FUNDAÇÃO DE AMPARO SOCIAL DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

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
369012		__/__/____		__/__/____	__/__/____

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**-Outros			

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
__/__/____	__/__/____