



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS

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 - CID 10 Principal

25 - CID 10 (2)

26 - CID 10 (3)

27 - CID 10 (4)

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

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 (R\$)
01-____/____/____	____:____	____:____	a ____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
02-____/____/____	____:____	____:____	a ____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
03-____/____/____	____:____	____:____	a ____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
04-____/____/____	____:____	____:____	a ____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
05-____/____/____	____:____	____:____	a ____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
06-____/____/____	____:____	____:____	a ____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
07-____/____/____	____:____	____:____	a ____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
08-____/____/____	____:____	____:____	a ____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
09-____/____/____	____:____	____:____	a ____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
10-____/____/____	____:____	____:____	a ____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____

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

Procedimentos e Exames Realizados (continuação)

[illegible]

Identificação da Equipe (Continuação)

[illegible]