



SÃO FRANCISCO
S A Ú D E

GUIA DE CONSULTA

2- Nº

1 - Registro ANS 30209-1	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 - Indicação de Acidente ___ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
28 - CID Principal _____	29 - CID (2) *se houver _____	30 - CID (3)*se houver _____	31 - CID (4)*se houver _____

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

32 - Data do Atendimento ____/____/____	33-Codigo 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 ____/____/____
---	--