

1 - Registro ANS

ANS- 32394-2

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 relacionada 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

____ - 1 - Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-Natal

36 - Tipo de Saida

____ - 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

____/____/____

Av. Dr José Grossi, 16 - Guarapiranga - CEP: 35430-213 - Ponte Nova - MG - Tel / Fax : (31) 3819-5017 / (31) 3819-5019
e-mail: plamhag@gavazza.com.br - site: www.hospitalgavazza.com.br

ATENÇÃO PARA AS CARÊNCIAS PREVISTAS NA CARTEIRA ASSISTENCIAL