



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 345474	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	7 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
-----------------------------------	----------------------------	---	-----------	--	---

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 na Operadora / CNPJ	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 <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	25 - Tipo Acomodação Autorizada ____	26 - Data/Hora da Internação ____/____/____ ____:____:____	27 - Data/Hora da Saida Internação ____/____/____ ____:____:____	28 - Tipo Internação <input type="checkbox"/> 1-Clinica <input type="checkbox"/> 2-Cirurgica <input type="checkbox"/> 3-Obstétrica <input type="checkbox"/> 4-Pediátrica <input type="checkbox"/> 5-Psiquiátrica	29 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar
30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X") <input type="checkbox"/> Em gestação <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Transtorno materno relacionado a gravidez <input type="checkbox"/> Complic. Puerpério <input type="checkbox"/> Atend. ao RN na sala de parto <input type="checkbox"/> Complicação Neonatal <input type="checkbox"/> Bx. Peso <2,5 Kg. <input type="checkbox"/> Parto Cesáreo <input type="checkbox"/> Parto Normal					

31 - Se óbito em mulher <input type="checkbox"/> 1- Grávida <input type="checkbox"/> 2 - até 42 dias após término gestação <input type="checkbox"/> 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação	32 - Se óbito neonatal <input type="checkbox"/> Qtde. óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> Qtde. óbito neonatal tardio	33 - Nº Decl. Nasc. Vivos ____	34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo ____	35 - Qtde. Nasc. Mortos ____	36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro ____
--	--	-----------------------------------	--	---------------------------------	--

Dados da Saida da Internação

37-CID 10 Principal ____	38 - CID 10 (2) ____	39 - CID 10 (3) ____	40 - CID 10 (4) ____	41 - Indicador de Acidente <input type="checkbox"/> 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1-Trânsito <input type="checkbox"/> 2-Outros	42 - Motivo Saida ____	43 - CID 10 Óbito ____	44 - Nº Declaração do Óbito ____
-----------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	---	---------------------------	---------------------------	-------------------------------------

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- ____/____/____	____:____	____:____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
2- ____/____/____	____:____	____:____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
3- ____/____/____	____:____	____:____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
4- ____/____/____	____:____	____:____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
5- ____/____/____	____:____	____:____	____	____	____	____	____	____	____	____	____

Identificação da Equipe

57-Seq.Ref	58-Gr.Part.	59-Código na Operadora/CPF	60-Nome do Profissional	61-Conselho Prof.	62-Número Conselho	63-UF	64-CPF
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____

73 - Tipo Faturamento R\$ <input type="checkbox"/> - Total <input type="checkbox"/> - Parcial	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\$ ____
--	--------------------------------------	--------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------	---	------------------------------

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