



SUA VIDA MERECE MAIS SAÚDE

ANS 40928-6

Matriz: São Pedro da Aldeia/RJ
Av. São Pedro, 455, Estação
Central de Atendimento: (22) 2621-1165
Filial I : Cabo Frio/RJ
R. Barão do Rio Branco, 25 – Centro
Tel. (22) 2647-6190

Site: www.lifelaos.com.br E-mail: contato@lifelaos.com.br

GUIA DE CONSULTA

2- Nº

1 - Registro ANS 40928-6	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 ____/____/____
--	---