



# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

REGISTRO ANS <b>358126</b>	Nº. GUIA DE SOLICITAÇÃO	DATA DA AUTORIZAÇÃO __/__/__	SENHA	DATA DE VALIDADE DA SENHA __/__/__	DATA DE EMISSÃO DE GUIA __/__/__
-------------------------------	-------------------------	---------------------------------	-------	---------------------------------------	-------------------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO	
Nº. DA CARTEIRA _____	PLANO
VALIDADE DA CARTEIRA __/__/__	
NOME	Nº. DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE _____

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE					
CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ _____	NOME DO CONTRATADO	CÓDIGO CNES			
T.L.	LOGRADOURO - NÚMERO - COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	CÓD. IBGE	CEP

DADOS DE INTERNAÇÃO					
CARÁTER DA INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> E - ELETIVA <input type="checkbox"/> U - URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	TIPO DE ACOMODAÇÃO AUTORIZADA __	DATA / HORA DA INTERNAÇÃO __/__/__ :__:__	DATA / HORA DA SAÍDA INTERNAÇÃO __/__/__ :__:__	TIPO DE INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - CLÍNICA <input type="checkbox"/> 2 - CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> 3 - OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> 4 - PEDIÁTRICA <input type="checkbox"/> 5 - PSIQUIÁTRICA	REGIME DE INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - HOSPITALAR <input type="checkbox"/> 2 - HOSPITAL - DIA <input type="checkbox"/> 3 - DOMICILIAR

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

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	SE ÓBITO NEONATAL <input type="checkbox"/> QTDE. ÓBITO NEONATAL PRECOZE <input type="checkbox"/> QTDE. ÓBITO NEONATAL TARDIO	Nº. DECL. NASC. VIVOS	QTDE. NASC. VIVOS A TERMO __	QTDE. NASC. MORTOS __	QTDE. NASC. VIVOS PREMATURO __
--	---	-----------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

DADOS DA SAÍDA DA INTERNAÇÃO							
CID 10 PRINCIPAL _____	CID 10 (2) _____	CID 10 (3) _____	CID 10 (4) _____	INDICADOR DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> 0 - ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADO AO TRABALHO <input type="checkbox"/> 1 - TRÂNSITO <input type="checkbox"/> 2 - OUTROS	MOTIVO SAÍDA __	CID 10 ÓBITO _____	Nº. DECLARAÇÃO DO ÓBITO _____

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS											
DATA	HORA INICIAL	HORA FINAL	TABELA	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	QTDE.	VIA	TEC.	% RED. / ACRESC.	VALOR UNITÁRIO - R\$	VALOR TOTAL - R\$
1- __/__/__	__:__:__ a __:__:__			_____							
2- __/__/__	__:__:__ a __:__:__			_____							
3- __/__/__	__:__:__ a __:__:__			_____							
4- __/__/__	__:__:__ a __:__:__			_____							
5- __/__/__	__:__:__ a __:__:__			_____							

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE							
SEQ.REF	GR. PART.	CÓDIGO NA OPERADORA / CPF	NOME DO PROFISSIONAL	CONSELHO PROF.	Nº. CONSELHO	UF	CPF

TIPO FATURAMENTO R\$ <input type="checkbox"/> - TOTAL <input type="checkbox"/> - PARCIAL	TOTAL PROCEDIMENTOS R\$ _____	TOTAL DIÁRIAS R\$ _____	TOTAL TAXAS E ALUGUÉIS R\$ _____	TOTAL MATERIAIS R\$ _____	TOTAL MEDICAMENTOS R\$ _____	TOTAL GASES MEDICINAIS R\$ _____	TOTAL GERAL R\$ _____
---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

DATA E ASSINATURA DO CONTRATADO __/__/__ _____	DATA E ASSINATURA DO(S) AUDITOR(ES) DA OPERADORA __/__/__ _____
---	--

