

<b>1 - Registro ANS</b> <b>32186-9</b>	<b>3 - Data de Emissão da Guia</b> ____/____/____
---	--

**Dados do Beneficiário**

<b>4 - Número da Carteira</b> _____	<b>5 - Plano</b> _____	<b>6 - Validade da Carteira</b> ____/____/____
--	---------------------------	---

<b>7 - Nome</b> _____	<b>8 - Número do Cartão Nacional de Saúde</b> _____
--------------------------	--

**Dados do Contratado**

<b>9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF</b> _____	<b>10- Nome do Contratado</b> _____	<b>11 - Código CNES</b> _____
--	--	----------------------------------

<b>12-T.L</b> _____	<b>13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento</b> _____	<b>16 - Município</b> _____	<b>17 - UF</b> _____	<b>18 - Código IBGE</b> _____	<b>19 - CEP</b> _____
------------------------	--	--------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------

<b>20 - Nome do Profissional Executante</b> _____	<b>21 - Conselho Profissional</b> _____	<b>22-Número no Conselho</b> _____	<b>23 - UF</b> _____	<b>24 - Código CBO S</b> _____
--	--	---------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------

**Hipóteses Diagnósticas**

<b>25 -Tipo de Doença</b> ___ <b>A</b> -Aguda <b>C</b> -Crônica	<b>26 -Tempo de Doença</b> ___ - ___ <b>A</b> -Anos <b>M</b> -Meses <b>D</b> -Dias	<b>27 - Indicação de Acidente</b> ___ <b>0</b> - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <b>1</b> - Trânsito <b>2</b> - Outros
--	---	--

<b>28 - CID Principal</b> _____	<b>29 - CID (2)</b> _____	<b>30 - CID (3)</b> _____	<b>31 - CID (4)</b> _____
------------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

**Dados do Atendimento / Procedimento Realizado**

<b>32 - Data do Atendimento</b> ____/____/____	<b>33-Código Tabela</b> _____	<b>34-Código Procedimento</b> _0_0_0_1_0_0_1_4_
---	----------------------------------	--

<b>35 - Tipo de Consulta</b> ___ <b>1</b> - Primeira <b>2</b> - Seguimento <b>3</b> - Pré-Natal	<b>36 - Tipo de Saída</b> ___ <b>1</b> - Retorno <b>2</b> - Retorno SADT <b>3</b> - Referência <b>4</b> - Internação <b>5</b> - Alta
--	---

<b>37 - Observação</b> _____ _____ _____
---

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