GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

1 - Registro ANS: 336441

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: |__| 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: |__| - Qtde. óbito neonatal precoce |__| - Qtde. 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**-Outros

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 |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|		|__|__|		|__|__|	|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
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$: |__| - 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: |__|__|/|__|__|/|__|__|