

1 - Registro ANS 32186-9	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 (Opcional)	25 - CID 10 (2) (Opcional)	26 - CID 10 (3) (Opcional)	27 - CID 10 (4) (Opcional)	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 (Opcional)	32 - Número 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 -											
10 -											

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 Taxas e 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 de Assinatura do Contratado	63 - Assinatura do Contratado	64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
---------------------------------------	-------------------------------	--

65 - Observação/ Justificativa

