

1. Registro ANS  
33751-0

3. Nº Guia de Solicitação

4. Data da Autorização

5. Senha

6. Data Validade da Senha

7. Data de Emissão da Guia

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  
Eletiva U-Urgencial/Emergência

25. Tipo Acomodação Autorizada

26. Data / Hora da Internação

27. Data / Hora da Saída Internação

28. Tipo Internação  
1-Clinica 2-Cirurgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica

29. Regime de Internação  
1-Hospitalar 2-Hospital-Dia 3-Domiciliar

30. Internação Obstétrica (selecione mais de um se necessário com "X")  
Em gestação  Aborto  Transforno materno relacionado à gravidez  Complicação Puerpério  Atendimento ao RN na sala de parto  Complicação Neonatal  Bx. Peso < 2,5 Kg  Parto Cesáreo  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  
 Qlde. óbito neonatal precoce  Qlde. óbito neonatal tardio

33. Nº Decl. Nasc. Vivos

34. Qlde. Nasc. Vivos a Termo

35. Qlde. Nasc. Mortos

36. Qlde. 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  
 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho  1 - Trânsito  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. Qlde. 52.Via	53. Tec. 54. % Red./Agresc.	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 Profissional

62. Número Conselho

63. UF

64. CPF

73. Tipo Faturamento R\$	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\$
- Total							
- Parcial							

82. Data e Assinatura do Contratado

83. Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

