

1 - Registro ANS 319147	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 Saída Internação	28 - Tipo Internação <input type="checkbox"/> 1-Clinica <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")

-Em gestação -Aborto -Transtorno 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

1- Grávida 2 - até 42 dias após término gestação 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação

32 - Se óbito neonatal

- Qtde. óbito neonatal precoce - Qtde. óbito neonatal tardio

33 - Nº Decl. Nasc. Vivos

- 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 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\$
--	------------------------------	------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------

62-Data e Assinatura do Contratado

|_|/|_|/|_|

63-Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

|_|/|_|/|_|