



TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MAGISTRADOS E SERVIDORES

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

PCTT: 26.107.14-B

2 - Nº

1 - Registro ANS 99999-9	3 - Nº Guia de Solicitação	5-Senha	7 - Data de Emissão da Guia
4 - Data de Autorização		6 - Data Validade da Senha	

8 - Número da Carteira		10 - Validade da Carteira	
9 - Plano PRO-SOCIAL		12 - Número do Centro Nacional de Saúde	

11 - Nome		15 - Código CNES	
13 - CNPJ			

14 - Nome do Contratado		21 - UF		23 - CEP	
16-T.L.		20 - Município		22 - Cód. IBGE	

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	
<input type="checkbox"/> E - Eleitiva	<input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X")											

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	
<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	<input type="checkbox"/> 4 - Aborto	<input type="checkbox"/> 5 - Transborno materno relacionado a gravidez	<input type="checkbox"/> 6 - Complic. Puerpério	<input type="checkbox"/> 7 - Atend. ao RN na sala de parto	<input type="checkbox"/> 8 - Complicação Neonatal	<input type="checkbox"/> 9 - Bx. Peso <2,5 Kg.	<input type="checkbox"/> 10 - Parto Cesáreo	<input type="checkbox"/> 11 - Parto Normal	<input type="checkbox"/> 12 - Domiciliar

Dados da Saída da Internação		41 - Indicador de Acidente		42 - Motivo Saída		43 - CID 10 Óbito		44 - Nº Declaração do Óbito	
<input type="checkbox"/> 38 - CID 10 (2)	<input type="checkbox"/> 39 - CID 10 (3)	<input type="checkbox"/> 40 - CID 10 (4)	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Transito	<input type="checkbox"/> 2 - Outros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Processamentos e Exames Realizados		50-Descrição		51-Qtde.	52-Via	53-Tec.	54-% Rec./ Acresc.	55-Valor Unitário - R\$	56-Valor Total - R\$
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Identificação da Equipe		60 - Nome do Profissional		61 - Conselho Prof.		62 - Número Conselho		63 - JF		64 - CPF	
57 - Seq. Ref	58 - G. Part.	59 - Código na Operadora/CPF									

73 - Tipo Faturamento R\$		74 - Total Procedimentos R\$		75 - Total Diárias R\$		76 - Total Taxas e Aluguéis R\$		77 - Total Materiais R\$		79 - Total Medicamentos R\$		80 - Total Geral R\$	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

82 - Data e Assinatura do Contratado		83 - Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operação	
_____	_____	_____	_____