

1 - Registro ANS <b>ANS-nº34665-9</b>	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.Log _____	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 <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    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-Codigo Tabela _____	34-Código Procedimento _____
35 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> - 1-Primeira    2-Seguimento    3-Pré-Natal		36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> - 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 ____/____/____

INSTRUÇÃO - Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório

1 - Registro ANS <b>ANS-nº34665-9</b>	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.Log _____	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 <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    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-Codigo Tabela _____	34-Código Procedimento _____
35 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> - 1-Primeira    2-Seguimento    3-Pré-Natal		36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> - 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 ____/____/____

INSTRUÇÃO - Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório