Código da Operadora / 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 do Conselho

23 - UF

24 - Código CBO S

Hipóteses Diagnósticas

25 - Tipo de Doenças: A - Aguda C - Crônica

26 - Tempo de Doenças: A - Anos M - Meses D - Dias

27 - Indicação de Acidente: 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 de Atendimento: __/__/__

33 - Código Tabela

34 - Código Procedimento

35 - Tipo de Consulta: - 1 - Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-Natal

36 - Tipo de Saida: - 1 - Retorne 2 - Retorne SADT 3 - Referência 4 - Internção 5 - Alta

37 - Observação

38 - Data e Assinatura do Médico

39 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável