Garantia de Saúde

OPERADORA UNIESTE DE PLANOS DE SAÚDE

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

GRI

2- Nº

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
ANS - n.º 35451-1		/ /		/ /	/ /

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	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	25 - Tipo Acomodação Autorizada	26 - Data/Hora da Internação	27 - Data/Hora da Saída Internação	28 - Tipo Internação	29 - Regime de Internação
|___| **E** - Eletiva **U** - Urgência/Emergência	|___|___|	/ / ::	/ / ::	|___| **1**- Clínica **2**- Cirúrgica **3**- Obstétrica **4**- Pediátrica **5**- Psiquiátrica	|___| **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	32 - Se óbito neonatal	33 - Nº Decl. Nasc. Vivos	34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo	35 - Qtde. Nasc. Mortos	36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro
|___| **1**- Grávida **2**- até 42 dias após término gestação **3**- de 43 dias a 12 meses após término gestação	|___| - Qtde. óbito neonatal precoce |___| - Qtde. óbito neonatal tardio		|___|___|	|___|___|	|___|___|

Dados da Internação

37 - CID 10 Principal	38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	41 - Indicador de Acidente	42 - Motivo Saída	43 - CID 10 Óbito	44 - Nº Declaração de Óbito
				|___| **0** - Acidente ou doença relacionado ao trabalho **1** - Trânsito **2** - Outros	|___|___|		

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$	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$
|___| - Total |___| - Parcial							

82 - Data e Assinatura do Contratado	83 - Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
|___|___| / |___|___| / |___|___|	|___|___| / |___|___| / |___|___|

Procedimentos e Exames Realizados (Continuação)

	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$
6-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	___	__	__	___,__	_____,__	_____,__
7-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	___	__	__	___,__	_____,__	_____,__
8-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	___	__	__	___,__	_____,__	_____,__
9-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	___	__	__	___,__	_____,__	_____,__
10-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	___	__	__	___,__	_____,__	_____,__
11-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	___	__	__	___,__	_____,__	_____,__
12-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	___	__	__	___,__	_____,__	_____,__
13-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	___	__	__	___,__	_____,__	_____,__
14-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	___	__	__	___,__	_____,__	_____,__
15-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	___	__	__	___,__	_____,__	_____,__

Identificação da Equipe (Continuação)

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
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____

OPM Utilizados

	65 - Tabela	66 - Código do OPM	67 - Descrição OPM	68 - Qtde.	69 - Código de Barras	70 - Valor Unitário R$	71 - Valor Total R$
1-	__	_____	_____	__	_____	_____,__	_____,__
2-	__	_____	_____	__	_____	_____,__	_____,__
3-	__	_____	_____	__	_____	_____,__	_____,__
4-	__	_____	_____	__	_____	_____,__	_____,__
5-	__	_____	_____	__	_____	_____,__	_____,__

72 - Total Geral R$

_____,__

81 - Observação

GRI