GUIA DE CONSULTA

2- Nº

1 - Registro ANS
000000000000000000000000000000000000

3 - Data de Emissão da Guia
|___|___| / |___|___| / |___|___|

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano
PRÓ-SER / STJ

6 - Validade da Carteira
|___|___| / |___|___| / |___|___|

7 - Nome

8 - Número do Cartão Nacional de Saúde
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

10- Nome do Contratado

11 - Código CNES
XXXXXXXXXXXXX

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
XXXXXXXXXXXXX

Hipóteses Diagnósticas

25 -Tipo de Doença
A-Aguda **C**-Crônica

26 -Tempo de Doença
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 do Atendimento
|___|___| / |___|___| / |___|___|

33-Codigo 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
|___|___| / |___|___| / |___|___|