

Convênio

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº * 2222222222222222222

1 - Registro ANS * 33333	3 - Nº Guia Principal * 333333333333	4 - Data da Autorização 30/06/2011	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 * 22222222222222222	9 - Plano * Convênio Teste 2	10 - Validade da Carteirinha * _/_/_/____	11 - Nome * Paciente Labmaster de Nome Muito Extenso	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde CNS456789012345
--	---------------------------------	--	---	--

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 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 02 02 02 02 02	26 - Código do Procedimento 28030141 28040481 28010973 28010507 28011392	27 - Descrição * Parasitológico de fezes Hemograma Glicose Colesterol Total Triglicerídeos	28 - Qt. Solicitada 1 1 1 1 1 29 - Qt. Autorizada 1 1 1 1 1

Dados do Contratante Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CP 2222222	31 - Nome do Contratado * Posto de Coleta I	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. 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 07 - 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 *	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	28030141	Parasitológico de fezes	1	__	__	__	2,40	2,40
30/06/2011	__:__:__	__:__:__	02	28040481	Hemograma	1	__	__	__	3,60	3,60
30/06/2011	__:__:__	__:__:__	02	28010973	Glicose	1	__	__	__	1,68	1,68
30/06/2011	__:__:__	__:__:__	02	28010507	Colesterol Total	1	__	__	__	1,68	1,68
30/06/2011	__:__:__	__:__:__	02	28011392	Triglicerídeos	1	__	__	__	2,40	2,40

Procedimentos e Exames Realizados

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série * 1 - ____/____/____ 2 - ____/____/____ 3 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 5 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 9 - ____/____/____ 10 - ____/____/____
--

64 - Observação

--

65 - Total Procedimentos R\$ 1,76	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\$ 1,76
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 ____/____/____			

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\$

Convênio

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº * 2222222222222222222

1 - Registro ANS * 33333	3 - Nº Guia Principal * 33333333333	4 - Data da Autorização 30/06/2011	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 * 22222222222222222	9 - Plano * Convênio Teste 2	10 - Validade da Carteirinha * _/_/_/	11 - Nome * Paciente Labmaster de Nome Muito Extenso	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde CNS456789012345
--	---------------------------------	--	---	--

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 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 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 / CP 2222222	31 - Nome do Contratado * Posto de Coleta I	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. 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 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	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 * 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 * 1 - 2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$ 2,40	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 _/_/_/			

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\$						