

1 - Registro ANS	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 - 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
----------------------------------	---