

1 - Registro ANS <div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold; text-align: center;">384704</div>	3 - Data de Emissão da Guia <div style="text-align: center;"> <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/> </div>
---	---

Dados do Beneficiário		
4 - Número da Carteira <input type="text"/>	5 - Plano <input type="text"/>	6 - Validade da Carteira <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
7 - Nome <input style="width: 95%;" type="text"/>		8 - Número do Cartão Nacional de Saúde <input style="width: 95%;" type="text"/>

Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <input style="width: 95%;" type="text"/>	10 - Nome do Contratado <input style="width: 95%;" type="text"/>		11 - Código CNES <input style="width: 95%;" type="text"/>		
12 - T.L <input type="text"/>	13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento <input style="width: 95%;" type="text"/>	16 - Município <input style="width: 95%;" type="text"/>	17 - UF <input style="width: 95%;" type="text"/>	18 - Código IBGE <input style="width: 95%;" type="text"/>	19 - CEP <input style="width: 95%;" type="text"/>
20 - Nome do Profissional Executante <input style="width: 95%;" type="text"/>		21 - Conselho Profissional <input style="width: 95%;" type="text"/>	22 - Número no Conselho <input style="width: 95%;" type="text"/>	23 - UF <input style="width: 95%;" type="text"/>	24 - Código CBO S <input style="width: 95%;" type="text"/>

Hipóteses Diagnósticas			
25 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	26 - Tempo de Doença <input type="text"/> A-Anos <input type="text"/> M-Meses <input type="text"/> D-Dias	27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
28 - CID Principal <input style="width: 95%;" type="text"/>	29 - CID (2) <input style="width: 95%;" type="text"/>	30 - CID (3) <input style="width: 95%;" type="text"/>	31 - CID (4) <input style="width: 95%;" type="text"/>

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		
32 - Data do Atendimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	33-Código Tabela <input style="width: 95%;" type="text"/>	34-Código Procedimento <input style="width: 95%;" type="text"/>
35 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> 1-Primeira <input type="checkbox"/> 2-Seguimento <input type="checkbox"/> 3-Pré-Natal		36 - Tipo de Saída <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

38-Data e Assinatura do Médico <input style="width: 95%;" type="text"/>	39-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	--