



Santa Casa
de Saúde

CONSULTA

Tipo 16

2 - Número da Guia

Credenciado

Rede Própria

Código do Credenciado

1 - Registro ANS

420085

3 - Data da 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 CNS

DADOS DO CONTRATADO

9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Tipo Lograd | 13 - 14 - 15 - Logradouro - Número - Complemento

16 - Município

17 - UF | 18 - Código IBGE do Município

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 - Acidente de Trânsito 2 - Outros Acidentes

28 - CID Principal

29 - CID (2)

30 - CID (3)

31 - CID (4)

DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO

32 - Data do Atendimento 33 - Tab 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 - Observações

38 - Data Assinatura e Carimbo do Médico

39 - Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável