

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--------------------------------|
| 1 - Registro ANS 31234-7 | 3 - Número da Guia de Solicitação de Internação _____ | | 2- N° Guia no Prestador: _____ |
|------------------------------------|--|--|--------------------------------|

| | | | |
|---|--------------------|---|---|
| 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