Unimed Fortaleza

GUIA DE CONSULTA

2- Nº

1 - Registro ANS

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-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

Hipótese Diagnóstica

25-Tipo de Doença |__| **A**-Aguda **C**-Crônica

26-Tempo de Doença |__|__|-|__| **A**-Anos **M**-Meses **D**-Dias

27- Indicador 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 |__|__| / |__|__| / |__|__|