



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS
35.912-2

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-CID10 Principal (Opcional)

25-CID10(2) (Opcional)

26-CID10(3) (Opcional)

27-CID10 (4)(Opcional)

28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

29 - Motivo de Encerramento da Internação

30-Número da declaração de nascido vivo

31-CID10 Óbito(Opcional)

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