

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	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-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-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-											
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