



# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

1 - Registro ANS	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-Cirurgica <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- ____/____/____	__:__:__ 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\$ <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 ____/____/____
--	---