

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 ____	