PRODESP

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2-Nº

(01)330183(41)2

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
330183		|__|__| / |__|__| / |__|__|		|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|

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	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 -**	|__|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|

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 na Operadora/CPF	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
|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|

Procedimentos e Exames Realizados (Continuação)

	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$
6-	__/__/__	__:__	a __:__							__,__	__,__	__,__
7-	__/__/__	__:__	a __:__							__,__	__,__	__,__
8-	__/__/__	__:__	a __:__							__,__	__,__	__,__
9-	__/__/__	__:__	a __:__							__,__	__,__	__,__
11-	__/__/__	__:__	a __:__							__,__	__,__	__,__
12-	__/__/__	__:__	a __:__							__,__	__,__	__,__
13-	__/__/__	__:__	a __:__							__,__	__,__	__,__
14-	__/__/__	__:__	a __:__							__,__	__,__	__,__
15-	__/__/__	__:__	a __:__							__,__	__,__	__,__

Identificação da Equipe (Continuação)

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

OPM Utilizados

	65 - Tabela	66 - Código do OPM	67 - Descrição OPM	68 - Qtde.	69 - Código de Barras	70 - Valor Unitário R$	71 - Valor Total R$
1-						__,__	__,__
2-						__,__	__,__
3-						__,__	__,__
4-						__,__	__,__
5-						__,__	__,__

72 - Total Geral R$

__,__

81 - Observação