



LIV
Linhas Inteligentes
de Atenção à Vida

SAÚDE

ANS Nº 37928-0

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

1 - Registro ANS

Nº 379280

3 - Data de emissão da guia

____/____/____

DADOS DO BENEFICIÁRIO

4 - Número da Carteira

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

5 - Validade da Carteira

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

6 - Plano

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

7 - Nome

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

8 - Cartão Nacional da Saúde

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

DADOS DO CONTRATADO

9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

10 - Nome do Contratado

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

11 - Código CNES

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

12 - T. Log

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

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 do 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 relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

28 - CID 10 Principal

_____|_____|_____|_____|_____|

29 - CID 10 (2)

_____|_____|_____|_____|_____|

30 - CID 10 (3)

_____|_____|_____|_____|_____|

31 - CID 10 (4)

_____|_____|_____|_____|_____|

DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO

32 - Data do Atendimento

_____|_____|_____|_____|_____|

33 - Código da Tabela

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

34 - Código do 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 / Senha

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

38 - Data e Assinatura do Médico

_____|_____|_____|_____|_____|

39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

_____|_____|_____|_____|_____|

- O prazo de entrega de guias para cobrança é de 30 (trinta) dias após a data do atendimento.
- O prazo para solicitação de revisão de pagamento é de 60 (sessenta) dias após a data de pagamento.