

2- Nº

1-Registro ANS

3-Data de Emissão da Guia

00051-5

DADOS DO BENEFICIÁRIO

4-Número da Carteira

5-Plano

6-Val. 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

71291926000121

SANTACOOOP COOP DOS MED DA SANTA CASA

12-T.L.

13-Logradouro

14-Número

15-Complemento

R OTONI, DOS

712

SL 204

16-Município

17-UF

18-Código IBGE

19-CEP

BELO HORIZONTE

MG

30150-270

20-Nome do Profissional Executante

21-Conselho Profissional

22-Número do Conselho

23-UF

24-Código CBOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

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

* Campos brancos preenchimento obrigatório