

Convênio

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - Nº * GuiaNum002

1 - Registro ANS * 33333	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado) GuiaprincNum002	4 - Data da Autorização 24/08/2016	5 - Senha password2	6 - Validade da Senha 03/07/2019	7 - Data de Emissão da Guia * 24/08/2016
-----------------------------	---	---------------------------------------	------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirinha * 43114223110531999	9 - Plano * Convênio Teste 2	10 - Validade da Carteirinha * 25/08/2020	11 - Nome * Nome Paciente Labmaster	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde paccnscs
--	---------------------------------	--	--	---

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF *	14 - Nome do Contratado * Médico Teste				15 - Código CNES CNES567			
16 - Nome do Profissional Solicitante Médico Teste		17 - Conselho Profissional *		18 - Número no Conselho *		19 - UF *	20 - Código CBO-S *	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

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 - 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	28010299	Bilirrubinas	1	1
02	28010973	Glicose	1	1

Dados do Contratante Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CP 2222222	31 - Nome do Contratado * Laboratório Matriz	32 - T.I.	33,34,35 - Logradouro - Número - Complemen Avenida Tiradentes, 57	36 - Município Maringá	37 - UF PR	38 - Cód. IBGE	39 - CEP 87013100	40 - Código CNES
40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp. 999.999.999-99	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Suporte Hotsoft	42 - Conselho Profissional * CRM	43 - Número no Conselho * 555	44 - UF * PR	45 - Código CBO-S numCBOS	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 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 * 25/08/2016 25/08/2016	52 - Hora Ini. 02 02	53 - Hora Fin. 02 02	54 - Tabela 02 02	55 - Cód. do Proced. 28010299 28010973	56 - Descrição * Bilirrubinas Glicose	57 - Qtde * 1 1	58 - Via 1 1	59 - Tec. 21,84 3,82	60 - %Red/Acres. 21,84 3,82	61 - Valor Unitário - R\$ 21,84 3,82	62 - Valor Total - R\$ 21,84 3,82
---	----------------------------	----------------------------	-------------------------	--	---	-----------------------	--------------------	----------------------------	-----------------------------------	--	---

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\$ 25,66
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

Convênio

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - Nº * guiaNum001

1 - Registro ANS * 33333	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado) guiaPrincNum001	4 - Data da Autorização 25/08/2016	5 - Senha password1	6 - Validade da Senha 04/08/2019	7 - Data de Emissão da Guia * 25/08/2016
-----------------------------	---	---------------------------------------	------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirinha * 43114223110531999	9 - Plano * Convênio Teste 2	10 - Validade da Carteirinha * 25/08/2020	11 - Nome * Nome Paciente Labmaster	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde paccncs
--	---------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF * 5555555555		14 - Nome do Contratado * Nome Médico Labmaster			15 - Código CNES CNES567	
16 - Nome do Profissional Solicitante Nome 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 25/08/2016 11:55	22 - Caráter da Solicitação U - Eletivo U-Urgência/Emergência	23 - CID 10 C0001	24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)
---	--	----------------------	---

25 - Tabela 02 02	26 - Código do Procedimento 28050720 28050703	27 - Descrição * T4 Livre TSH - Hormônio Tireoestimulante	28 - Qt. Solicitada 1 1	29 - Qt. Autorizada 1 1
-------------------------	---	---	-------------------------------	-------------------------------

Dados do Contratante Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CP 2222222	31 - Nome do Contratado * Laboratório Matriz	32 - T.I.	33,34,35 - Logradouro - Número - Complemento Avenida Tiradentes, 57	36 - Município Maringá	37 - UF PR	38 - Cód. IBGE	39 - CEP 87013100	40 - Código CNES
40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp. 999.999.999-99	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Suporte Hotsoft	42 - Conselho Profissional * CRM	43 - Número no Conselho * 555	44 - UF * PR	45 - Código CBO-S numCBOS	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 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 * 25/08/2016 25/08/2016	52 - Hora Ini. 02 02	53 - Hora Fin. 02 02	54 - Tabela 28050720 28050703	55 - Cód. do Proced. T4 Livre TSH - Hormônio Tireoestimulante	56 - Descrição *	57 - Qtde * 1 1	58 - Via 23,21 23,21	59 - Tec. 23,21 23,21	60 - %Red/Acres.	61 - Valor Unitário - R\$ 23,21 23,21	62 - Valor Total - R\$ 23,21 23,21
---	----------------------------	----------------------------	-------------------------------------	---	------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------------	------------------	---	--

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\$ 46,42
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

Convênio

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - Nº * guiaNum003

1 - Registro ANS * 33333	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado) GuiaPrincNum003	4 - Data da Autorização 26/08/2016	5 - Senha password3	6 - Validade da Senha 05/08/2020	7 - Data de Emissão da Guia * 26/08/2016
-----------------------------	---	---------------------------------------	------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirinha * 43114223110531999	9 - Plano * Convênio Teste 2	10 - Validade da Carteirinha * 25/08/2020	11 - Nome * Nome Paciente Labmaster	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde paccncs
--	---------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF *	14 - Nome do Contratado * Médico Labmaster 1	15 - Código CNES CNES567
16 - Nome do Profissional Solicitante Médico Labmaster 1	17 - Conselho Profissional *	18 - Número no Conselho *
	19 - UF *	20 - Código CBO-S *

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data Hora da Solicitação 25/08/2016 11:55	22 - Caráter da Solicitação U - Eletivo U-Urgência/Emergência	23 - CID 10 C0003	24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)
25 - Tabela 02 02	26 - Código do Procedimento 28010507 28060180	27 - Descrição * Colesterol Total Aslo quantitativo	28 - Qt. Solicitada 1 1
			29 - Qt. Autorizada 1 1

Dados do Contratante Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 2222222	31 - Nome do Contratado * Laboratório Matriz	32 - T.I.	33,34,35 - Logradouro - Número - Complemento Avenida Tiradentes, 57	36 - Município Maringá	37 - UF PR	38 - Cód. IBGE	39 - CEP 87013100	40 - Código CNES
40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp. 999.999.999-99	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Suporte Hotsoft	42 - Conselho Profissional * CRM	43 - Número no Conselho * 555	44 - UF * PR	45 - Código CBO-S numCBOS	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 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 * 25/08/2016 25/08/2016	52 - Hora Ini. 02 02	53 - Hora Fin. 02 02	54 - Tabela 02 02	55 - Cód. do Proced. 28010507 28060180	56 - Descrição * Colesterol Total Aslo quantitativo	57 - Qtde * 1 1	58 - Via 1 1	59 - Tec. 3,82 4,10	60 - %Red/Acres. 3,82 4,10	61 - Valor Unitário - R\$ 3,82 4,10	62 - Valor Total - R\$ 3,82 4,10
---	----------------------------	----------------------------	-------------------------	--	---	-----------------------	--------------------	---------------------------	----------------------------------	---	--

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\$ 7,92
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			

Convênio

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - Nº * **guiaNum004**

1 - Registro ANS * 33333	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado) guiaPrincNum004	4 - Data da Autorização 27/08/2016	5 - Senha password4	6 - Validade da Senha 06/08/2020	7 - Data de Emissão da Guia * 27/08/2016
-----------------------------	---	---------------------------------------	------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirinha * 43114223110531999	9 - Plano * Convênio Teste 2	10 - Validade da Carteirinha * 25/08/2020	11 - Nome * Nome Paciente Labmaster	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde paccnscs
--	---------------------------------	--	--	---

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF * 55555555555	14 - Nome do Contratado * Nome Médico Labmaster	15 - Código CNES CNES567
16 - Nome do Profissional Solicitante Nome 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 25/08/2016 11:55	22 - Caráter da Solicitação U - Eletivo U-Urgência/Emergência	23 - CID 10 C0004	24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)
25 - Tabela 02	26 - Código do Procedimento 28011392	27 - Descrição * Triglicerídeos	28 - Qt. Solicitada 1
			29 - Qt. Autorizada 1

Dados do Contratante Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CP 2222222	31 - Nome do Contratado * Laboratório Matriz	32 - T.I.	33,34,35 - Logradouro - Número - Complemen Avenida Tiradentes, 57	36 - Município Maringá	37 - UF PR	38 - Cód. IBGE	39 - CEP 87013100	40 - Código CNES
40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp. 999.999.999-99	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Suporte Hotsoft	42 - Conselho Profissional * CRM	43 - Número no Conselho * 555	44 - UF * PR	45 - Código CBO-S numCBOS	45a - Grau de Participaçã		

Dados do Atendimento

46 - Tipo de Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	48 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 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 * 25/08/2016	52 - Hora Ini.	53 - Hora Fin.	54 - Tabela 02	55 - Cód. do Proced. 28011392	56 - Descrição * Triglicerídeos	57 - Qtde * 1	58 - Via	59 - Tec.	60 - %Red/Acres.	61 - Valor Unitário - R\$ 5,46	62 - Valor Total - R\$ 5,46
---------------------------	----------------	----------------	-------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------	----------	-----------	------------------	-----------------------------------	--------------------------------

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\$ 5,46					
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		