

|                             |   |                                       |                  |                                     |   |
|-----------------------------|---|---------------------------------------|------------------|-------------------------------------|---|
| 1 - Registro ANS *<br>23456 | 3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado)<br>333333333 | 4 - Data da Autorização<br>01/11/2011 | 5 - Senha<br>123 | 6 - Validade da Senha<br>01/04/2012 | 7 - Data de Emissão da Guia *<br>01/03/2012 |
|-----------------------------|---|---------------------------------------|------------------|-------------------------------------|---|

Dados do Beneficiário

|   |                                 |  |  |   |
|---|---------------------------------|--|--|---|
| 8 - Número da Carteirinha *<br>11111111111111 | 9 - Plano *<br>Nome do Convênio | 10 - Validade da Carteirinha *<br>01/05/2012 | 11 - Nome *<br>Nome Paciente Labmaster | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>998877 |
|---|---------------------------------|--|--|---|

Dados do Contratado Solicitante

|   |   |                            |
|---|---|----------------------------|
| 13 - Código na Operadora CNPJ / CPF *<br>99999999999999 | 14 - Nome do Contratado *<br>Médico Labmaster | 15 - Código CNES<br>112233 |
|---|---|----------------------------|

|   |                                     |                                  |                 |                     |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------|---------------------|
| 16 - Nome do Profissional Solicitante<br>Médico Labmaster | 17 - Conselho Profissional *<br>CRM | 18 - Número no Conselho *<br>123 | 19 - UF *<br>SP | 20 - Código CBO-S * |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------|---------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

|   |  |             |   |
|---|--|-------------|---|
| 21 - Data Hora da Solicitação<br>28/09/2011 16:38 | 22 - Caráter da Solicitação<br>E E - Eletivo U-Urgência/Emergência | 23 - CID 10 | 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 |
|-------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------|---------------------|
|             | 28010264                    | Amônia                       | 1                   | 1                   |
|             | 28050045                    | AMP cíclico                  | 1                   | 1                   |
|             | 28010582                    | Curva glicêmica (6 dosagens) | 1                   | 1                   |
|             | 28010973                    | Glicose                      | 2                   | 2                   |
|             | 28011392                    | Triglicerídeos               | 1                   | 1                   |

Dados do Contratante Executante

|  |  |           |  |                           |               |                          |                      |                            |
|--|--|-----------|--|---------------------------|---------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|
| 30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>000000000000000 | 31 - Nome do Contratado *<br>Laboratório Modelo LTDA | 32 - T.I. | 33,34,35 - Logradouro - Número - Complemento<br>Av. Tiradentes, 57 | 36 - Município<br>Maringá | 37 - UF<br>PR | 38 - Cód. IBGE<br>411520 | 39 - CEP<br>87013260 | 40 - Código CNES<br>332211 |
|--|--|-----------|--|---------------------------|---------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|

|  |  |                                     |                                  |                 |                          |                            |
|--|--|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------|
| 40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp.<br>11111111111111 | 41 - Nome do Profissional Executante / Complementar<br>Responsável Técnico 1 | 42 - Conselho Profissional *<br>CRF | 43 - Número no Conselho *<br>001 | 44 - UF *<br>PR | 45 - Código CBO-S<br>234 | 45a - Grau de Participação |
|--|--|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------|

Dados do Atendimento

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

Consulta Referência

|   |  |
|---|--|
| 49 - Tipo de Doença<br><input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica | 50 - Tempo de Doença<br><input type="checkbox"/> 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\$ |
|-------------|----------------|----------------|-------------|----------------------|------------------------------|-------------|----------|-----------|------------------|---------------------------|------------------------|
| 28/09/2011  |                |                |             | 28010264             | Amônia                       | 1           |          |           |                  | 6,30                      | 6,30                   |
| 28/09/2011  |                |                |             | 28050045             | AMP cíclico                  | 1           |          |           |                  | 21,00                     | 21,00                  |
| 28/09/2011  |                |                |             | 28010582             | Curva glicêmica (6 dosagens) | 1           |          |           |                  | 15,75                     | 15,75                  |
| 28/09/2011  |                |                |             | 28010973             | Glicose                      | 2           |          |           |                  | 2,94                      | 5,88                   |
| 28/09/2011  |                |                |             | 28011392             | Triglicerídeos               | 1           |          |           |                  | 4,20                      | 4,20                   |

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\$<br>53,13 |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|

|                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| 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 |
|---------------------------------------|--|--|--|

|                    |  |                         |           |                       |                               |
|--------------------|--|-------------------------|-----------|-----------------------|-------------------------------|
| 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 * |
| 23456              | 333333333                                  | 01/11/2011              | 123       | 01/04/2012            | 01/03/2012                    |

Dados do Beneficiário

|                              |                  |                                 |                         |   |
|------------------------------|------------------|---------------------------------|-------------------------|---|
| 8 - Número da Carteirainha * | 9 - Plano *      | 10 - Validade da Carteirainha * | 11 - Nome *             | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 11111111111111               | Nome do Convênio | 01/05/2012                      | Nome Paciente Labmaster | 998877                                  |

Dados do Contratado Solicitante

|                                       |                           |                  |
|---------------------------------------|---------------------------|------------------|
| 13 - Código na Operadora CNPJ / CPF * | 14 - Nome do Contratado * | 15 - Código CNES |
| 99999999999999                        | Médico Labmaster          | 112233           |

|                                       |                              |                           |           |                     |
|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------|---------------------|
| 16 - Nome do Profissional Solicitante | 17 - Conselho Profissional * | 18 - Número no Conselho * | 19 - UF * | 20 - Código CBO-S * |
| Médico Labmaster                      | CRM                          | 123                       | SP        |                     |

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) |
| 28/09/2011 16:38              | E E - Eletivo U-Urgência/Emergência |             |   |

|             |                             |                                 |                     |                     |
|-------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------|
| 25 - Tabela | 26 - Código do Procedimento | 27 - Descrição *                | 28 - Qt. Solicitada | 29 - Qt. Autorizada |
|             | 28050703                    | TSH - Hormônio Tireoestimulante | 1                   | 1                   |
|             | 28130367                    | Rotina de urina                 | 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 | 332211           |

|  |   |                              |                           |           |                   |                            |
|--|---|------------------------------|---------------------------|-----------|-------------------|----------------------------|
| 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 |
| 11111111111111                               | 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<br>07 - SADT Internato 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Ranal Substitutiva | 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\$ |
| 28/09/2011  |                |                |             | 28050703             | TSH - Hormônio Tireoestimulante | 1           |          |           |                  | 17,85                     | 17,85                  |
| 28/09/2011  |                |                |             | 28130367             | Rotina de urina                 | 1           |          |           |                  | 4,20                      | 4,20                   |

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\$ |
|                              |                                 |                          |                             |                        |                                 | 22,05                        |

|                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| 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 |
|---------------------------------------|--|--|--|