

Logo da Empresa

# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

123456789012

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
------------------	----------------------------	-------------------------	---------	----------------------------	-----------------------------

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

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	32 - Se óbito neonatal	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	42 - Motivo Saída	43 - CID 10 Óbito	44 - Nº Declaração do Óbito

0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros

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\$
---------------------------	------------------------------	------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------

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