

| | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|---------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS 409634 | 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 <input type="checkbox"/> | 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") <input type="checkbox"/> -Em gestação <input type="checkbox"/> -Aborto <input type="checkbox"/> -Distúrbio 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 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-____/____/____ | ____:____ 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\$ <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 ____/____/____ |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|