

| | | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------|---|--|--|
| 1 - REGISTRO ANS 34333-1 | 3 - Nº GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO | | | | |
| 4 - DATA DE 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 DE 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./ACRÉSC. | 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 PROF. | 51 - NÚMERO DO CONSELHO | 52 - UF | 53 - CÓDIGO CBO |
|---------------|-----------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 54 - TOTAL DE PROCEDIMENTOS (R\$) | 55 - TOTAL DIÁRIAS (R\$) | 56 - TOTAL DE TAXAS E ALUGUÉIS (R\$) | 57 - TOTAL MATERIAIS (R\$) | 58 - TOTAL DE OPME (R\$) | 59 - TOTAL DE MEDICAMENTOS (R\$) | 60 - TOTAL 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

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS (CONTINUAÇÃO)

| 34 - DATA | 35 - HORA INICIAL | 36 - HORA FINAL | 37-TABELA | 38 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO | 39 - DESCRIÇÃO | 40 - QTDE. | 41 - VIA | 42 - TÉC. | 43 -FATOR RED./ACRÉSC. | 44 - VALOR UNITÁRIO - R\$ | 45 - VALOR TOTAL - R\$ |
|-----------|-------------------|-----------------|-----------|-----------------------------|----------------|------------|----------|-----------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (CONTINUAÇÃO)

| 46 - SEQ.REF. | 47 - GR.PART. | 48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CPF | 49 - NOME DO PROFISSIONAL | 50 - CONSELHO PROF. | 51 - NÚMERO NO CONSELHO | 52 - UF | 53 - CÓDIGO CBO |
|---------------|---------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

65 - OBSERVAÇÃO / JUSTIFICATIVA