

1 - Registro ANS <b>339601</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---

**Dados do Beneficiário**

4 - Numero da Carteira	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)
------------------------	--------------------------	-----------------------------------

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 - Nome do Profissional Executante	13 - Conselho Profissional	14 - Número do Conselho	15 - UF	16 - Código CBO S
--------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

**Hipótese Diagnóstica**

17 - Indicador de Acidente (acidente ou doença relacionada)
--

**Dados do Atendimento / Procedimento Realizado**

18 - Data do Atendimento	19 - Tipo de Consulta	20 - Código Tabela	21 - Código Procedimento	22 - Valor do Procedimento  _ _ _ _ _ _ , _ _
--------------------------	-----------------------	--------------------	--------------------------	--

23 - Observação/Justificativa
-------------------------------

24 - Assinatura do Profissional Executante	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--