



|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1 - Registro ANS<br><b>407011</b> | 3 - Data de Emissão da Guia<br>____/____/____ |
|-----------------------------------|---|

Dados do Beneficiário

|                                 |                    |   |
|---------------------------------|--------------------|---|
| 4 - Número da Carteira<br>_____ | 5 - Plano<br>_____ | 6 - Validade da Carteira<br>____/____/____      |
| 7 - Nome<br>_____               |                    | 8 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>_____ |

Dados do Contratado

|   |   |                                  |                  |                            |                   |
|---|---|----------------------------------|------------------|----------------------------|-------------------|
| 9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>_____ | 10 - Nome do Contratado<br>_____                      | 11 - Código CNES<br>_____        |                  |                            |                   |
| 12 - T.L.<br>_____                            | 13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento<br>_____ | 16 - Município<br>_____          | 17 - UF<br>_____ | 18 - Código IBGE<br>_____  | 19 - CEP<br>_____ |
| 20 - Nome do Profissional Executante<br>_____ | 21 - Conselho Profissional<br>_____                   | 22 - Número no Conselho<br>_____ | 23 - UF<br>_____ | 24 - Código CBO S<br>_____ |                   |

Hipótese Diagnóstica

|   |   |  |                       |
|---|---|--|-----------------------|
| 25 - Tipo de Doença<br>____ A - Aguda C - Crônica | 26 - Tempo de Doença<br>____-____ A - Anos M - meses D - Dias | 27 - Indicação de Acidente<br>____ 0 - Acidente e doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros |                       |
| 28 - CID Principal<br>_____                       | 29 - CID (2)<br>_____   | 30 - CID (3)<br>_____  | 31 - CID (4)<br>_____ |

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

|   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| 32 - Data do Atendimento<br>____/____/____                              | 33 - Código Tabela<br>____   | 34 - Código Procedimento<br>_____ |
| 35 - Tipo de Consulta<br>____ 1 - Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-Natal | 36 - Tipo de Saída<br>____ 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta |                                   |

37 - Observação

-----

-----

-----

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