 ot:		æ	
	ca	-	
	"	"	

## 

1 - Registro ANS * 33333		a Principal (Paciente Internado)   4 - Data da Autorização   5 - Senha   6 - Validade da Senha   7 - Data de Emissão da Guia * 3333333333   17/10/2012   444444444444   18/10/2012   04/10/2012														
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteirinha * 11111111111111		9 - Plano * Convênio 1	Γeste 2		Carteirinha *	irinha * 11 - Nome * Nome Paciente Labmaster						12 - Número do Cartão Nacional de Saúde paccncs				
Dados do Contratado Solicit 13 - Código na Operadora C conv4					- Nome do Contratado *  Nome Fantasia Estabelecimento Saúde											
16 - Nome do Profissional S	aliaitanta			Nome i antas	LStabeleciiii	ento Saude	17 Canadha D	unfinainual *		18 - Número no Cons	elho * 19 -	04521	0 - Código CBO-	2 *		
							17 - Conselho Profissional *  CRM			123				9		
Médico Labmaste					Univi 123							SP	numcbos			
Dados da Solicitação / Proc 21 - Data Hora da Solicitaçã		Exames Solicitados - Caráter da Solicita	cão	23 - CID 10		24 Indicação	Clínica (Obrigat	tário so poquo	a cirurgia tora	apia, consulta referenciad	a a alta austa)					
10/02/2007 17:24		U E - Eletivo U-Urgé	•	Cid10		24 - Indicação	Cirrica (Obrigai	torio se pequei	ia cirurgia, tera	apia, consulta referenciau						
25 - Tabela		26 - Código do Proc	edimento		27 - Descrição *						28 - Qt. Sc	licitada	29 - Qt. Auto	orizada		
02		28100034			Antibiog							2	2			
02		28060180				slo quantitativo										
02 02		28010299			Bilirruk							1	1			
02		28010507 28100433				ol Total para uream	alagma					1	1			
Dados do Contratante Execu	utante				Cultura	para ureal	Diasilla					1	Τ.			
30 - Código na Operadora /	CNPJ / CPF	31 - Nome do Contrat	tado *		32 - T.I.	33,34,35 - Logrado	ouro - Número -	Complemento	86 - Munícipio		37 - UF 3	8 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES		
2222222		Nome Local de	Atendiment	0		Av. Tiradente	es, 57		Maringá		PR	411520	8701326	0 NumCnes		
40a - Cód. na Operadora / C	PF do exec.	comp.	41 - Nome do	o Profissional Executan	e / Complementar		42	2 - Conselho P	rofissional *	43 - Número no Conselho	*  44 - UF *  45	- Código CBC	D-S 45	a - Grau de Participação		
0000000000			Respons	ável Técnico 1				CRF		3545	PR	000				
Dados do Atendimento					16	<b>-</b>				)						
46 - Tipo de Atendimento 7 01 - Remoção 02 - P	eguena Cirurgia	u 03 - Terapias 04 -	- Consulta 05 - E	Exame 06 - Atendimento		7 - Indicação de <i>F</i>				48 - Tipo de S		- 0 D-(		5 Alle O Óleire		
	08 - Quimiotera		10 - TRS - Tera	pia Ranal Substitutiva		0 - Acidente	ou doença relacion	ado ao trabalho	1 - Trânsito 2 - C	Outros 1 - Hei	orno 2 - Retorno SAD	3 - Hererenci	a 4 - Internação	5 - Alta 6 - Obito		
Consulta Referência																
49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica		empo de Doença A - Anos M - Meses	D - Dias													
51 - Data * 52 - Hora	Ini 53 - Hora	⊒ a Fin. 54 - Tabela	55 - Cód, do Pi	roced. 56 - Descrição	*					57 - Qtde * 58 - Via 59	a - Tec 60 - %Red/	Acres 61 - \	/alor I Initário - R	62 - Valor Total - R\$		
10/02/2007	1111. 33 - 11016	02	281000		ograma					2	7 - 1 ec. 00 - /61 lea/	A0163. 01 - V	5,46	10,92		
10/02/2007		02	280601		uantitativo					1			5,46	5,46		
10/02/2007		02	280102		ubinas	,				1			4,10	4,10		
10/02/2007		02	280105		erol Total					1			3,82	3,82		
10/02/2007		02	281004		a para urea	aplasma				1			18,29	18,29		
Procedimentos e Exames R	ealizados				_											
63 - Data e Assinatura de Pr	rocedimentos	em Série *														
64 - Observação																
05 T + 1 D   1   D		160 T T		167 T	D4	loo Tilla ii	. 50		. I D' ( : DA	la T		D4 15		0 : 50		
65 - Total Procedimentos R\$	•	66 - Total Taxas e A	Alugueis H\$	67 - Total Materiais	Нֆ	68 - Total Medic	amentos H\$	69 - 10	tal Diárias R\$	70 - 10	tal Gases Medicinais	5 H\$   /	'1 - Total Geral da 42.59	a Guia H\$		
86 - Data e Assinatura de So	olicitante	][	87 - Data e Ass	inatura do Responsáve	pela Autorização	JL	- Data e Assina	tura do Benefi	ciário Resnonsa	lL ável	89 - Data e Assin	atura do Pres	,			
Data e / Iodiniatura de Oc	Shortanto		butte of the	matara do ricoponidave	poid Autonzagao		4/10/2012	add do Benen	Sidilo Hesponol		04/10/2012		LACOLIANIC			
OPM Solicitados																
72 - Tabela	73 - C	Código da OPM		74 - Descrição OPM						75 - Qt	de 76 - F	abricante	77 -	Valor Unitário R\$		
OPM Utilizados																
78 - Tabela	79 - Cá	odigo da OPM		80 - Descrição OPM				81 -	Qtde	82 - Código de Barras	83 - Valor l	Jnitário R\$	84 - \	alor Total R\$		
												8	5 - Total OPM R	B		

-				
	ot.		•	
	-			
	-47	-		

## 

1 - Registro ANS * 33333		Principal (Paciente In 3333333333	incipal (Paciente Internado)							a *								
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteirinha * 11111111111111		9 - Plano * Convênio T	este 2		Carteirinha *	inha *   11 - Nome *   Nome Paciente Labmaster						12 - Número do Cartão Nacional de Saúde paccncs						
Dados do Contratado Solicit  13 - Código na Operadora C  conv4					- Nome do Contratado * Nome Fantasia Estabelecimento Saúde									15 - Código CNES 045212				
16 - Nome do Profissional S Médico Labmaste							17 - Conselho Profissional * 18 - No				Conselho *	19 - UF	ll ll	- Código CBO-S numcbos	S *			
Dados da Solicitação / Proc	edimentos e	Exames Solicitados																
21 - Data Hora da Solicitaçã 10/02/2007 17:24	21 - Data Hora da Solicitação 10/02/2007 17:24				23 - CID 10 24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)  Cid10													
25 - Tabela		26 - Código do Proc	edimento	<u>,</u>	27 - Descrição *							28 - Qt. Solic	tada	29 - Qt. Auto	orizada			
02 02 02 02	02 28010604 02 28010582 02 28010973				Curva glicêmica (4 dosagens) Curva glicêmica (6 dosagens) Glicose Hemograma									2 2 1 1				
02		28030141			Parasito	lógico de	fezes					1		1				
Dados do Contratante Execu 30 - Código na Operadora /		31 - Nome do Contrat	ado *		32 - T.I. 3	3,34,35 - Logrado	ouro - Número - C	Complementd	86 - Munícipio			37 - UF   38 -	Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES			
2222222		Nome Local de		0	II II	Av. Tiradente			Maringá				111520	87013260	"			
40a - Cód. na Operadora / C				Profissional Executan				- Conselho Pi		43 - Número no Con	selho * 44 -		ódigo CBO-	JL	a - Grau de Participação			
0000000000	ar ac oxoci			ável Técnico 1	o / complemental			CRF	oncolona.	3545		ll ll	000		a Grad de Fario, paşae			
Dados do Atendimento					10-													
46 - Tipo de Atendimento  7 01 - Remoção 02 - P 07 - SADT Internato	equena Cirurgia 08 - Quimiotera			Exame 06 - Atendimento pia Ranal Substitutiva	-	7 - Indicação de A 0 - Acidente (	.cidente ou doença relaciona	do ao trabalho	1 - Trânsito 2 - C		de Saída I - Retorno 2 - R	Retorno SADT	3 - Referência	4 - Internação	5 - Alta 6 - Óbito			
Consulta Referência 49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica		empo de Doença A - Anos M - Meses	D - Dias															
51 - Data * 52 - Hora 10/02/2007 10/02/2007 10/02/2007 10/02/2007 10/02/2007 Procedimentos e Exames R 63 - Data e Assinatura de Pr	ealizados	02 02 02 02 02	55 - Cód. do Pr 280106 280105 280109 280404 280301	582 Curva 973 Glicos 181 Hemogr	glicêmica ( glicêmica ( e	6 dosagens				57 - Qtde * 58 - Vi 2 2 1 1	a 59 - Tec. 6	60 - %Red/Ac		Ior Unitário - R\$ 17,74 20,48 3,82 8,19 5,46	35,49 40,95 3,82 8,19 5,46			
64 - Observação																		
65 - Total Procedimentos R\$	3	66 - Total Taxas e A	luguéis R\$	67 - Total Materiais	R\$	68 - Total Medica	amentos R\$	69 - To	tal Diárias R\$	70	- Total Gases	Medicinais R	\$ 71	- Total Geral da 93,91	a Guia R\$			
86 - Data e Assinatura de So	olicitante		87 - Data e Assi	inatura do Responsáve	pela Autorização		- Data e Assinat 4/10/2012	ura do Benefic	ciário Responsa	ável	ll ll	ata e Assinatu 0/2012	ra do Presta	dor Executante				
OPM Solicitados																		
72 - Tabela	73 - C	Código da OPM		74 - Descrição OPM						75	5 - Qtde	76 - Fab	ricante	77 -	Valor Unitário R\$			
OPM Utilizados 78 - Tabela	79 - Cá	odigo da OPM		80 - Descrição OPM				81 -	Qtde	82 - Código de Ba	ırras 8	83 - Valor Uni			alor Total R\$			
													85	- Total OPM R\$				

<u>Ho</u> tsoft	
1 - Registro ANS *	3 - 1
33333	
Dados do Beneficiário	
3 - Número da Carteirinha *	
11111111111111	
Dados do Contratado Solicita	nte
12 Cádigo no Oporadoro CI	VID I

## 

33333		a Principal (Paciente Internado)																
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteirinha * 11111111111111		9 - Plano * Convênio Tes	te 2	10 -	Validade da 0 11/10/201									12 - Número do Cartão Nacional de Saúde paccncs				
Dados do Contratado Solicita  13 - Código na Operadora CN  CONV4				14 - Nome do Contratado * Nome Fantasia E	stabelecim	ento Saúde 15 - Código CNES 045212												
16 - Nome do Profissional So Médico Labmaster						17 - Conselho Profissional * 18 - Número no Conselho * CRM 123						10 *	-	9 - UF * 20 - Código CBO-S * numcbos				
Dados da Solicitação / Proce	edimentos e	Exames Solicitados																
21 - Data Hora da Solicitação 10/02/2007 17:24	22	- Caráter da Solicitação U E - Eletivo U-Urgência		23 - CID 10 Cid10	24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)													
25 - Tabela		26 - Código do Procedi	mento	27 -	Descrição *							28 - Q	t. Solici	tada	29 - Qt. Aut	rizada		
02 02		00000071 28011392			Exame do Triglice	Tipo Text rídeos	o Aberto						1 2		1 2			
Dados do Contratante Execut					32 - T.I. 3													
30 - Código na Operadora / C	Código na Operadora / CNPJ / CPF 31 - Nome do Contratado *					3,34,35 - Logrado						ll l	ll l	Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Cá	idigo CNES	
2222222	Nome Local de Atendimento			0		Av. Tiradente	s, 57		Maringá			∥ PR	4	11520	8701326	)   Nur	nCnes	
40a - Cód. na Operadora / CF	PF do exec.	comp.	11 - Nome do	Profissional Executante / Co	mplementar		14	12 - Conselho Pr	rofissional *	43 - Número n	o Conselho *	44 - UF *	145 - C	ódigo CBO-	S 145	a - Grau de	Participação	
0000000000				ável Técnico 1			CRF 3545					PR	ll .	00				
Dados do Atendimento					1/4-	7 ll:	-1-1			140	Ti 0- (-	1-						
		u 03 - Terapias 04 - Coi pia 09 - Radioterapia 1		xame 06 - Atendimento Domici pia Ranal Substitutiva	11 .	7 - Indicação de A 0 - Acidente d		nado ao trabalho	I - Trânsito 2 - 0	lг	- Tipo de Saío 1 - Retorn		SADT 3	3 - Referência	4 - Internação	5 - Alta 6 - 0	Óbito	
Consulta Referência 49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica 51 - Data * 52 - Hora lı		empo de Doença A - Anos M - Meses D a Fin. 54 - Tabela 55		oced. 56 - Descrição *						57 - Qtde *	58 - Via 59 - '	Tec. 60 - %F	Red/Acr	es. 61 - Va	lor Unitário - R	6 62 - Val	or Total - R\$	
10/02/2007 10/02/2007		02 02	000000 280113		-	to Aberto				1 2					19,38 5,46		.9,38 .0,92	
Procedimentos e Exames Re 63 - Data e Assinatura de Pro		em Série *																
64 - Observação																		
65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Taxas e Alug	uéis R\$	67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medica	mentos R\$	69 - To	tal Diárias R\$		70 - Total	Gases Medic	inais R	71	- Total Geral d 30,30	a Guia R\$		
86 - Data e Assinatura de Sol	licitante	87	- Data e Assii	natura do Responsável pela	Autorização	· ·						89 - Data e A 04/10/20	ssinatura do Prestador Executante					
OPM Solicitados																		
72 - Tabela	73 - C	Código da OPM		74 - Descrição OPM							75 - Qtde	76	6 - Fabr	icante	77 -	Valor Unitá	rio R\$	
OPM Utilizados 78 - Tabela	79 - Cá	odigo da OPM		80 - Descrição OPM				81 -	Qtde	82 - Código	de Barras	83 - Va	alor Unit	ário R\$	84 - \	alor Total F	R\$	
														85	- Total OPM R	6		