Convênio	GUIA DE SERVIÇO	O PROFISSIONAL	/ SERVIÇO	AUXILIAR DE [DIAGNÓSTI	CO E TE	RAPIA - SP/SAD	OT 2-Nº*	GuiaNı	ım002	
1 - Registro ANS * 33333	Nº Guia Principal (Paciente Internado) GuiaprincNum002	4 - Data da Autorização 24/08/2016	5 - Sen passi	nha word2	6 - Validade da 03/07/201		7 - Data de Emissão d 24/08/2016	a Guia *			
Dados do Beneficiário			-,-		-1,		-11				
8 - Número da Carteirinha * 43114223110531999	9 - Plano * Convênio Teste 2	10	- Validade da Carte 25/08/2020		e * ne Paciente La	abmaster			12 - Núme pacci	ro do Cartão Nacio NCS	nal de Saúde
Dados do Contratado Solicitante									· ·		
13 - Código na Operadora CNP	J / CPF *	14 - Nome do Contratado * Médico Teste								ligo CNES IES567	
16 - Nome do Profissional Solici Médico Teste	tante			17 - Conselh	Profissional *		18 - Número no Conselho	19	- UF *	20 - Código CBO-	S *
Dados da Solicitação / Procedin	nentos e Exames Solicitados						ł I				
21 - Data Hora da Solicitação 25/08/2016 11:55	22 - Caráter da Solicitação U E - Eletivo U-Urgência/Emergência	23 - CID 10 C0002	24	4 - Indicação Clínica (Obr	gatório se pequena	a cirurgia, terapi	a, consulta referenciada e	alto custo)			
25 - Tabela 02 02	26 - Código do Procedimento 28010299 28010973		Descrição* Bilirrubina Glicose	ıs				28 - Qt. S	olicitada 1 1	29 - Qt. Auto 1 1	rizada
222222	PJ / CP 31 - Nome do Contratado * Laboratório Matriz		Ave	,35 - Logradouro - Númer nida Tiradentes, 57	N	laringá		PR		39 - CEP 87013100	_!
40a - Cód. na Operadora / CPF 999.999.999-99		e do Profissional Executante / Co e Hotsoft	omplementar		42 - Conselho Pro CRM	ofissional * 43	3 - Número no Conselho * 555	44 - UF * 4 PR	5 - Código CE numCB(a - Grau de Participaç
Dados do Atendimento											
	na Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Te			dicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relaci	onado ao trabalho 1 -	Trânsito 2 - Outr	48 - Tipo de Saíd		OT 3 - Referên	cia 4 - Internação 5	- Alta 6 - Óbito
Consulta Referência 49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica 51 - Data * 52 - Hora Ini. 25/08/2016 25/08/2016	50 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias 53 - Hora Fin. 54 - Tabela 55 - Cód. do 02 28010 02 28010		nas			5	57 - Qtde * 58 - Via 59 - To 1 1	ec. 60 - %Red	I/Acres. 61 -	Valor Unitário - R\$ 21 , 84 3 , 82	62 - Valor Total - Rt 21,84 3,82
Procedimentos e Exames Realiz 63 - Data e Assinatura de Proce											

69 - Total Diárias R\$

88 - Data e Assinatura do Beneficiário Responsável

71 - Total Geral da Guia R\$ 25,66

70 - Total Gases Medicinais R\$

89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$

86 - Data e Assinatura de Solicitante

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Materiais R\$

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Convê	nio	GUIA DE SERVIÇO	PROFISS	SIONAL / SE	RVIÇO AUX	ILIAR DE	DIAGNÓS	TICO E T	ERAPI	A - SP/SA	DT 2	! - Nº * (guiaΝι	ım001		
1 - Registro ANS * 33333		auia Principal (Paciente Internado) aPrincNum001	4 - Data da 25/08/	Autorização /2016	5 - Senha password1		6 - Validade 04/08/2			Data de Emissão 25/08/2016	da Guia	*				
Dados do Beneficiário					,											
8 - Número da Carteirinh 4311422311053		9 - Plano * Convênio Teste 2			lade da Carteirinha * 08/2020	11 - Non No	_{ne *} me Paciente	Labmaster					12 - Núme paco	ro do Cartão Na NCS	acional d	le Saúde
Dados do Contratado Soli	icitante			7.		<u> </u>										
13 - Código na Operador 555555555555555555555555555555555555	a CNPJ / CF	F *	14 - Nome do (Nome N	Contratado * <mark>Médico Labmas</mark>	ter									digo CNES NES567		
16 - Nome do Profissiona Nome Médico L						17 - Consell CRMF	no Profissional * PLCR			úmero no Consell 2345678	no *	19 -	UF * SP	20 - Código CE	30-S *	
Dados da Solicitação / Pr	rocedimento	s e Exames Solicitados														
21 - Data Hora da Solicit 25/08/2016 11:		22 - Caráter da Solicitação E - Eletivo U-Urgência/Emergência		CID 10 COOO1	24 - Indic	ação Clínica (Ob	rigatório se pequ	ena cirurgia, ter	apia, consu	Ita referenciada e	alto cu	sto)				
25 - Tabela 02 02		26 - Código do Procedimento 28050720 28050703			ção* Livre - Hormônio	Tireoestin	nulante				2	3 - Qt. So	licitada 1 1	29 - Qt. A	Autorizad 1 1	la
Dados do Contratante Exe 30 - Código na Operador		P 31 - Nome do Contratado *		32	- T.I. 33,34,35 - Lo	gradouro - Núme	ro - Complemen	36 - Munícipio			1 3	7 - UF 3	38 - Cód IB	GE 39 - CEP	—г	40 - Código CNES
222222		Laboratório Matriz				Tiradentes, 57		Maringá				PR		870131		comgo con
40a - Cód. na Operadora 999.999.999-9	ı / CPF do ex 9	tec. comp. 41 - Nome Suporte		xecutante / Complei	mentar		42 - Conselho CRM	Profissional *	43 - Núme 555	ro no Conselho *	44 -	JF * 45 PR	- Código C numCB		45a - G	Grau de Participaç
Dados do Atendimento							'								,	
46 - Tipo de Atendimento 5 01 - Remoção 02 07 - SADT Internato	- Pequena Ciri	urgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - terapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Ter	Exame 06 - Aten apia Ranal Substituti		47 - Indicação 0 - Acid	de Acidente lente ou doença relac	sionado ao trabalho	1 - Trânsito 2 - C	Outros	48 - Tipo de Saí 1 - Retorn		orno SADT	3 - Referên	cia 4 - Internação	.o 5 - Alta	a 6 - Óbito
Consulta Referência 49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crô 51 - Data * 52 - Ho 25/08/2016 25/08/2016	nica Ena	02 28050 02 28050		4 Livre	io Tireoesti	mulante			57 - Qtde 1 1	* 58 - Via 59 - `	Tec. 60	- %Red//	Acres. 61 -	Valor U nitário - 23, 21 23, 21	- R\$ 62	2 - Valor Total - R\$ 23 , 21 23 , 21
63 - Data e Assinatura de																
64 - Observação																

69 - Total Diárias R\$

88 - Data e Assinatura do Beneficiário Responsável

71 - Total Geral da Guia R\$ 46,42

70 - Total Gases Medicinais R\$

89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

--5-

65 - Total Procedimentos R\$

86 - Data e Assinatura de Solicitante

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Materiais R\$

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Convêni	io	GUIA DE SI	ERVIÇO	PRO	FISSIONA	AL / SERV	IÇO AUX	XILIAR DE	DIAGNÓS	STICO E T	ΓERAP	IA - SP/SA	DT _{2-Nº}	· guial	Num003		
1 - Registro ANS * 33333	3 - № Gui Guia						5 - Senha password	3	6 - Validade 05/08/		7 -	Data de Emissão 26/08/2016	da Guia *				
Dados do Beneficiário				'							- '						
8 - Número da Carteirinha * 431142231105319		9 - Plano * Convênio Te	ste 2			10 - Validade d 25/08/20			_{me} * ome Pacient	e Labmaster					mero do Cartá CCNCS	io Naciona	l de Saúde
Dados do Contratado Solicita	ante																
13 - Código na Operadora C	CNPJ / CPF	*			me do Contratad <mark>édico Labma</mark>										Código CNES CNES567		
16 - Nome do Profissional Solicitante Médico Labmaster 1								17 - Conse	lho Profissional	•	18 - 1	Número no Consel	ho *	19 - UF *	UF * 20 - Código CBO-S *		
Dados da Solicitação / Proce	edimentos e	Exames Solicitados															
21 - Data Hora da Solicitaçã 25/08/2016 11:55		2 - Caráter da Solicitaçã U E - Eletivo U-Urgêno			23 - CID 10 C0003		24 - Indi	icação Clínica (O	brigatório se peq	uena cirurgia, te	rapia, cons	sulta referenciada	e alto custo)				
25 - Tabela		26 - Código do Proced	limento		2	27 - Descrição *							28 - Q	. Solicitada	29 -	Qt. Autoriz	ada
02		28010507					rol Tota							1		1	
02		28060180				Aslo qu	antitati	ivo						1		1	
Dados do Contratante Execu 30 - Código na Operadora / 2222222	CNPJ / CP	Laboratório Matri	Z				Avenida	ogradouro - Núm Tiradentes, 5	7	Maringá	11		37 - U PR			13100	40 - Código CNES
40a - Cód. na Operadora / C 999.999.999-99	CPF do exec	. comp.	41 - Nome d Suporte I		sional Executante	e / Complementa	r		42 - Conselho CRM	Profissional *	43 - Núm 555	ero no Conselho *	44 - UF * PR	45 - Código num(CBO-S CBOS	45a	- Grau de Participaç
Dados do Atendimento												1					
		a 03 - Terapias 04 - C apia 09 - Radioterapia				omiciliar		io de Acidente idente ou doença rela	acionado ao trabalho	o 1 - Trânsito 2 -	Outros	48 - Tipo de Sal 1 - Retorn		SADT 3 - Ref	erência 4 - Inter	rnação 5-	Alta 6 - Óbito
Consulta Referência 49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	50 - Ini. 53 - Ho	Tempo de Doença A - Anos M - Meses [D - Dias	roced. 5	56 - Descrição * Coleste	erol Total aantitativ					57 - Qtc 1 1	le * 58 - Via 59 -	Tec. 60 - %F	Red/Acres. 6	31 - Valor Unit: 3 , 8 4 , 1	2	62 - Valor Total - R\$ 3 , 82 4 , 10
63 - Data e Assinatura de Pi		s em Série *															
	- COGGIIII GIII	o om oene															
64 - Observação																	

69 - Total Diárias R\$

88 - Data e Assinatura do Beneficiário Responsável

65 - Total Procedimentos R\$

86 - Data e Assinatura de Solicitante

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Materiais R\$

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Total Geral da Guia R\$ 7,92

70 - Total Gases Medicinais R\$

89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

Conver	110	GUIA DE SERVIÇO	PROFISSIONA	L / SERVI	ÇO AUXILIA	AR DE DI	AGNÓSTICO E T	ERAPIA - SI	P/SADT 2-	∾∗ guia	Num004	
1 - Registro ANS * 33333	3 - № Guia guiaP	Principal (Paciente Internado) rincNum004	4 - Data da Autorizaçã 27/08/2016	io 5	- Senha password4		6 - Validade da Senha 06/08/2020		missão da Guia *			
Dados do Beneficiário		1		-,-				<u> </u>				
8 - Número da Carteirinha 4311422311053		9 - Plano * Convênio Teste 2		10 - Validade da 25/08/202		11 - Nome * Nome	Paciente Labmaster				úmero do Cartão N ACCNCS	lacional de Saúde
Dados do Contratado Solid	itante											
13 - Código na Operadora 555555555555555555555555555555555555	CNPJ / CPF *		14 - Nome do Contratado Nome Médico L								Código CNES CNES567	
16 - Nome do Profissional Nome Médico L					1	17 - Conselho F CRMPLO		18 - Número no 1234567		19 - UF * SP	20 - Código C	BO-S *
Dados da Solicitação / Pro	ocedimentos e l	Exames Solicitados									•	
21 - Data Hora da Solicita 25/08/2016 11:5		? - Caráter da Solicitação U E - Eletivo U-Urgência/Emergência	23 - CID 10 C0004		24 - Indicação	Clínica (Obriga	tório se pequena cirurgia, ter	apia, consulta refere	nciada e alto custo)		
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento	27	7 - Descrição *					28 -	Qt. Solicitada	29 - Qt.	Autorizada
02		28011392		Triglice	rídeos					1		1
Dados do Contratante Exe 30 - Código na Operadora 2222222 40a - Cód. na Operadora 999, 999, 999, 999	/ CPF do exec.	31 - Nome do Contratado * Laboratório Matriz comp. 41 - Nome e Suporte	do Profissional Executante		33,34,35 - Logrado Avenida Tirad	lentes, 57	Complemen 36 - Munícipio Maringá 2 - Conselho Profissional * CRM	43 - Número no Cor 555	37 - P nselho * 44 - UF PF	* 45 - Códig	39 - CEP 87013 0 CBO-S CBOS	
Dados do Atendimento	•	Guponte	11013011				Ortivi	333		i nam	ОВОО	J
46 - Tipo de Atendimento					17 - Indicação de A	cidente		48 - Tipe	o de Saída			
		u 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - pia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Tera		miciliar	0 - Acidente o	u doença relacion	ado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - 0			no SADT 3 - Re	ferência 4 - Internaçã	ão 5 - Alta 6 - Óbito
Consulta Referência 49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crôn	ica	empo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias										
51 - Data * 52 - Hor 25/08/2016	a Ini. 53 - Hora	a Fin. 54 - Tabela 55 - Cód. do F 02 28011	Proced. 56 - Descrição * 392 Triglice	erídeos				57 - Qtde * 58 - Vi	ia 59 - Tec. 60 - °	%Red/Acres.	61 - Valor Unitário 5 , 46	- R\$ 62 - Valor Total - R 5,46
Procedimentos e Exames												
63 - Data e Assinatura de	Procedimentos	s em Série *										
64 - Observação												

69 - Total Diárias R\$

88 - Data e Assinatura do Beneficiário Responsável

65 - Total Procedimentos R\$

86 - Data e Assinatura de Solicitante

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Materiais R\$

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Total Geral da Guia R\$ 5,46

70 - Total Gases Medicinais R\$

89 - Data e Assinatura do Prestador Executante