GUIA DE CONSULTA

2- Nº -100

1 - Registro

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.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

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 |___|___| / |___|___| / |___|___|