CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS
DA SANEAGO - CAESAN
FONE: (62) 3212-6444 - FAX: (62) 3212-6433

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

1 - Registro ANS: ANS - nº 363855

3 - Data de Emissão da Guia: __/__/__

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano: **CAESAN**

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. 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 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)

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: 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: __/__/__