

1 - Registro ANS 31556-7	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 FUNDAFFEMG - Saúde
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 _____	15 - 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 <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	25 - Tipo Acomodação Autorizada _____	26 - Data/Hora da Internação ____/____/____ ____:____	27 - Data/Hora da Saída Internação ____/____/____ ____:____	28 - Tipo Internação <input type="checkbox"/> 1-Clinica <input type="checkbox"/> 2-Cirurgica <input type="checkbox"/> 3-Obstétrica <input type="checkbox"/> 4-Pediátrica <input type="checkbox"/> 5-Psiquiátrica	29 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar
30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X") <input type="checkbox"/> -Em gestação <input type="checkbox"/> -Aborto <input type="checkbox"/> -Transorno materno relacionado a gravidez <input type="checkbox"/> -Complic. Puerpério <input type="checkbox"/> -Atend. ao RN na sala de parto <input type="checkbox"/> -Complicação Neonatal <input type="checkbox"/> -Bx. Peso <2,5 Kg. <input type="checkbox"/> -Parto Cesáreo <input type="checkbox"/> -Parto Normal					

31 - Se óbito em mulher <input type="checkbox"/> -1. Grávida <input type="checkbox"/> -2. até 42 dias após término gestação. <input type="checkbox"/> -3. de 43 dias a 12 meses após término gestação.	32 - Se óbito neonatal <input type="checkbox"/> - Qtde. óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> - 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 <input type="checkbox"/> -0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> -1-Trânsito <input type="checkbox"/> -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- ____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2- ____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3- ____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4- ____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5- ____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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\$ <input type="checkbox"/> - Total <input type="checkbox"/> - 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 ____/____/____
--	---

