CAURN
CAIXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

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
314251	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|		|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|

Dados do Beneficiário

8 - Numero 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 - Código IBGE	23 - CEP

Dados da Internação

24 - Caráter da Internação	25 - Tipo acomodação autor.	26 - Data / Hora da Internação	27 - Data / Hora de saída Internação	28 - Tipo Internação	29 - Regime de Internação
|__| E-Eletiva U-Urgência/Emergência	|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__| |__|__|:|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__| |__|__|:|__|__|	|__| 1-Clinica 2-Cirurgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiatrica	|__| 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. Pesso < 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 prematuros
|__| 1-Grávida 2-até 42 dias após fim de gestação 3- de 43 dias a 12 meses após fim de gertação	|__| Qtde óbito neonatal precoce |__| Qtde óbito neonatal tardio		|__|__|	|__|__|	|__|__|

Dados de saída de internação

37 - CID10 Principal	38 - CID10 (2)	39 - CID10 (3)	40 - CID10 (4)	41 - Indicador de acidente	42 - Motivo Saída	43 - CID10 Óbito	44 - Nº Declaração do óbito
|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|	|__| 0-Acidente ou doença relacionada 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 - Téc.	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 Faturametno R$	74 - Total Procedimento 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 da Guia 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 - Téc.	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: