

1 - Registro ANS ANS-nº34665-9	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 <input type="checkbox"/> E- Eletiva <input type="checkbox"/> U- Urgência/Emergência	25 - Tipo Acomodação Autorizada _____	26 - Data/Hora da Internação ____/____/____ ____:____	27 - Data/Hora da Saída Internação ____/____/____ ____:____	28 - Tipo Internação <input type="checkbox"/> 1-Clinica <input type="checkbox"/> 2-Cirurgia <input type="checkbox"/> 3-Obstétrica <input type="checkbox"/> 4-Pediátrica <input type="checkbox"/> 5-Psiquiátrica	29 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1-Hospitalar <input type="checkbox"/> 2-Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3-Domiciliar		
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 <input type="checkbox"/> 1- Grávida <input type="checkbox"/> 2- até 42 dias após término gestação <input type="checkbox"/> 3- de 43 dias a 12 meses após término gestação		32 - Se óbito neonatal <input type="checkbox"/> Qtde. óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 0- Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1- Trânsito <input type="checkbox"/> 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-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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\$ <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> 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 ____/____/____
--	---

INSTRUÇÃO

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório.

