## Convênio

## 

				3				-				
1 - Registro ANS * 3 - Nº Guia 33333 33333	a Principal * 3333333	4 - Data da Au 30 / 06 /	utorização / 2011	5 - Senha	6 - V	alidade da Senha 0 / 0 6 / 2 0 1 2	7 - Data de I 30 / 06	missão da Guia * 5/2011				
Dados do Beneficiário		• •					• •					
8 - Número da Carteirinha * 222222222222222222  9 - Plano * Convênio Teste 2  10 - Validade da Carteirinha * Paciente Labmaster de Nome Muito Extenso  11 - Número do Cartão Nacional de Saúde CNS 45 67 8 9 0 1 2 3 4 5												
Dados do Contratado Solicitante		144 14 1 0							11.5 0	" ONEO		
13 - Código na Operadora CNPJ / CPF * 14 - Nome do Contratado * Nome Médico Labmaster										15 - Código CNES CNES567		
16 - Nome do Profissional Solicitante Nome Médico Labmaster					17 - Conselho Profissional * 18 - Número no Conselh CRMPLCR 12345678				19 - UF * SP	UF * SP 20 - Código CBO-S *		
Dados da Solicitação / Procedimentos e E	Exames Solicitados											
21 - Data Hora da Solicitação 30 / 06 / 2011 17:35 22 - Caráter da Solicitação 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 Procediment	)	27 - Descrição *	3 4 1 1	_			28 -	Qt. Solicitada	29 - Qt. Autor	izada	
25 - Tabela 02 02 02 02 02 02	28030141			ológico de	iezes				ٺِ			
02	28040481 28010973		Hemogran Glicose						- <del></del>			
02	28010507			rol Total					<u>-1</u> -1	<u>+</u> -		
02	28011392		Triglic									
Dados do Contratante Executante				0114000					تب	<u>ت                                     </u>		
30 - Código na Operadora / CNPJ / CP 31 - Nome do Contratado * 32 - T.I.					33,34,35 - Logradouro - Número - Complemen 36 - Munícipio Av. Tiradentes, 57 Maringá				- UF 38 - Cód. IB R 411520		40 - Código CNES NumCnes	
40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp. 999.999.999-99  41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Suporte Hotsoft						nselho Profissional * 4	3 - Número no Co 555	nselho * 44 - UF			a - Grau de Participaçã	
Dados do Atendimento						, <u> </u>						
46 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 07 - SADT Internato 08 - Quimiotera		05 - Exame 06 - Atendir S - Terapia Ranal Substitutiva	mento Domiciliar	47 - Indicação de 0 - Acidente		trabalho 1 - Trânsito 2 - Oui		o de Saída 1 - Retorno 2 - Retorr	no SADT 3 - Referêi	ncia 4 - Internação 5	- Alta 6 - Óbito	
Consulta Referência												
49 - Tipo de Doença 50 - T	empo de Doença											
A - Aguda C - Crônica	A - Anos M - Meses D -	Dias										
	=											
51 - Data * 52 - Hora Ini. 53 - Hora		d. do Proced. 56 - Desc	rição* casitológico d	o fozos			57 - Qtde * 58 - V	ia 59 - Tec. 60 - <sup>c</sup>		- Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$	
30/06/2011 30/06/2011	_: <u>02</u> , <u>2</u> ; _: 02, _2;		nograma	e rezes		<u> </u>		-			2,40 3,60	
30/06/2011 02 28040481 Hemog 30/06/2011 02 28010973 Glico			cose				1 ·		——, <del>—</del>	1,68		
30/06/2011 : 30/06/2011 : 30/06/2011 : 30/06/2011	02 2		esterol Total			_	<u> </u>	-		1,68	1,68 1,68 2,40	
30/06/2011			glicerídeos			_	1 -	-		2,40	2,40	
									ш,ш			
Procedimentos e Exames Realizados												
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série * 3 - 4 - 4 - 4 - 6 - 6 - 4				7/				9/,				
64 - Observação												
65 - Total Procedimentos R\$	00 T. IT	D0		100	. =-	100 - 115:11	1	10 T . I C	P 1 - P 2	7. 7.10	0 : 00	
11.76	66 - Total Taxas e Aluguéis			68 - Total Medi		69 - Total Diárias R\$	7	0 - Total Gases Me		71 - Total Geral da	. Guia R\$ . 7.6	
86 - Data e Assinatura de Solicitante 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização										Assinatura do Prestador Executante		
<b>—</b> / <b>—</b> / <b>—</b>	-	/ <b></b> / <b></b> _			//			/.	<u> </u>			
OPM Solicitados												
72 - Tabela 73 - C	ódigo da OPM	74 - Descrição (	OPM				7	5 - Qtde	76 - Fabricante	77 - V	alor Unitário R\$	
OPM Utilizados												
	digo da OPM	80 - Descrição Ol	PM			81 - Qtde	82 - Código de Ba	arras 83 -	Valor Unitário R\$	84 - Va	lor Total R\$	
L										85 - Total OPM R\$		

## Convênio

## 

1 - Registro ANS * 33333	3 - № Guia Principal * 3333333333333	4 - Data da Autoriz 30/06/20	ação 5 - Senha	6	- Validade da Senha 30/06/2012	7 - Data de Emissão da Guia * 30 / 06 / 2011					
Dados do Beneficiário  8 - Número da Carteirinha * 222222222222  Dados do Contratado Solicita		este 2	10 - Validade da Carteirinha		e Labmaster de Nome	e Muito Extenso	12 - Número do Cartão Nacional de Saúc CNS456789012345	de			
13 - Código na Operadora C 555555555555		14 - Nome do Contrata Nome Médico			15 - Código CNES CNES567						
16 - Nome do Profissional S Nome Médico Lab		·		17 - Conselho Pro CRMPLCF		18 - Número no Conselho * 12345678	19 - UF * 20 - Código CBO-S * SP				
Dados da Solicitação / Proce	dimentos e Exames Solicitados										
21 - Data Hora da Solicitação 30 / 06 / 2011 17:35 23 - Caráter da Solicitação 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 Proce 28130367		27-Descrição* Rotina de urin	a		28 - C	Qt. Solicitada 29 - Qt. Autorizada				
		•	-								
							<u></u>				
Dados do Contratante Execu 30 - Código na Operadora / 2222222	tante CNPJ / CP 31 - Nome do Contrata Posto de Coleta	ado *	32 - T.I. 33,34,35 - I Av. Tirad	ogradouro - Número - Co dentes, 57	mplemen 36 - Munícipio Maringá	37 - PF		ódigo CNES nCnes			
40a - Cód. na Operadora / C 999.999.999	PF do exec. comp. -99	41 - Nome do Profissional Executar Suporte Hotsoft	nte / Complementar		Conselho Profissional * CRM	3 - Número no Conselho * 44 - UF * PR	45 - Código CBO-S numCBOS	e Participaçã			
Dados do Atendimento											
	equena Cirurgia 03 - Terapias 04 - 0 8 - Quimioterapia 09 - Radioterapia	Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento 10 - TRS - Terapia Ranal Substitutiva	Domiciliar	do de Acidente idente ou doença relacionado	ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Out	48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno	o SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Ó	Dbito			
Consulta Referência  49 - Tipo de Doença  A - Aguda C - Crônica	50 - Tempo de Doença A - Anos M - Mes	es D. Dias									
L'	- A Allos W Wics	cs b blas									
51 - Data * 52 - Hora   30/06/2011	ni. 53 - Hora Fin. 54 - Tabela !	55 - Cód. do Proced. 56 - Descrição 28130367 Rotina	* a de urina			57 - Qtde * 58 - Via 59 - Tec. 60 - %		or Total - R\$ 2 , 4 0			
	ب سرب سرب					<b></b>					
Procedimentos e Exames Re	ealizados										
63 - Data e Assinatura de P	rocedimentos em Série * 3 - 4 - 4 -	-//	5/		7/,/	9 -		_			
64 - Observação											
65 - Total Procedimentos R	66 - Total Taxas e Al	•		Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Med	3 10				
86 - Data e Assinatura de S	olicitante	37 - Data e Assinatura do Responsávo	el pela Autorização	88 - Data e Assinatur	a do Beneficiário Responsáv		Assinatura do Prestador Executante				
//		/		//		ــــ/ـــ					
OPM Solicitados											
72 - Tabela	73 - Código da OPM	74 - Descrição OPM				75 - Qtde 7	76 - Fabricante 77 - Valor Unitár	rio R\$			
OPM Utilizados				•							
78 - Tabela	79 - Código da OPM	80 - Descrição OPM			81 - Qtde	82 - Código de Barras 83 - V	/alor Unitário R\$ 84 - Valor Total R	R\$			
							85 - Total OPM R\$				