Plamed
PRA TODA VIDA

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 3 4 3 4 6 3

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-	__/__/__	__:__ a	__:__									
02-	__/__/__	__:__ a	__:__									
03-	__/__/__	__:__ a	__:__									
04-	__/__/__	__:__ a	__:__									
05-	__/__/__	__:__ a	__:__									
06-	__/__/__	__:__ a	__:__									
07-	__/__/__	__:__ a	__:__									
08-	__/__/__	__:__ a	__:__									
09-	__/__/__	__:__ a	__:__									

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-	/ /	:	a :							,	,	,
12-	/ /	:	a :							,	,	,
13-	/ /	:	a :							,	,	,
14-	/ /	:	a :							,	,	,
15-	/ /	:	a :							,	,	,
16-	/ /	:	a :							,	,	,
17-	/ /	:	a :							,	,	,
18-	/ /	:	a :							,	,	,
19-	/ /	:	a :							,	,	,
20-	/ /	:	a :							,	,	,
21-	/ /	:	a :							,	,	,
22-	/ /	:	a :							,	,	,
23-	/ /	:	a :							,	,	,
24-	/ /	:	a :							,	,	,

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