

<b>1 - Registro ANS</b> <div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold; text-align: center;">348732</div>	<b>3 - Data de Emissão da Guia</b> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> </div>
---	---

**Dados do Beneficiário**

<b>4 - Número da Carteira</b> <input type="text"/>	<b>5 - Plano</b> <input type="text"/>	<b>6 - Validade da Carteira</b> <input type="text"/>
<b>7 - Nome</b> <input type="text"/>		<b>8 - Número do Cartão Nacional de Saúde</b> <input type="text"/>

**Dados do Contratado**

<b>9 - Código do Contrato</b> <input type="text"/>	<b>10 - Nome do Contratado</b> <input type="text"/>	<b>11 - Código CNES</b> <input type="text"/>
<b>12 - T.Log</b> <input type="text"/>	<b>13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento</b> <input type="text"/>	<b>16 - Município</b> <input type="text"/>
<b>17 - UF</b> <input type="text"/>	<b>18 - Código IBGE</b> <input type="text"/>	<b>19 - CEP</b> <input type="text"/>
<b>20 - Nome do Profissional Executante</b> <input type="text"/>	<b>21 - Conselho Profissional</b> <input type="text"/>	<b>22 - Número no Conselho</b> <input type="text"/>
<b>23 - UF</b> <input type="text"/>	<b>24 - Código CBO S</b> <input type="text"/>	

**Hipótese Diagnóstica**

<b>25 - Tipo de Doença</b> <input type="checkbox"/> A-Aguda C-Crônica	<b>26 - Tempo de Doença</b> <input type="text"/> A-Anos M-Meses D-Dias	<b>27 - Indicação de Acidente</b> <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
<b>28 - CID Principal</b> <input type="text"/>	<b>29 - CID (2)</b> <input type="text"/>	<b>30 - CID (3)</b> <input type="text"/>
<b>31 - CID (4)</b> <input type="text"/>		

**Dados do Atendimento / Procedimento Realizado**

<b>32 - Data do Atendimento</b> <input type="text"/>	<b>33 - Código Tabela</b> <input type="text"/>	<b>34 - Código Procedimento</b> <input type="text"/>
<b>35 - Tipo de Consulta</b> <input type="checkbox"/> 1-Primeira <input type="checkbox"/> 2-Seguimento <input type="checkbox"/> 3-Pré-Natal		<b>36 - Tipo de Saída</b> <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**

---



---



---

<b>38 - Data e Assinatura do Médico</b> <input type="text"/>	<b>39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> <input type="text"/>
---	--