

1 - Registro ANS		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		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 - 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-											

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

Procedimentos e Exames Realizados (continuação)

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\$)
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											
17-											
18-											
19-											
20-											
21-											
22-											
23-											
24-											

Identificação da Equipe (Continuação)

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

65 - Observação / Justificativa