

1 - Registro ANS ANS-nº 34.647-1	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 - CID 10 Principal _____	25 - CID 10 (2) _____	26 - CID 10 (3) _____	27 - CID 10 (4) _____	28-Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____	29 - Motivo de Encerramento da Internação _____	30-Número da declaração de nascido vivo _____	31 - CID 10 Óbito _____	32 - Número 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-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											
09-											
10-											

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 Taxas e 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

