



# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

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		9 - Plano	10 - Validade da Carteira
8 - Número da Carteira			

11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------	---

Dados do Contratado Executante		15 - Código CNES
13 - Código na Operadora / CNPJ	14 - Nome do Contratado	

16 - T.L.	17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento	20 - Município	21 - UF	22 - Cód. IBGE	23 - CEP
-----------	--	----------------	---------	----------------	----------

Dados da Internação		28 - Tipo Internação	29 - Regime de Internação
24 - Caráter da Internação	25 - Tipo Acomodação Autorizada	26 - Data/Hora da Internação	27 - Data/Hora da Saída Internação
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência			
		<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	<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	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"/> - Qtde. óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> - Qtde. óbito neonatal tardio				

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	42 - Motivo Saída
				<input type="checkbox"/> 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1-Trânsito <input type="checkbox"/> 2-Outros	
					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	:   :   a									
2-     /     /	:   :   a	:   :   a									
3-     /     /	:   :   a	:   :   a									
4-     /     /	:   :   a	:   :   a									
5-     /     /	:   :   a	:   :   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\$	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\$
<input type="checkbox"/> - Total <input type="checkbox"/> - Parcial							

82-Data e Assinatura do Contratado	83-Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
/     /	/     /