FUNDAÇÃO FIAT

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

1 - Registro ANS

ANS Nº 41828-5

3 - Data de Emissão da Guia

__/__/____

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano

PADRÃO FEF

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

Hipóteses Diagnósticas

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

9 | 4

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

__/__/____