

1. Registro ANS

3. Data de Emissão da Guia

2. Nº

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 da Operadora / CNPJ / CPF

10. Nome do Contratado

11. Código CNES

7 1 2 9 1 9 2 6 0 0 0 1 2 1

SANTACOOBPH

3433420

12. T. Log

13, 14 e 15. Logradouro, número e complemento

16. Município

17. UF

18. Cod. IBGE

19. CEP

20. Nome do Profissional Executante

21. Conselho Profissional

22. Nº no Conselho

23. UF

24. Cod. CBOS
(especialidade)

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 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

Valor Unitário - R\$

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 (Acrescentar carimbo legível)

39. Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável