

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 *
33333	333333333333	17/10/2012	4444444444444	18/10/2012	04/10/2012

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirinha *	9 - Plano *	10 - Validade da Carteirinha *	11 - Nome *	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
111111111111	Convênio Teste 2	11/10/2012	Nome Paciente Labmaster	paccncs

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF *	14 - Nome do Contratado *	15 - Código CNES
conv4	Nome Fantasia Estabelecimento Saúde	045212

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

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)
10/02/2007 17:24	U E - Eletivo U-Urgência/Emergência	Cid10	

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição *	28 - Qt. Solicitada	29 - Qt. Autorizada
02	28100034	Antibiograma	2	2
02	28060180	Aslo quantitativo	1	1
02	28010299	Bilirrubinas	1	1
02	28010507	Colesterol Total	1	1
02	28100433	Cultura para ureaplasma	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
2222222	Nome Local de Atendimento		Av. Tiradentes, 57	Maringá	PR	411520	87013260	NumCnes

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
00000000000	Responsável Técnico 1	CRF	3545	PR	000	

Dados do Atendimento

46 - Tipo de Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de Saída
<input checked="" type="checkbox"/> 7 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Interno 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Ranal Substitutiva	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	<input type="checkbox"/> 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
<input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	<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\$
10/02/2007			02	28100034	Antibiograma	2				5,46	10,92
10/02/2007			02	28060180	Aslo quantitativo	1				5,46	5,46
10/02/2007			02	28010299	Bilirrubinas	1				4,10	4,10
10/02/2007			02	28010507	Colesterol Total	1				3,82	3,82
10/02/2007			02	28100433	Cultura para ureaplasma	1				18,29	18,29

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\$
						42,59

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
		04/10/2012	04/10/2012

OPM Solicitados

72 - Tabela	73 - Código da OPM	74 - Descrição OPM	75 - Qtde	76 - Fabricante	77 - Valor Unitário R\$

OPM Utilizados

78 - Tabela	79 - Código da OPM	80 - Descrição OPM	81 - Qtde	82 - Código de Barras	83 - Valor Unitário R\$	84 - Valor Total R\$

85 - Total OPM R\$

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 *
33333	333333333333	17/10/2012	4444444444444	18/10/2012	04/10/2012

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirinha *	9 - Plano *	10 - Validade da Carteirinha *	11 - Nome *	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
111111111111	Convênio Teste 2	11/10/2012	Nome Paciente Labmaster	paccncs

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF *	14 - Nome do Contratado *	15 - Código CNES
conv4	Nome Fantasia Estabelecimento Saúde	045212

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

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)
10/02/2007 17:24	<input checked="" type="checkbox"/> U E - Eletivo U-Urgência/Emergência	Cid10	

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição *	28 - Qt. Solicitada	29 - Qt. Autorizada
02	28010604	Curva glicêmica (4 dosagens)	2	2
02	28010582	Curva glicêmica (6 dosagens)	2	2
02	28010973	Glicose	1	1
02	28040481	Hemograma	1	1
02	28030141	Parasitológico de fezes	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
2222222	Nome Local de Atendimento		Av. Tiradentes, 57	Maringá	PR	411520	87013260	NumCnes

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
00000000000	Responsável Técnico 1	CRF	3545	PR	000	

Dados do Atendimento

46 - Tipo de Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de Saída
<input checked="" type="checkbox"/> 7 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	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	<input type="checkbox"/> 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> 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\$
10/02/2007			02	28010604	Curva glicêmica (4 dosagens)	2				17,74	35,49
10/02/2007			02	28010582	Curva glicêmica (6 dosagens)	2				20,48	40,95
10/02/2007			02	28010973	Glicose	1				3,82	3,82
10/02/2007			02	28040481	Hemograma	1				8,19	8,19
10/02/2007			02	28030141	Parasitológico de fezes	1				5,46	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\$
						93,91

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
		04/10/2012	04/10/2012

OPM Solicitados

72 - Tabela	73 - Código da OPM	74 - Descrição OPM	75 - Qtde	76 - Fabricante	77 - Valor Unitário R\$

OPM Utilizados

78 - Tabela	79 - Código da OPM	80 - Descrição OPM	81 - Qtde	82 - Código de Barras	83 - Valor Unitário R\$	84 - Valor Total R\$

85 - Total OPM R\$

1 - Registro ANS * 33333	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado) 333333333333	4 - Data da Autorização 17/10/2012	5 - Senha 444444444444	6 - Validade da Senha 18/10/2012	7 - Data de Emissão da Guia * 04/10/2012
-----------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirinha * 111111111111	9 - Plano * Convênio Teste 2	10 - Validade da Carteirinha * 11/10/2012	11 - Nome * Nome Paciente Labmaster	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde paccncs
---	---------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF * conv4	14 - Nome do Contratado * Nome Fantasia Estabelecimento Saúde	15 - Código CNES 045212
--	--	----------------------------

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data Hora da Solicitação 10/02/2007 17:24	22 - Caráter da Solicitação U E - Eletivo U-Urgência/Emergência	23 - CID 10 Cid10	24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)
---	--	----------------------	---

25 - Tabela 02 02	26 - Código do Procedimento 00000071 28011392	27 - Descrição * Exame do Tipo Texto Aberto Triglicerídeos	28 - Qt. Solicitada 1 2	29 - Qt. Autorizada 1 2
-------------------------	---	--	-------------------------------	-------------------------------

Dados do Contratante Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 2222222	31 - Nome do Contratado * Nome Local de Atendimento	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 NumCnes
--	--	---------------	--	---------------------------	---------------	--------------------------	----------------------	-----------------------------

40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp. 00000000000	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Responsável Técnico 1	42 - Conselho Profissional * CRF	43 - Número no Conselho * 3545	44 - UF * PR	45 - Código CBO-S 000	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 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 * 10/02/2007 10/02/2007	52 - Hora Ini. 02 02	53 - Hora Fin. 00000071 28011392	54 - Tabela 02 02	55 - Cód. do Proced. 00000071 28011392	56 - Descrição * Exame do Tipo Texto Aberto Triglicerídeos	57 - Qtde * 1 2	58 - Via 19,38 5,46	59 - Tec. 19,38 10,92	60 - %Red/Acres. 19,38 10,92	61 - Valor Unitário - R\$ 19,38 5,46	62 - Valor Total - R\$ 19,38 10,92
---	----------------------------	--	-------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--

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\$ 30,30
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

86 - Data e Assinatura de Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário Responsável 04/10/2012	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante 04/10/2012
---------------------------------------	--	--	--

OPM Solicitados

72 - Tabela	73 - Código da OPM	74 - Descrição OPM	75 - Qtde	76 - Fabricante	77 - Valor Unitário R\$
-------------	--------------------	--------------------	-----------	-----------------	-------------------------

OPM Utilizados

78 - Tabela	79 - Código da OPM	80 - Descrição OPM	81 - Qtde	82 - Código de Barras	83 - Valor Unitário R\$	84 - Valor Total R\$
-------------	--------------------	--------------------	-----------	-----------------------	-------------------------	----------------------

85 - Total OPM R\$
