

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 ____/____/____		66 - Nome Social _____											
10 - Nome _____				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 - CID10 Principal (Opcional) _____	25 - CID10(2) (Opcional) _____	26 - CID10(3) (Opcional) _____	27 - CID10(4) (Opcional) _____	28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) ____	29 - Motivo de Encerramento da Internação ____	30 - Número da declaração de nascido vivo _____	31 - CID10 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 - Tec	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 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															