

1 - Registro ANS 306754	3 - Nº Guia de Solicitação _____	4 - Data da 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 da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		25 - Tipo Acomodação Autorizada __	26 - Data/Hora da Internação __/__/__ __:__:__	27 - Data/Hora da Saida Internação __/__/__ __:__:__	28 - Tipo Internação <input type="checkbox"/> 1-Clínica <input type="checkbox"/> 2-Cirurgica <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")							
<input type="checkbox"/> -Em gestação <input type="checkbox"/> -Aborto <input type="checkbox"/> -Transtorno materno relacionado a gravidez <input type="checkbox"/> -Complic. Puerpério <input type="checkbox"/> -Atend. ao RN na sala de parto <input type="checkbox"/> -Complicação Neonatal <input type="checkbox"/> -Bx. Peso <2,5 Kg. <input type="checkbox"/> -Parto Cesáreo <input type="checkbox"/> -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 Saida _____	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 R\$ <input type="checkbox"/> - Total <input type="checkbox"/> - Parcial	74 - Total Procedimentos 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 __/__/__
---	--

