SANTA CASA DE SANTOS

GUIA DE CONSULTA

2- Nº

1 - Registro ANS **31.649-1**

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

13-14-15 - 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

Hipótese Diagnóstica

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