SempreVida
ANS - nº 39239-1

# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

| 1 - Registro ANS | 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 | 25 - Tipo Acomodação Autorizada | 26 - Data/Hora da Internação | 27 - Data/Hora da Saída Internação | 28 - Tipo Internação | 29 - Regime de Internação |
|---|---|---|---|---|---|
| \|__\| E - Eletiva U - Urgência/Emergência | \|__\|__\| | \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\| **1**-Clínica **2**-Cirurgica **3**-Obstétrica **4**-Pediátrica **5**-Psiquiátrica | \|__\| **1** - Hospitalar **2** - Hospital-dia **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 | 32 - Se óbito neonatal | 33 - Nº Decl. Nasc. Vivos | 34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo | 35 - Qtde. Nasc. Mortos | 36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro |
|---|---|---|---|---|---|
| \|__\| **1**- Grávida **2** - até 42 dias após término gestação **3** - de 43 dias a 12 meses após término gestação | \|__\| - Qtde. óbito neonatal precoce \|__\| - Qtde. óbito neonatal tardio | | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\| |

**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 | 42 - Motivo Saída | 43 - CID 10 Óbito | 44 - Nº Declaração do Óbito |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | \|__\| **0**-Acidente ou doença relacionado ao trabalho **1**-Trânsito **2**-Outros | \|__\|__\| | | |

**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- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 2- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 3- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 4- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 5- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |

**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$ | 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$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| \|__\| - Total \|__\| - Parcial | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |

| 82-Data e Assinatura do Contratado | 83-Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora |
|---|---|
| \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| |