# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS: 411264

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

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

**Dados do Contratado Executante**

13 - Código na Operadora / CNPJ

14 - Nome do Contratado

15- Código CNES

16-T.L.

17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento

20 - Município

21 - UF

22 - Cód. IBGE

23- CEP

**Dados da Internação**

24 - Caráter da Internação: |__| E - Eletiva U - Urgência/Emergência

25 - Tipo Acomodação Autorizada: |__|__|

26 - Data/Hora da Internação: |__|__| / |__|__| / |__|__| |__|__|:|__|__|

27 - Data/Hora da Saída Internação: |__|__| / |__|__| / |__|__| |__|__|:|__|__|

28 - Tipo Internação: |__| **1**-Clínica **2**-Cirurgica **3**-Obstétrica **4**-Pediátrica **5**-Psiquiátrica

29 - Regime de Internação: |__| **1** - Hospitalar **2** - Hospital-dia **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: |__| **1**- Grávida **2** - até 42 dias após término gestação **3** - de 43 dias a 12 meses após término gestação

32 - Se óbito neonatal: |__| - Qtde. óbito neonatal precoce |__| - 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 Saída da Internação**

37-CID 10 Principal: |__|__|__|__|

38 - CID 10 (2): |__|__|__|__|

39 - CID 10 (3): |__|__|__|__|

40 - CID 10 (4): |__|__|__|__|

41 - Indicador de Acidente: |__| **0**-Acidente ou doença relacionado ao trabalho **1**-Trânsito **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$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | |__|__|/|__|__|/|__|__| | |__|__|:|__|__| | a |__|__|:|__|__| | |__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | | | | | | | |__|__|,|__|__| | |__|__|__|__|__|__|,|__|__| | |__|__|__|__|__|__|,|__|__| |
| 2- | |__|__|/|__|__|/|__|__| | |__|__|:|__|__| | a |__|__|:|__|__| | |__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | | | | | | | |__|__|,|__|__| | |__|__|__|__|__|__|,|__|__| | |__|__|__|__|__|__|,|__|__| |
| 3- | |__|__|/|__|__|/|__|__| | |__|__|:|__|__| | a |__|__|:|__|__| | |__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | | | | | | | |__|__|,|__|__| | |__|__|__|__|__|__|,|__|__| | |__|__|__|__|__|__|,|__|__| |
| 4- | |__|__|/|__|__|/|__|__| | |__|__|:|__|__| | a |__|__|:|__|__| | |__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | | | | | | | |__|__|,|__|__| | |__|__|__|__|__|__|,|__|__| | |__|__|__|__|__|__|,|__|__| |
| 5- | |__|__|/|__|__|/|__|__| | |__|__|:|__|__| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| |__|__| | |__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | | | | | |
| |__|__| | |__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | | | | | |
| |__|__| | |__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | | | | | |
| |__|__| | |__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | | | | | |
| |__|__| | |__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | | | | | |
| |__|__| | |__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | | | | | |

73 - Tipo Faturamento R$: |__| - Total |__| - 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: |__|__|/|__|__|/|__|__|