

REGISTRO ANS

35850-9

DATA DE EMISSÃO DA GUIA

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NÚMERO DA CARTEIRA

PLANO

VALIDADE DA CARTEIRA

NOME DO BENEFICIÁRIO

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

DADOS DO CONTRATADO

NOME DO CONTRATADO

CÓDIGO DA OPERADORA / CNPJ / CPF

CÓDIGO CNES

T. LOG

LOGRADOURO / NÚMERO / COMPLEMENTO

NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

MUNICÍPIO

UF

CEP

CÓDIGO IBGE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO DO CONSELHO

UF

CÓDIGO CBO 5

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

TIPO DE DOENÇA

AGUDA

CRÔNICA

TEMPO DE DOENÇA

ANOS

MESES

DIAS

INDICAÇÃO DE ACIDENTE

ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

TRÂNSITO

OUTROS

CID PRINCIPAL

CID (2)

CID (3)

CID (4)

DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO TABELA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

TIPO DE CONSULTA

PRIMEIRA

SEGUIMENTO

PRÉ-NATAL

TIPO DE SAÍDA

RETORNO

RETORNO SADT

REFERÊNCIA

INTERNAÇÃO

ALTA

OBSERVAÇÕES

DATA E ASSINATURA DO MÉDICO

DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL