

<b>1 - LOGO DA EMPRESA</b> <small>ANS Nº</small>	<b>Guia de Resumo da Internação</b>	<b>2 - Nº da Guia</b>
---	-------------------------------------	-----------------------

<b>Dados do Beneficiário</b>		
3 - Número do Cartão	4 - Nome	5 - Validade do Cartão

6 - Plano	7 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------	--

8 - Titular
-------------

<b>Dados do Prestador</b>		
9 - Código (na Operadora)	10 - Nome	11 - Número do CNES

12 - Endereço
---------------

13 - Bairro	14 - Cidade	15 - UF
-------------	-------------	---------

**Internação**

16 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência / Emergência
---

17 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> UTI / UTSI <input type="checkbox"/> UTI / UTSI Neonatal <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Hospital-Dia <input type="checkbox"/> Domiciliar
---

18 - Acomodação <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Berçário <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Outros
--

19 - Diagnóstico de Saída CID Principal      CID (2)      CID (3)      CID (4)	20 - Indicador de Acidente <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito
---	--

21 - Motivo da Saída <input type="checkbox"/> 11 - Alta Curado <input type="checkbox"/> 12 - Alta Melhorado <input type="checkbox"/> 13 - Alta Inalterado <input type="checkbox"/> 14 - Alta a Pedido <input type="checkbox"/> 15 - Alta Internado para Diagnóstico <input type="checkbox"/> 16 - Alta Administrativa <input type="checkbox"/> 17 - Alta por Indisciplina <input type="checkbox"/> 18 - Alta por Evasão <input type="checkbox"/> 19 - Alta para Complementação em Regime Ambulatorial <input type="checkbox"/> 41 - Alta c/ Necropsia até 24 h da Internação <input type="checkbox"/> 42 - Óbito c/ Necropsia até 48 h da Internação <input type="checkbox"/> 43 - Óbito c/ Necropsia após 48 h da Internação <input type="checkbox"/> 44 - Óbito Parturiente c/ Necropsia c/ Permanência Recém Nascido <input type="checkbox"/> 51 - Alta s/ Necropsia até 24 h da Internação <input type="checkbox"/> 52 - Óbito s/ Necropsia até 48 h da Internação <input type="checkbox"/> 53 - Óbito s/ Necropsia após 48 h da Internação <input type="checkbox"/> 54 - Óbito Parturiente s/ Necropsia c/ Permanência Recém Nascido <input type="checkbox"/> 71 - Alta da Parturiente c/ Permanência Recém Nascido CID : _____ Número da Declaração de Óbito : _____
--

22 - Internação Obstétrica <input type="checkbox"/> 1 - Em Gestação <input type="checkbox"/> 2 - Aborto <input type="checkbox"/> 3 - Qtd Nascido Vivo Prematuro <input type="checkbox"/> 4 - Qtd. Nascido Vivo a Termo <input type="checkbox"/> 5 - Qtd. Nascido Morto <input type="checkbox"/> 6 - Transtorno materno relacionado a gravidez <input type="checkbox"/> 7 - Complicações no Período Puerpério <input type="checkbox"/> 8 - Atendimento ao RN na Sala de Parto <input type="checkbox"/> 9 - Complicação Neonatal <input type="checkbox"/> 10 - Baixo Peso (< 2,5 Kg) <input type="checkbox"/> 11 - Parto Cesáreo      Número da(s) Declaração(ões) de Nascido(s) Vivo(s) : _____
---

23 - Óbito em Mulher <input type="checkbox"/> Grávida no momento <input type="checkbox"/> Até 12 meses após o término da gestação <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação
--

Preenchimento do campo **Internação Obstétrica** (Campo 22)  
- Na opção 1 assinalar S em caso de afirmativo para as internações, com exceções dos partos e abortos, ou N em caso negativo  
- Nas opções 2,6,7 e 9 - assinalar S, em caso afirmativo, ou N em caso negativo  
- Na opção 3 preencher a quantidade de nascidos vivos, com idade gestacional menor que 37 semanas  
- Na opção 4 preencher a quantidade de nascidos vivos, com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas  
- Na opção 5 preencher a quantidade de nascidos mortos  
- Na opção 10 preencher a quantidade de nascidos vivos, com peso abaixo de 2,5 kg

Preenchimento do campo **Motivo de Saída** (campo 21)  
- Nas opções 1,2,3,4,5,6,7 e 8 - assinalar com X apenas uma das opções  
- Na opção 9 - informar o Código da CAUSA DIRETA DO OBITO, conforme CID 10

Preenchimento do campo **Óbito em Mulher** (campo 23)  
- Preencher uma das opções

Preenchimento do campo **Acomodação** (campo 18) - Informar especificamente a acomodação conforme relacionado abaixo  
11 - Apartamento luxo, 12 - Apartamento simples, 13 - Apartamento standard, 14 - Apartamento suite, 15 - Apartamento c/ alojamento conjunto  
21 - Berçário normal, 22 - Berçário patológico / Prematuro, 23 - Berçário patológico c/ Isolamento  
31 - Enfermaria 3 leitos, 32 - Enfermaria 4 ou mais leitos, 33 - Enfermaria c/ alojamento conjunto, 34 - Hospital / dia, 35 - Isolamento  
41 - Quarto coletivo 2 leitos, 42 - Quarto privativo, 43 - Quarto c/ alojamento conjunto  
51 - UTI adulto, 52 - UTI pediátrico, 53 - UTI neo-natal, 54 - UTSI (Unidade de Terapia Semi-Intensiva)  
61 - Outras diárias

<b>Admissão</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Saída Hospitalar</b>	<b>Dados do Faturamento</b>
24 - Data	26 - Data	29 - Data	32-Tipo <input type="checkbox"/> Final <input type="checkbox"/> Parcial
25 - Hora	27 - Início	28 - Término	33-Guia Principal
		30 - Hora	34-Data Referencia

