

1 - Registro ANS 400190	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

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 de Atendimento	33 - Código Tabela _ 0 _ 2	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

Especialidade :

Senha :

38 - Data e Assinatura do Médico

_ / _ / _

39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

_ / _ / _