



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS 364312		3 - Número da Guia de Solicitação de Internação					
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
-------------------------------	--	---------------------------------	--	------------------	--	--------------------------------------	--	------------------------------	--

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado						15 - Código CNES	
---------------------------------	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	-------------------------	--

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento		17 - Tipo de Faturamento		18 - Data do Início do Faturamento		19 - Hora do Início do Faturamento		20 - Data do Fim do Faturamento		21 - Hora do Fim do Faturamento		22 - Tipo de Internação		23 - Regime de Internação					
24 - CID10(Principal)(Opcional)		25 - CID10(2)(Opcional)		26 - CID 10(3)(Opcional)		27 - CID10(4)(Opcional)		28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		29 - Motivo de Encerramento da Internação		30 - Número da declaração de nascido vivo		31 - CID 10 Óbito (Opcional)		32 - Numero da declaração de óbito		33 - Indicador D.O. de RN	

Procedimentos e Exames Realizados

34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Téc	43-Fator Red/Acresc	44-Valor Unitário (R\$)	45-Valor Total I (R\$)
01-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											
09-											
10-											

Identificação da Equipe

46-Seq.Ref	47-Grau Part.	48-Código na Operadora/CPF	49-Nome do Profissional	50-Conselho Profissional	51-Número no Conselho	52-UF	53-Código CBO

54 - Total de Procedimentos (R\$)	55 - Total de Diárias (R\$)	56 - Total de Taxase Aluguéis (R\$)	57 - Total de Materiais (R\$)	58 - Total de OPME (R\$)	59 - Total de Medicamentos (R\$)	60 - Total de Gases Medicinais (R\$)	61 - Total Geral (R\$)
--	------------------------------------	--	--------------------------------------	---------------------------------	---	---	-------------------------------

62 - Data da assinatura do contratado	63 - Assinatura do contratado	64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
--	--------------------------------------	---

65 - Observações / Justificativa

