PASA

# GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador _____

ANS - nº 331988

1 - Registro ANS

|___|___|___|___|___|___|

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

## Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

5 - Validade da Carteira

|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|

6 – Atendimento a RN (Sim ou Não)

|___|

7 - Nome

_____

8 - Cartão Nacional de Saúde

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

## Dados do Contratado

9- Código na Operadora

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

10 - Nome do Contratado

_____

11 - Código CNES

|___|___|___|___|___|___|___|

7 - Nome

_____

13 - Conselho Profissional

|___|___|

14 - Número no Conselho

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

15 - UF

|___|___|

16 - Código CBO

|___|___|___|___|___|___|

## Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

|___|

18 - Data do Atendimento

|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|

19 - Tipo de Consulta

|___|

20 - Tabela

|___|___|

21 - Código do Procedimento

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

22 - Valor do Procedimento

|___|___|___|___|___|___|,|___|___|

23 - Observação / Justificativa

_____

_____

_____

_____

24 - Assinatura do Profissional Executante

_____

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

_____