

1 - Registro ANS 32186-9	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 <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	26 -Tempo de Doença ____ - ____ A -Anos M -Meses D -Dias	27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
28 - CID Principal _____	29 - CID (2) _____	30 - CID (3) _____	31 - CID (4) _____

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

32 - Data do Atendimento ____/____/____	33-Codigo Tabela ____	34-Código Procedimento 1 0 1 0 1 0 1 2 ____
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 _____ _____ _____

38-Data e Assinatura do Médico ____/____/____	39-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____
---	--