



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

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 - Validade da Carteira	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/Acr	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 CBO

54 - Total de Procedimentos (R\$)	55 - Total de Diárias (R\$)	56 - Total de Taxase Aluguéis (R\$)	57 - Total de Materiais (R\$)	58 - Total de OPME (R\$)	59 - Total de Medicamentos (R\$)	60 - Total de Gases 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 - Observações / Justificativa