

1 - Registro ANS
31.292-4

3 - Data de Emissão da Guia
 ____/____/____

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano
Saúde CAIXA

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

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
 ____/____/____