

 <b>CAPESESP</b>		<b>CAPESAÚDE</b> O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP		<b>2 - Nº 000000000100</b>	
		<b>GUIA DE CONSULTA</b>			
1 - Registro ANS <b>324477</b>		3 - Data de Emissão da Guia <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
<b>Dados do Beneficiário</b>					
4 - Número da Carteira <input type="text"/>			5 - Plano <input type="text"/>		6 - Validade da Carteira <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
7 - Nome <input type="text"/>			8 - Número do Cartão Nacional de Saúde <input type="text"/>		
<b>Dados do Contratado</b>					
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <input type="text"/>			10 - Nome do Contratado <input type="text"/>		11 - Código CNES <input type="text"/>
12 - T.Log <input type="text"/>	13 - 14 - 15 - Logradouro - Nº - Complemento <input type="text"/>		16 - Município <input type="text"/>	17 - UF <input type="text"/>	18 - Código IBGE <input type="text"/>
19 - CEP <input type="text"/>	20 - Nome do Profissional Executante <input type="text"/>		21 - Cons. Prof. <input type="text"/>	22 - Nº do Conselho <input type="text"/>	23 - UF <input type="text"/>
24 - Cód.CBO S <input type="text"/>					
<b>Hipóteses Diagnósticas</b>					
25 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica		26 - Tempo de Doença <input type="text"/> - <input type="text"/> A-Anos M-Meses D-Dias		27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Ac. doença. rel. trab. 1-Trânsito 2-Outros	
28 - CID 10 Principal <input type="text"/>		29 - CID (2) <input type="text"/>	30 - CID (3) <input type="text"/>		31 - CID (4) <input type="text"/>
<b>Dados do Atendimento / Procedimento Realizado</b>					
32 - Data do Atendimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			33 - Cod. Tab. <input type="text"/>	34 - Código Procedimento <input type="text"/>	
35 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> 1-Primeira <input type="checkbox"/> 2-Seguimento <input type="checkbox"/> 3-Pré-Natal			36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1- Retorno <input type="checkbox"/> 2- Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3- Referência <input type="checkbox"/> 4- Internação <input type="checkbox"/> 5- Alta		
37 - Observação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
38 - Data e Assinatura do Médico <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/> // <input type="text"/>		