



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2-Nº **604307**

Avenida Indianópolis, 1597 - Indianópolis
CEP: 04063-003 - São Paulo/SP - Telefone: 55 11 3525-3600

1-Registro ANS 41449-2	3-Nº Guia de Solicitação	4-Data de 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 de Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	25-Tipo Acomodação Autorizada _ _ _	26-Data/Hora da Internação _/_/__/_/_/___	27-Data/Hora da Saída Internação _/_/__/_/_/___	28-Tipo Internação <input type="checkbox"/> 1-Clinica <input type="checkbox"/> 2-Cirurgia <input type="checkbox"/> 3-Obstétrica <input type="checkbox"/> 4-Pediátrica <input type="checkbox"/> 5-Psiquiátrica	29-Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1-Hospitalar <input type="checkbox"/> 2-Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3-Domiciliar

30-Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "x")

-Em gestação -Aborto -Transomo 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 <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	32-Se óbito neonatal <input type="checkbox"/> -Qtde. Óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> -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 <input type="checkbox"/> 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1-Trânsito <input type="checkbox"/> 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- _/_/__/_/_/___	_:__:__	__:__:__	_ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
2- _/_/__/_/_/___	_:__:__	__:__:__	_ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
3- _/_/__/_/_/___	_:__:__	__:__:__	_ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
4- _/_/__/_/_/___	_:__:__	__:__:__	_ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
5- _/_/__/_/_/___	_:__:__	__:__:__	_ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	

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 <input type="checkbox"/> -Total <input type="checkbox"/> -Parcial	74-Total Procedimento 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 _/_/__/_/_/___
--	---