SAVISA
SÃO VICENTE SAÚDE

2- Nº Guia no Prestador

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação
_3__5__3__2__6__4_	

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 __:__									
10-	__/__/____	__:__	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