



## GUIA DE CONSULTA

2- N° Guia no Prestador \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_