

1- Registro ANS <b>36146-1</b>	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade de Senha ____/____/____	7 - Data da Emissão da Guia ____/____/____
-----------------------------------	----------------------------	---	-----------	--	---

Dados do Beneficiário		<h2>Celgmed</h2>	10 - Validade da Carteira ____/____/____
8 - Número da Carteira _____	9 - Plano		

11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____
-----------	--

Dados do Contratado Executante		15 - Código CNES
13 - Código na Operadora / CNPJ _____	14 - Nome do Contratado	

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 Saida Internação ____/____/____:____	28 - Tipo Internação 1-Clínica 2- Cirúrgica 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 -Distúrbio 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 <input type="checkbox"/> - Qtde. Óbito neonatal tardio <input type="checkbox"/>	33 - Nº Decl. Nasc. Vivos	34 - Qtde. Nasc. Vivos e Termo ____	35 - Qtde. Nasc. Mortos ____	36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro ____
---	--	---------------------------	--	---------------------------------	--

Dados da Saída 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 de 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 ____/____/____
--	---

