



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

1 - Registro ANS <div style="font-size: 1.5em; font-weight: bold; text-align: center;">41812 - 9</div>	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 _____	9 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____
---------------------------	--

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _____	14 - Nome do Contratado _____	15 - Código CNES _____
---	---	----------------------------------

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

Dados da Internação

24 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E- Eletiva <input type="checkbox"/> U- Urgência/Emergência	25 - Tipo de Acomodação Autor.	26 - Data/Hora da Internação ____/____/____ :__:____	27 - Data/Hora da Saída Internação ____/____/____ :__:____	28 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1- Clínica <input type="checkbox"/> 2- Cirúrgica <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")

Em gestação
 Aborto
 Transtorno Materno Relacionado a gravidez
 Complic. Puerpério
 Atend. ao RN na sala de parto
 Complicação Neonatal
 Bx. Peso <2,5 kg
 Parto Cesáreo
 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 precose <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 Sala de 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\$

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 <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
____/____/____	____/____/____

Procedimentos e Exames Realizados (continuação)

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 :										
6- / /	: a :										
7- / /	: a :										
8- / /	: a :										
9- / /	: a :										
10- / /	: 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

OPM Utilizados

65-Tabela	66-Código do OPM	67-Descrição OPM	68-Qtde.	69-Código de Barras	70- Valor Unitário R\$	71- Valor Total R\$
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						

72 - Total Geral Honorários R\$
 | | | | | | | | |

81 - Observações