CERON Eletrobrás

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº 000000040000

1 - Registro ANS 40.196-0

3 - Nº Guia de Solicitação

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Plano

10 - Validade da Carteira

11 - Nome

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora / CNPJ

14 - Nome do Contratado

11- Código CNES

16-T.L.

17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento

20 - Município

21 - UF

22 - Cód. IBGE

23- CEP

Dados da Internação

24 - Caráter da Internação
E - Eletiva U - Urgência/Emergência

25 - Tipo Acomodação Autorizada

26 - Data/Hora da Internação

27 - Data/Hora da Saída Internação

28 - Tipo Internação
1-Clínica **2**-Cirurgica **3**-Obstétrica **4**-Pediátrica **5**-Psiquiátrica

29 - Regime de Internação
1 - Hospitalar **2** - Hospital-dia **3** - Domiciliar

30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X")
-Em gestação -Aborto -Transtorno materno relacionado a gravidez -Complic. Puerpério -Atend. ao RN na sala de parto -Complicação Neonatal -Bx. Peso <2,5 Kg. -Parto Cesáreo -Parto Normal

31 - Se óbito em mulher
1- Grávida **2** - até 42 dias após término gestação **3** - de 43 dias a 12 meses após término gestação

32 - Se óbito neonatal
- Qtde. óbito neonatal precoce - Qtde. óbito neonatal tardio

33 - Nº Decl. Nasc. Vivos

34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo

35 - Qtde. Nasc. Mortos

36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro

Dados da Saída da Internação

37-CID 10 Principal

38 - CID 10 (2)

39 - CID 10 (3)

40 - CID 10 (4)

41 - Indicador de Acidente
0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho **1**-Trânsito **2**-Outros

42 - Motivo Saída

43 - CID 10 Óbito

44 - Nº Declaração do Óbito

Procedimentos e Exames Realizados

	45-Data	46-Hora Inicial	47-Hora Final	48-Tabela	49-Código do Procedimento	50-Descrição	51-Qtde.	52-Via	53-Tec.	54-% Red. / Acresc.	55-Valor Unitário - R$	56-Valor Total - R$
1-	/ /	:	: a								,	,
2-	/ /	:	: a								,	,
3-	/ /	:	: a								,	,
4-	/ /	:	: a								,	,
5-	/ /	:	: a								,	,

Identificação da Equipe

57-Seq.Ref	58-Gr.Part.	59-Código na Operadora/CPF	60-Nome do Profissional	61-Conselho Prof.	62-Número Conselho	63-UF	64-CPF

73 - Tipo Faturamento R$
- Total - Parcial

74 - Total Procedimentos R$

75 - Total Diárias R$

76 - Total Taxas e Aluguéis R$

77 - Total Materiais R$

78 - Total Medicamentos R$

79- Total Gases Medicinais R$

80 - Total Geral R$

82-Data e Assinatura do Contratado
/ /

83-Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
/ /