

1 - Registro ANS * 222222	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado) 33333333333	4 - Data da Autorização 30/06/2011	5 - Senha 55555	6 - Validade da Senha 30/06/2012	7 - Data de Emissão da Guia * 30/06/2011
------------------------------	---	---------------------------------------	--------------------	-------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirinha * 111111	9 - Plano * Convênio Teste 2	10 - Validade da Carteirinha * 30/07/2012	11 - Nome * Nome de Paciente Labmaster MuitoExtenso	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde CNS456789012345
---------------------------------------	---------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF * 99999999999999	14 - Nome do Contratado * Nome Bastante Extenso Médico Labmaster	15 - Código CNES CNES567
---	---	-----------------------------

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data Hora da Solicitação 30/06/2011 17:35	22 - Caráter da Solicitação 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
02	28010507	Colesterol Total	2	2
02	28010973	Glicose	1	1
02	28040481	Hemograma	1	1
02	28030141	Parasitológico de fezes	1	1
02	28011392	Triglicerídeos	1	1

Dados do Contratante Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF REGLABCONV22222222	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 87030240	40 - Código CNES 11223344
---	--	-----------	--	---------------------------	---------------	--------------------------	----------------------	------------------------------

40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp.	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Repsonsável 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 7 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Ranal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	50 - Tempo de Doença <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\$
30/06/2011			02	28010507	Colesterol Total	2				1,68	3,36
30/06/2011			02	28010973	Glicose	1				1,68	1,68
30/06/2011			02	28040481	Hemograma	1				3,60	3,60
30/06/2011			02	28030141	Parasitológico de fezes	1				2,40	2,40
30/06/2011			02	28011392	Triglicerídeos	1				2,40	2,40

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\$ 13,44
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

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 * 222222	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado) 3333333333	4 - Data da Autorização 30/06/2011	5 - Senha 55555	6 - Validade da Senha 30/06/2012	7 - Data de Emissão da Guia * 30/06/2011
------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------	-------------------------------------	---

## Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirinha * 111111	9 - Plano * Convênio Teste 2	10 - Validade da Carteirinha * 30/07/2012	11 - Nome * Nome de Paciente Labmaster MuitoExtenso	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde CNS456789012345
---------------------------------------	---------------------------------	--	--	--

## Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF * 99999999999999	14 - Nome do Contratado * Nome Bastante Extenso Médico Labmaster	15 - Código CNES CNES567
---	---	-----------------------------

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

## Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data Hora da Solicitação 30/06/2011 17:35	22 - Caráter da Solicitação E E - Eletivo U-Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)
---	--	-------------	---

25 - Tabela 02	26 - Código do Procedimento 28130367	27 - Descrição * Rotina de urina	28 - Qt. Solicitada 1	29 - Qt. Autorizada 1
-------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

## Dados do Contratante Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF REGLABCONV22222222	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 87030240	40 - Código CNES 11223344
---	--	-----------	--	---------------------------	---------------	--------------------------	----------------------	------------------------------

40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp.	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Repsonsável 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 7 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 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 * 30/06/2011	52 - Hora Ini.	53 - Hora Fin.	54 - Tabela 02	55 - Cód. do Proced. 28130367	56 - Descrição * Rotina de urina	57 - Qtde * 1	58 - Via	59 - Tec.	60 - %Red/Acres.	61 - Valor Unitário - R\$ 2,40	62 - Valor Total - R\$ 2,40
---------------------------	----------------	----------------	-------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------	----------	-----------	------------------	-----------------------------------	--------------------------------

## 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\$ 2,40
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

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
---------------------------------------	--	--	--