Unimed Goiânia

# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 3 8 2 8 7 6

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 - CID10Principal (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-Téc | 43 - Fator Red/Acresc | 44 - Valor Unitário ®$) | 45-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 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 da Assinatura do Contratado

63- Assinatura do Contratado

64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

65 – Observações / Justificativa