



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2. Nº

1 - Registro ANS 31649-1	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	7 - Data de Emissão do guia ____/____/____
------------------------------------	----------------------------	---	-----------	--	---

Dados do Contratado Executante		
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 _____	14 - Nome do Contratado	11 - Código CNES

16 - T.L.	17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento	20 - Município	21 - U.F.	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 da 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 <2,5Kg	<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. ito neonatal precoce <input type="checkbox"/> - Qtde. ito neonatal tardio		33 - Nº Decl. Nac. Vivos	34 - Qdte. Nasc. Vivos a Termo	35 - Qdte. Nasc. Mortos	36 - Qdte. Nasc. Vivos Prematuros
--	--	--	--	--------------------------	--------------------------------	-------------------------	-----------------------------------

Dados da Saída da Internação							
37 - CID 10 Pricipal _____	38 - CID 10 (2) _____	39 - CID 10 (3) _____	40 - CID 10 (4) _____	41 - Indicador de Acidentes <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2-	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-____/____/____	____:____ à ____:____	____:____ à ____:____	_____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
2-____/____/____	____:____ à ____:____	____:____ à ____:____	_____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
3-____/____/____	____:____ à ____:____	____:____ à ____:____	_____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
4-____/____/____	____:____ à ____:____	____:____ à ____:____	_____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
5-____/____/____	____:____ à ____:____	____:____ à ____:____	_____	_____	_____	____	____	____	____	____	____

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 - Número Conselho - 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 Mediciniais R\$ ____,____	80 - Total Geral R\$ ____,____
--	---	-------------------------------------	--	---------------------------------------	--	---	-----------------------------------

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

