



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SAD 2 - Nº \* 12345678901234567890

1 - Registro ANS * 555555		3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado) 12345678901234567890		4 - Data da Autorização 12/10/2011		5 - Senha 22334455		6 - Validade da Senha 01/10/2011		7 - Data de Emissão da Guia * 02/08/2010					
Dados do Beneficiário															
8 - Número da Carteirinha * 12345678901234567890			9 - Plano * Nome do Convênio			10 - Validade da Carteirinha * 31/08/2010		11 - Nome * Exemplo Nome Paciente Labmaster			12 - Número do Cartão Nacional de Saúde CNS456789012345				
Dados do Contratado Solicitante															
13 - Código na Operadora CNPJ / CPF * 99999999999999					14 - Nome do Contratado * Médico Labmaster 4					15 - Código CNES CNES567					
16 - Nome do Profissional Solicitante Médico Labmaster 4						17 - Conselho Profissional * CRMPLCR		18 - Número no Conselho * 12345678		19 - UF * SP	20 - Código CBO-S * 0123456789				
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados															
21 - Data Hora da Solicitação 19/08/2010 15:16		22 - Caráter da Solicitação E E - Eletivo U-Urgência/Emergência		23 - CID 10 CID10		24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)									
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 000000000000000		31 - Nome do Contratado * Laboratório Modelo LTDA			32 - T.I.	33,34,35 - Logradouro - Número - Complemento Av. Tiradentes, 57		36 - Município Maringá		37 - UF PR	38 - Cód. IBGE 411520	39 - CEP 87013260	40 - Código CNES cnes		
40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp. 11111111111111			41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Responsável Técnico 1			42 - Conselho Profissional * CRF		43 - Número no Conselho * 001		44 - UF * PR	45 - Código CBO-S 234		45a - Grau de Participação		
Dados do Atendimento															
46 - Tipo de Atendimento 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					47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros				48 - Tipo de Saída 3 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - 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 - 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			