

1 - Registro ANS  36101-1	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  ____/____/____
--	---