ASFAL SAÚDE

GUIA DE CONSULTA

2- Nº

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia
39353-3	|___|___| / |___|___| / |___|___|

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.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 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-Codigo 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
|___|___| / |___|___| / |___|___|	|___|___| / |___|___| / |___|___|