

1 - Registro ANS 32186-9	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- Clínica <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"/> -Transtorno 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 ____/____/____
--	---

