

### 1. OBJETIVO

Instruir no preenchimento da guia de consulta.

### 2. CONTEÚDO

Esta guia deve ser utilizada para consultas eletivas (consultório, pré-natal etc).

1 - Preenchimento somente para beneficiários de Intercâmbio, devendo ser arquivada no prestador ou local de atendimento.

2 - Para beneficiários de Campinas usar somente SAD ou Planilha.

#### DADOS DA GUIA

N <sup>o</sup>	Campo	Preenchimento	Obrigatório
1	Registro ANS	Número do registro da Unimed Campinas na ANS. Já estará preenchido na guia.	SIM
2	Número da Guia	Não obrigatório.	NÃO
3	Data da Emissão da Guia	Não obrigatório se preenchido o campo 32.	EM ALGUNS CASOS

#### DADOS DO BENEFICIÁRIO

N <sup>o</sup>	Campo	Preenchimento	Obrigatório
4	Número da Carteira	Código do cartão do beneficiário.	SIM
5	Plano	Corresponde ao código do plano do beneficiário registrado na ANS, discriminado no cartão.	SIM
6	Validade da Carteira	Data da validade descrita no cartão do beneficiário.	SIM
7	Nome	Nome do beneficiário por extenso, de acordo com o cartão.	SIM
8	Número do Cartão Nacional de Saúde	Não obrigatório.	NÃO

#### DADOS DO CONTRATADO (COOPERADO EXECUTANTE)

N <sup>o</sup>	Campo	Preenchimento	Obrigatório
9	Código na Operadora/ CNPJ/ CPF	Carimbo de identificação do médico(a) cooperado(a) na Unimed Campinas.	SIM
10	Nome do Contratado	Com a utilização do carimbo de identificação no campo 9 não é necessário preencher este campo.	EM ALGUNS CASOS
11	Código CNES(Código Nacional do Estabelecimento de Saúde)	Não obrigatório.	NÃO
12	T.L. - Tipo de Logradouro	Não obrigatório.	NÃO
13-14-15	Logradouro-Número- Complemento	Carimbo da UNCP.	SIM
16	Município	Não obrigatório.	NÃO
17	UF	Não obrigatório.	NÃO
18	Código IBGE	Não obrigatório.	NÃO
19	CEP	Não obrigatório.	NÃO
20	Nome do Profissional Executante	Informar nome do profissional executante quando o campo 10 se referir à Pessoa Jurídica.	EM ALGUNS CASOS
21	Conselho Profissional	Sigla do Conselho (CRM ou CRO para bucomaxilo).	SIM
22	Número no Conselho	Número do CRM ou CRO.	SIM
23	UF Conselho	SP ou outra Unidade Federativa do Conselho do profissional.	SIM
24	Código CBO-S	Não obrigatório.	NÃO

#### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

N <sup>o</sup>	Campo	Preenchimento	Obrigatório
25	Tipo de Doença	Não obrigatório.	NÃO

26	Tempo da Doença Referida pelo Paciente	Não obrigatório.	NÃO
27	Indicação de Acidente	Obrigatório quando for acidente. Preencher conforme legenda no próprio campo da guia.	EM ALGUNS CASOS
28	CID 10 Principal	CID 10 Primário.	SIM
29	CID 10 (2)	Não obrigatório.	NÃO
30	CID 10 (3)	Não obrigatório.	NÃO
31	CID 10 (4)	Não obrigatório.	NÃO

### DADOS DO ATENDIMENTO/ PROCEDIMENTO REALIZADO

N <sup>o</sup>	Campo	Preenchimento	Obrigatório
32	Data do Atendimento	Data da Realização da Consulta	SIM
33	Código da tabela	Não obrigatório.	NÃO
34	Código do Procedimento	Informar o código da consulta realizada	SIM
35	Tipo de Consulta	1- para Primeira Consulta (início do tratamento); 2- para Seguimento (seqüência da consulta anterior ou tratamento). 3- para Pré-Natal.	SIM
36	Tipo de Saída	1- para Retorno (quando o paciente tiver que retornar ao consultório desde que não seja para apresentar resultados de exames) 2- quando o retorno for para a entrega de resultado de exame (SADT) 3- para Referência (quando o médico que realizou a consulta encaminhar o paciente para outro médico, da mesma especialidade ou não). 4- para Internação (quando a consulta resultar em uma Guia de Internação); 5- para Alta (quando o paciente não necessitar retornar ou terminar o tratamento).	SIM
37	Observação	Pode ser utilizada para completar a indicação clínica ou outra observação necessária.	EM ALGUNS CASOS
38	Data e Assinatura do Médico	Obrigatória a assinatura do médico(a) executante. Não obrigatória a data se preenchido o campo 32.	SIM
39	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Obrigatória a assinatura do beneficiário. Não obrigatória a data se preenchido o campo 32.	SIM

	Obrigatório preenchimento somente em alguns casos
	Preenchimento obrigatório
	Não obrigatório