PROASA
Programa Adventista de Autogestão em Saúde

GUIA DE CONSULTA

2-Nº:

1-Registro ANS: 31.052-2

3-Data de Emissão da Guia: __/__/__

Dados do Beneficiário

4-Número da Carteira

5-Plano: PROASA

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: __/__/__

padrão TISS 1