



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 339270	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-											
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

