Amil

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

1 - Registro ANS
411264

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 - TL

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 da Tabela

34 - Código do 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
__/__/__

Amil

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

1 - Registro ANS
411264

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 - TL

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 da Tabela

34 - Código do 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
__/__/__