

1 - Registro ANS *	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado)	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia *
555555	12345678901234567890	12/10/2011	22334455	01/10/2011	02/08/2010

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirinha *	9 - Plano *	10 - Validade da Carteirinha *	11 - Nome *	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12345678901234567890	Nome do Convênio	31/08/2010	Exemplo Nome Paciente Labmaster	CNS456789012345

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF *	14 - Nome do Contratado *	15 - Código CNES
999999999999999	Médico Labmaster 4	CNES567

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional *	18 - Número no Conselho *	19 - UF *	20 - Código CBO-S *
Médico Labmaster 4	CRMPLCR	12345678	SP	0123456789

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)
19/08/2010 15:16	E E - Eletivo U-Urgência/Emergência	CID10	

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição *	28 - Qt. Solicitada	29 - Qt. Autorizada
	00000003	2,5-hexanodiona, dosagem na urina	1	1
	28050517	Ácido 5 hidroxí indol acético	1	1
	28100034	Antibiograma	1	1
	28060180	Aslo quantitativo	1	1
	28061276	Beta-2-microglobulina	1	1

Dados do Contratante Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado *	32 - T.I.	33,34,35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
000000000000000	Laboratório Modelo LTDA		Av. Tiradentes, 57	Maringá	PR	411520	87013260	cnes

40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp.	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Profissional *	43 - Número no Conselho *	44 - UF *	45 - Código CBO-S	45a - Grau de Participação
111111111111111	Responsável Técnico 1	CRF	001	PR	234	

Dados do Atendimento

46 - Tipo de Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de Saída
5 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internato 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Ranal Substitutiva	0 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	3 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
A - Aguda C - Crônica	A - Anos M - Meses D - Dias

51 - Data *	52 - Hora Ini.	53 - Hora Fin.	54 - Tabela	55 - Cód. do Proced.	56 - Descrição *	57 - Qtde *	58 - Via	59 - Tec.	60 - %Red/Acres.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
19/08/2010				00000003	2,5-hexanodiona, dosagem na urina	1				0,63	0,63
19/08/2010				28050517	Ácido 5 hidroxí indol acético	1				12,60	12,60
19/08/2010				28100034	Antibiograma	1				4,20	4,20
19/08/2010				28060180	Aslo quantitativo	1				4,20	4,20
19/08/2010				28061276	Beta-2-microglobulina	1				63,00	63,00

Procedimentos e Exames Realizados

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série *

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
						84,63

86 - Data e Assinatura de Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante