PETROBRAS

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia
354571	__/__/____

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira	5 - Plano	6 - Validade da Carteira
	AMS	__/__/____

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	26 - Tempo de Doença	27 - Indicação de Acidente
_ **A** - Aguda **C** - Crônica	__ - _ **A** - Anos **M** - Meses **D** - Dias	_ **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	34 - Código Procedimento
__/__/____	__	

35 - Tipo de Consulta	36 - Tipo de Saída
_ **1** - Primeira **2** - Segunda **3** - Pré-Natal	_ **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
__/__/____	__/__/____

PETROBRAS DISTRIBUIDORA