



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2-Nº



(01)407011(4)2

1 - Registro ANS 407011	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	15 - 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 Saída Internação ____/____/____:____	28 - Tipo Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <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 Saída 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 -	42 - Motivo Saída
_____	_____	_____	_____	_____	_____

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

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 ____/____/____
--	---

