



GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

____|____|____|____|____|____|____|

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

5 - Validade da Carteira

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

____|____|

7 - Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Dados do Contratado

9- Código na Operadora

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

____|____|____|

14 - Número no Conselho

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

15 - UF

____|____|____|

16 - Código CBO

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

____|____|

18 - Data do Atendimento

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

19 - Tipo de Consulta

____|____|

20 - Tabela

____|____|____|

21 - Código do Procedimento

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

22 - Valor do Procedimento

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

ANS - Nº 41750-5