



RESUMO DA INTERNAÇÃO

Tipo 11

2 - Número da Guia

USO GEAP

1 - Registro ANS 323080	3 - Número da Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Validade da Senha	7 - Data da Emissão da Guia
-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	-----------	-----------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO	
8 - Número da Carteira	9 - Plano
11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE					
13 - Código na Operadora/CNPJ		14 - Nome do Contratado		15 - Código CNES	
16 - Tipo do logradouro	17 - 18 - 19 - Logradouro - Número - Complemento		20 - Município	21 - UF	22 - Código IBGE do Município
			23 - CEP		

DADOS DA INTERNAÇÃO					
24 - Caráter da internação E - Eletivo U - Urgência/Emergência		25 - Tipo Acom Aut	26 - Data / Hora da Internação	27 - Data / Hora da Saída da Internação	28 - Tipo de Internação 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica
29 - Regime de Internação 1 - Hospital 2 - Hospital-Dia 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"/> Transtorno Materno Relacionado a Gravidez.	<input type="checkbox"/> Complicação no Puerpério	<input type="checkbox"/> Atendimento ao RN na Sala de Parto	<input type="checkbox"/> Complicação Neonatal
<input type="checkbox"/> Baixo Peso (<2,5 KG)		<input type="checkbox"/> Parto Cesário		<input type="checkbox"/> Parto Normal	
31 - Óbito em mulher 1 -Grávida 2 -Óbito até 42 dias após o término da gestação 3 -De 43 dias até 12 meses após o término da gestação					
<input type="checkbox"/> Quantidade de óbito neonatal precoce		<input type="checkbox"/> Quantidade de óbito neonatal tardio		33 - Nº Decl Nasc Vivos	34 - Qdte Nasc Vivos a Termo.
35 - Qdte. Nasc. Mortos		36 - Qdte. Nasc. Vivos Prematuros			

DADOS DA SAÍDA DA INTERNAÇÃO					
37 - CID principal	38 - CID (2)	39 - CID (3)	40 - CID (4)	41 - Indicador de Acidente 0 - Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Acidente de Trânsito 2 - Outros Acidentes	
			42 - Motivo Saída	43 - CID do Óbito	44 - Número da Declaração de Óbito

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS												
It.	45 - Data	46 - Hora Inicial	47 - Hora Final	48-Tabela	49 - Código do Procedimento	50 - Descrição	51 -Qtde.	52-Via Acesso	53-Tec Utiliz.	54 - % de Redução/ Acréscimo	55 - Valor Unitário R\$	56 - Valor Total R\$
1												
2												
3												
4												
5												

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE							
57-Seq. Ref.	58-Grau Part.	59 - Código na Operadora / CPF	60 - Nome do Profissional	61 - Conselho Profissional	62 - Número no Conselho	63 - UF	64 - CPF

73 - Tipo de Faturamento <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
--------------------------------------	---