

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 - CID 10 Principal  
 \_\_\_\_\_

25 - CID 10 (2)  
 \_\_\_\_\_

26 - CID 10 (3)  
 \_\_\_\_\_

27 - CID 10 (4)  
 \_\_\_\_\_

28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  
 \_\_\_\_\_

29 - Motivo de Encerramento da Internação  
 \_\_\_\_\_

30 - Número da declaração de nascido vivo  
 \_\_\_\_\_

31 - CID 10 Óbito  
 \_\_\_\_\_

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  
 \_\_\_\_\_



## Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação.	3	Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia de solicitação de Internação	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

## Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	9	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
Nome	10	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Atendimento a RN	12	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	13	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do contratado	14	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

## Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	15	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Caráter do Atendimento	16	Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	17	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Hora do início do faturamento	19	Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Data do fim do faturamento	20	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada

## Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Tipo de internação	22	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de Internação	23	Regime de internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
CID10 Principal	24	Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (2)	25	Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (3)	26	Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (4)	27	Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

## Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação de Acidente	28	Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Motivo de Encerramento da Internação	29	Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Número da Declaração de Nascido Vivo	30	Número da Declaração de Nascido Vivo	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
CID10 Óbito	31	Diagnóstico de óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Número da Declaração de Óbito	32	Número da Declaração de Óbito	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	Condicionado. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da mãe.

## Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador DO de RN	33	Indicador de declaração de óbito de recém-nato.	String	1		Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.	Condicional. Deve ser preenchido quando o campo Número da Declaração de Óbito for preenchido. Preencher com S - SIM caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N - Não caso a declaração de óbito informada seja da mãe.
Data	34	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	35	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora Final	36	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela	37	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento	38	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	39	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.



## Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde	40	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via	41	Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Téc	42	Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	43	Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.
Valor Unitário	44	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor Total	45	Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Seq. Ref	46	Sequencial de referência do procedimento realizado	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe

## Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau Part	47	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código na Operadora / CPF	48	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional	49	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Obrigatório.
Conselho Profissional	50	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	51	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	52	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório.
Código CBO	53	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Total de Procedimentos	54	Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.

## Legenda da Guia de Resumo de Internação

<b>Termo</b>	<b>Num. do Campo na guia</b>	<b>Nome do campo na guia</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tamanho</b>	<b>Formato</b>	<b>Descrição</b>	<b>Condição de Preenchimento</b>
Total de Diárias	55	Valor total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
Total de Taxas e Aluguéis	56	Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.
Total de Materiais	57	Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Total de OPME	58	Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes.
Total de Medicamentos	59	Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Total Gases Medicinais	60	Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Total Geral	61	Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Data da assinatura do contratado	62	Data da assinatura do prestador contratado	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	63	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

## Legenda da Guia de Resumo de Internação

<b>Termo</b>	<b>Num. do Campo na guia</b>	<b>Nome do campo na guia</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tamanho</b>	<b>Formato</b>	<b>Descrição</b>	<b>Condição de Preenchimento</b>
Assinatura do(s) auditor(es) da operadora	64	Assinatura do auditor da operadora				Assinatura do auditor da operadora	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria <i>in loco da operadora</i> .
Observação/Justificativa	65	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.