SANTA CASA SAÚDE PIRACICABA

GUIA DE CONSULTA 2 – N.º

1 – Registro ANS	3 – Data de Emissão da Guia
ANS nº 354562	__/__/____

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 CBOS

Hipóteses Diagnósticas

25 – Tipo de Doença	26 – Tempo de Doença	27 – Indicação de Acidente
__ **A** – Aguda **C** - Crônica	___ -_ **A**–Anos **M**-Meses **D**-Dias	___ 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 – Código Tabela	34 – Código Procedimento
__/__/____	__	_____

35 – Tipo de Consulta	36 – Tipo de Saída
__ - 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal	___- 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
__/__/____	__/__/____