

## GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador \_\_\_\_\_

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-CID10Principal (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