MultiCare

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização	5- Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
348732		__/__/____		__/__/____	__/__/____

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira
		__/__/____

11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Executante

13 - Código do Contrato	14 - Nome do Contratado	11- Código CNES
_____		

16-T.L.	17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento	20 - Município	21 - UF	22 - Cód. IBGE	23- CEP

Dados da Internação

24 - Caráter da Internação	25 - Tipo Acomodação Autorizada	26 - Data/Hora da Internação	27 - Data/Hora da Saída Internação	28 - Tipo Internação	29 - Regime de Internação
_ E - Eletiva U - Urgência/Emergência	__	__/__/____ __:__	__/__/____ __:__	_ 1-Clínica 2-Cirurgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica	_ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X")

_ -Em gestação _ -Aborto _ -Transtorno materno relacionado a gravidez _ -Complic. Puerpério _ -Atend. ao RN na sala de parto _ -Complicação Neonatal _ -Bx. Peso <2,5 Kg. _ -Parto Cesáreo _ -Parto Normal

31 - Se óbito em mulher	32 - Se óbito neonatal	33 - Nº Decl. Nasc. Vivos	34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo	35 - Qtde. Nasc. Mortos	36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro
_ 1- Grávida 2 - até 42 dias após término gestação 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação	_ - Qtde. óbito neonatal precoce _ - Qtde. óbito neonatal tardio		__	__	__

Dados da Saída da Internação

37-CID 10 Principal	38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	41 - Indicador de Acidente	42 - Motivo Saída	43 - CID 10 Óbito	44 - Nº Declaração do Óbito
_____	_____	_____	_____	_ 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros	__	_____	_____

Procedimentos e Exames Realizados

	45-Data	46-Hora Inicial	47-Hora Final	48-Tabela	49-Código do Procedimento		50-Descrição	51-Qtde.	52-Via	53-Tec.	54-% Red. / Acresc.	55-Valor Unitário - R$	56-Valor Total - R$
1-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	__		__	__	__	___,__	_____,__	_____,__
2-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	__		__	__	__	___,__	_____,__	_____,__
3-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	__		__	__	__	___,__	_____,__	_____,__
4-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	__		__	__	__	___,__	_____,__	_____,__
5-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	__		__	__	__	___,__	_____,__	_____,__

Identificação da Equipe

57-Seq.Ref	58-Gr.Part.	59-Código do Contrato	60-Nome do Profissional	61-Conselho Prof.	62-Número Conselho	63-UF	64-CPF
__	__	_____					
__	__	_____					
__	__	_____					
__	__	_____					
__	__	_____					
__	__	_____					
__	__	_____					

73 - Tipo Faturamento R$	74 - Total Procedimentos R$	75 - Total Diárias R$	76 - Total Taxas e Aluguéis R$	77 - Total Materiais R$	78 - Total Medicamentos R$	79- Total Gases Medicinais R$	80 - Total Geral R$
_ - Total _ - Parcial	_____,__	_____,__	_____,__	_____,__	_____,__	_____,__	_____,__

82-Data e Assinatura do Contratado	83-Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
__/__/____	__/__/____