

1 - Registro ANS

31556-7

3 - Data de Emissão da Guia

____/____/____

2- Nº

/CO

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano

FUNDAFFEMG - Saúde

6 - Validade da Carteira

____/____/____

7 - Nome

8 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

71.291.926/0001-21

10 - Nome do Contratado

SANTACOOP

11 - Código CNES

3433420

12 - T.L.

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.

Hipóteses Diagnósticas

25 - Tipo da 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 - Código 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

____/____/____