



# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador \_\_\_\_\_

ANS - nº 331988

1 - Registro ANS \_\_\_\_\_ 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 - Número 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/ Acres	44-Valor Unitário (R\$)	45-Valor Total (R\$)
01- ____/____/____	____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
02- ____/____/____	____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
03- ____/____/____	____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
04- ____/____/____	____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
05- ____/____/____	____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
06- ____/____/____	____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
07- ____/____/____	____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

### 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 Taxas e 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 - Observação / Justificativa

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_