

and a ING A	Ď.									_		
1 -	Nº Guia Principal (Paciente Internado)			Senha		6 - Validade da Senha	I		Data de Emissão da Guia *			
222222	3333333333	30/06/2011	5	5555		30/06/2012		30/06/2011				
Dados do Beneficiário												
8 - Número da Carteirinha * 9 - Plano * 10 - Validade d				Carteirinha * 11 - Nome *						12 - Número	do Cartão Naciona	al de Saúde
1111111	1111111 Convênio Teste 2		30/07/201	30/07/2012		Nome de Paciente Labmaster MuitoExtenso				CNS456789012345		
Dados do Contratado Solicitante	, l											
13 - Código na Operadora CNPJ	CPF *	14 - Nome do Contratado	*							15 - Códi	go CNES	
99999999999999999999999999999999999999				Médico Labmaster					CNES567			
16 - Nome do Profissional Solicitante								mero no Conselho '	+ 10		20 - Código CBO-S	*
Nome Bastante Extenso Médico Labmaster				CRMPLCR 12345678					SP	to - Codigo Obo-O		
Dados da Solicitação / Procedime												
21 - Data Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação	23 - CID 10		24 - Indicac	ão Clínica (Obri	gatório se pequena cirurgia, te	erapia, consul	ta referenciada e al	to custo)			
30/06/2011 17:35	E - Eletivo U-Urgência/Emergência					ganona ao paqaana anang.a, n	,		,			
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento		7 - Descrição *						28 - Qt.	Solicitada	29 - Qt. Autor	zada
02				erol Total					2 2			
02	28010973 Glicos								1 1			
02	28040481		Hemogram	a						1 1		
02					e fezes					1 1		
02	28011392 Triglic				2				1 1			
Dados do Contratante Executante			160 T. 16	0.04.05.1	. N/	0 1 100 14 (::			167 UE		- 100 050	140 O (II O) I O
30 - Código na Operadora / CNPJ				, ,		- Complemento 36 - Munícipi	0		11	38 - Cód. IBG		40 - Código CNES
REGLABCONV22222	2222 Laboratório Modelo LTDA			Av. Tirade	ntes, 57	Maringá			PR	411520	87030240	11223344
40a - Cód. na Operadora / CPF do	o exec. comp. 41 - Nome	do Profissional Executante	/ Complementar			42 - Conselho Profissional *	43 - Númer	o no Conselho *	44 - UF *	45 - Código CB	O-S 45a	- Grau de Participação
	Repson	sável Técnico 1				CRF	001		PR	234		
Dados do Atendimento												
46 - Tipo de Atendimento			47	7 - Indicação de	e Acidente			48 - Tipo de Saída				
	a Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Te		miciliar	0 - Aciden	te ou doença relac	ionado ao trabalho 1 - Trânsito 2	! - Outros	3 _{1 - Retorno}	2 - Retorno SA	ADT 3 - Referênc	ia 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. 5	63 - Hora Fin. 54 - Tabela 55 - Cód. do	Proced. 56 - Descrição *					57 - Qtde	* 58 - Via 59 - Te	c. 60 - %Re	ed/Acres. 61 -	Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
30/06/2011	02 28010	507 Coleste	rol Total				2				1,68	3,36
30/06/2011	02 28010						1				1,68	1,68
30/06/2011	02 28040		ma				1				3,60	3,60
30/06/2011	02 28030	141 Parasit	ológico de	fezes			1				2,40	2,40
30/06/2011	02 28011	.392 Triglio	erídeos				1				2,40	2,40
Procedimentos e Exames Realiza	ados											
63 - Data e Assinatura de Procedi	imentos em Série *											
64 - Observação												
DE T. I.D. II	100 T + 1 T - A1 - (1 - D +	167 T	•	loo T . I.C		lloo T . I B: (: =		la Tilia		. Do	74 7 1 1 0	O : DA
65 - Total Procedimentos R\$	- Total Procedimentos R\$ 66 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 67 - Total Materiais R\$		iφ	68 - Total Medicamentos R\$		69 - Total Diárias R\$		/U - Fotal Ga	70 - Total Gases Medicinais R\$		71 - Total Geral da Guia R\$ 13,44	
86 - Data e Assinatura de Solicitante 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			ela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário Responsável			89	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante				

SulAmérica	GUIA DE SERVIÇO	PROFISSIONAL / SI	ERVIÇO AUXILIAF	R DE DIAGNÓSTICO E	TERAPIA - SP/SAD) ^{2 - Nº *} 22222 2	222222222222	22	
			5 - Senha 55555	6 - Validade da Senha 30/06/2012	7 - Data de Emissão da 30/06/2011	a Guia *			
			dade da Carteirinha *	11 - Nome * Nome de Paciente Labma	aster MuitoExtenso	ll ll	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde CNS456789012345		
Dados do Contratado Solicitante 13 - Código na Operadora CNPJ / 0	CPF *	14 - Nome do Contratado *				15 -	Código CNES		
999999999999999916 - Nome do Profissional Solicitan	te	Nome Bastante Exten	so Médico Labmaster	Conselho Profissional *	18 - Número no Conselho	* 19 - UF *	CNES567 20 - Código CBO-S *		
Nome Bastante Extens				CRMPLCR	12345678	SP			
Dados da Solicitação / Procedimer 21 - Data Hora da Solicitação 30/06/2011 17:35	tos e Exames Solicitados 22 - Caráter da Solicitação E e - Eletivo U-Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clí	nica (Obrigatório se pequena cirurgia, t	terapia, consulta referenciada e a	alto custo)			
25 - Tabela 0 2	26 - Código do Procedimento 28130367	27 - Desc r Rot	ição* ina de urina			28 - Qt. Solicitada 1	29 - Qt. Autoriz 1	zada	
Dados do Contratante Executante 30 - Código na Operadora / CNPJ / REGLABCONV22222	CPF 31 - Nome do Contratado * 222 Laboratório Modelo LTDA	32	- T.I. 33,34,35 - Logradourd	- Número - Complemento 36 - Munícip 57 Maringá		37 - UF 38 - Cód PR 411	ll l	40 - Código CNES 11223344	
40a - Cód. na Operadora / CPF do	·	Profissional Executante / Comple ável Técnico 1	mentar	42 - Conselho Profissional *	43 - Número no Conselho * 001	44 - UF * 45 - Códig PR 234	o CBO-S 45a -	Grau de Participação	
	Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - E imioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terap		47 - Indicação de Acid 0 - Acidente ou d	ente oença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2	48 - Tipo de Saída 2 - Outros 1 - Retorno		eferência 4 - Internação 5 - A	Alta 6 - Óbito	
Consulta Referência 49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	50 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias								
51 - Data * 52 - Hora Ini. 53 30/06/2011	- Hora Fin. 54 - Tabela 55 - Cód. do Pr 02 281303	oced. 56-Descrição* 67 Rotina de ur	ina		57 - Qtde * 58 - Via 59 - T 1	ec. 60 - %Red/Acres.	61 - Valor Unitário - R\$ 2,40	62 - Valor Total - R\$	
Procedimentos e Exames Realizad	ios								
63 - Data e Assinatura de Procedim									
64 - Observação									
65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicame	ntos R\$ 69 - Total Diárias F	70 - Total G	Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da G 2,40	Guia R\$	
86 - Data e Assinatura de Solicitant	te 87 - Data e Assi	l natura do Responsável pela Autor	l ização 88 - D	ata e Assinatura do Beneficiário Respo	onsável 8	9 - Data e Assinatura do	Prestador Executante		