

1 - Registro ANS 419133		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 ____/____/____													
66 - Nome Social _____															
10- Nome _____		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-____/____/____	____:____:____	____:____:____	____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____				
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 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 _____															