

1 - Registro ANS 37821-6	3 - Número da Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização / /	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha / /	7 - Data da 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 / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES			
16 - T. Log	17 - 18 - 19 - Logradouro - Nº - Complemento	20 - Município	21 - UF	22 - Código IBGE	23 - CEP

Dados da Internação

24 - Caráter da Internação E - Eletiva U - Urgência/Emergência	25 - Tipo Acomodação Autorizada	26 - Data/Hora da Internação / / : :	27 - Data/Hora Saída da Internação / / : :	28 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica	29 - Regime da Internação 1-Hospitalar 2-Hospital-dia 3-Domiciliar		
30 - Internação Obstétrica (selecione mais de 1, se necessário, com um x) <input type="checkbox"/> - Em gestação <input type="checkbox"/> - Aborto <input type="checkbox"/> - Transtorno materno relacionado à gravidez <input type="checkbox"/> - Complic. Puerpério <input type="checkbox"/> - Atend. RN na sl. de parto <input type="checkbox"/> - Complic. Neonatal <input type="checkbox"/> - Bx. Peso <2,5kg <input type="checkbox"/> - Parto Cesáreo <input type="checkbox"/> - Parto Normal							
31 - Se Óbito em Mulher 1 - Grávida 2 - Até 42 dias após término gestação 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação		32 - Se Óbito Neonatal -Qtde. óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> -Qtde. óbito neonatal tardio <input type="checkbox"/>		33 - Nº Decl. Nasc. Vivos	34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo	35 - Qtde. Nasc. Mortos	36-Qtde. Nasc. Vivos Prematuros <input type="checkbox"/>

Dados da Saída da Internação

37 - CID 10 Principal	38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	41 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros	42 - Motivo Saída	43 - CID Óbito	44 - Número da Declaração de Óbito
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------	---	-------------------	----------------	------------------------------------

Procedimentos e Exames Realizados (continua no verso)

45 - Data	46 - Hora Inicial	47 - Hora Final	48-Tab.49 - Código do Procedimento	50 - Descrição	51-Qt.	52-Via	53-Tec.	54-% Red./Acrésc.	55 - Valor Unitário - R\$	56 - Valor Total - R\$
1 - / /	: :	a : :								
2 - / /	: :	a : :								
3 - / /	: :	a : :								
4 - / /	: :	a : :								
5 - / /	: :	a : :								

Identificação da Equipe (continua no verso)

57-Seq. Ref.	58-Gr.Part.	59-Código na Operadora/CPF	60 - Nome do Profissional	61 - Cons. Prof.	62 - Nº Conselho	63 - UF	64 - CPF

73 - Tipo Faturamento R\$ T-Total P-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 / /			

