

1 - Registro ANS ANS Nº422053	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 - 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-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 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