CAPASEMU

CAIXA DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA E SERVIÇOS DE SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE PASSO FUNDO

GUIA DE CONSULTA

2- Nº _____

1 - Registro ANS

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

Hipóteses Diagnósticas

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)

30 - CID (3)

31 - CID (4)

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 |___|___| / |___|___| / |___|___|