



# 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-____/____/____	____:____:____ a ____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
02-____/____/____	____:____:____ a ____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
03-____/____/____	____:____:____ a ____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
04-____/____/____	____:____:____ a ____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
05-____/____/____	____:____:____ a ____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
06-____/____/____	____:____:____ a ____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
07-____/____/____	____:____:____ a ____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
08-____/____/____	____:____:____ a ____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
09-____/____/____	____:____:____ a ____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10-____/____/____	____:____:____ a ____:____:____	____:____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

### 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  
 \_\_\_\_\_

