

1 - Registro ANS 41.640-1	3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
------------------------------	---

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira - Matrícula _____	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 CBOS _____	

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 - Código Tabela ____	34 - Código Procedimento _____
35 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> 1 - Primeira <input type="checkbox"/> 2 - Seguimento <input type="checkbox"/> 3 - Pré-Natal		36 - Tipo de Saida <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

____/____/____