

1 - Registro ANS	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.L	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	26 - Tempo de Doença	27 - Indicação de Acidente
---------------------	----------------------	----------------------------

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	36 - Tipo de Saída
-----------------------	--------------------

37 - Observação
-----------------

38 - Data e Assinatura do Médico	39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
----------------------------------	---