CNEN Comissão Nacional de Energia Nuclear

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

1 - Registro ANS | 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 |___| E - Eletiva U - Urgência/Emergência | 25 - Tipo Acomodação Autorizada |___|___| | 26 - Data/Hora da Internação |___|___| / |___|___| / |___|___| |___|___|:|___|___| | 27 - Data/Hora da Saída Internação |___|___| / |___|___| / |___|___| |___|___|:|___|___| | 28 - Tipo Internação |___| **1**-Clínica **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 |___|-Transtorno materno relacionado a gravidez |___|-Complic. Puerpério |___|-Atend. 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 |___| - Qtde. óbito neonatal precoce |___| - 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 |___| **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-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$ |___| - Total |___| - 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 |___|___|/|___|___|/|___|___|