



SAÚDE

1 - Registro ANS 000361	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	7 - Data de Emissão da Guia ____/____/____	(01)000361(41)2
-----------------------------------	----------------------------	---	-----------	--	---	-----------------

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 ___ E - Eletiva ___ U - Urgência/Emergência	25 - Tipo Acomodação Autorizada	26 - Data/Hora da Internação ____/____/____:____	27 - Data/Hora da Saída Internação ____/____/____:____	28 - Tipo Internação ___ 1 - Clínica ___ 2 - Cirurgica ___ 3 - Obstétrica ___ 4 - Pediátrica ___ 5 - Psiquiátrica	29 - Regime de internação ___ 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 ___ 1 - Grávida ___ 2 - até 42 dias após término gestação ___ 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação	32 - Se óbito neonatal ___ Qtd. óbito neonatal precoce ___ Qtd. 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 ___ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho ___ 1 - Trânsito ___ 2 -	42 - Motivo Saída	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-____/____/____	____:____ 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\$ ___ - Total ___ - 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 ____/____/____
--	---

