

Saúde



1-Registro ANS _____ 3-Número da Guia de Solicitação de Internação _____

4 - Data da Autorização _____ 5-Senha _____ 6-Data de Validade da Senha _____ 7-Número da Guia Atribuído pela Operadora _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8-Número da Carteira _____ 9-Data de Validade da Senha _____ 10-Nome _____ 11-Cartão Nacional de Saúde _____ 12 - Atendimento a RN _____

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

13- Código na Operadora _____ 14-Nome do Contratado _____ 15-Código CNES _____

DADOS DA INTERNAÇÃO

16-Caráter do Atendimento _____ 17-Tipo de Faturamento _____ 18-Data do Início do Faturamento _____ 19-Hora do Início do Faturamento _____ 20-Data do Fim do Faturamento _____ 21-Hora do Fim do Faturamento _____ 22-Tipo de Internação _____ 23-Regime de Internação _____

24-CID 10 Principal _____ 25-CID 10 (2) _____ 26-CID 10 (3) _____ 27-CID 10 (4) _____ 28-Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____ 29-Motivo de Encerramento da Internação _____ 30-Número da Declaração de Nascido Vivo _____ 31-CID 10 Óbito _____ 32-Numero da Declaração de Óbito _____ 33-Indicador D.O. de RN _____

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Tec	43- Fator Red /Acresc	44-Valor Unitário R\$	45-Valor Total R\$
01-____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	____.____	____.____.____	____.____.____
02-____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	____.____	____.____.____	____.____.____
03-____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	____.____	____.____.____	____.____.____
04-____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	____.____	____.____.____	____.____.____
05-____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	____.____	____.____.____	____.____.____
06-____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	____.____	____.____.____	____.____.____
07-____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	____.____	____.____.____	____.____.____
08-____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	____.____	____.____.____	____.____.____
09-____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	____.____	____.____.____	____.____.____
10-____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	____.____	____.____.____	____.____.____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

46-Seq. Ref. _____ 47-Grau Part. _____ 48-Código na Operadora/CPF _____ 49-Nome do Profissional _____ 50-Conselho Profissional _____ 51-Número no Conselho _____ 52-UF _____ 53-Código CB _____

54-Total de Procedimentos (R\$) _____ 55-Total de Diárias (R\$) _____ 56-Total de Taxa de Aluguéis (R\$) _____ 57-Total de Materiais (R\$) _____ 58-Total de OPME (R\$) _____ 59-Total de Medicamentos (R\$) _____ 60-Total de Gazes Medicinais (R\$) _____ 61-Total Geral (R\$) _____

62- Data da Assinatura do Contratado _____ 63-Assinatura do Contratado _____ 64-Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora _____

65-Observação/Justificativa _____

* Campos brancos preenchimento obrigatório.