

2 - Nº Guia no Prestador: _____

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização / /	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha / /	Nº 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 - Nº da declaração de nascido vivo	31 - CID 10 Óbito	32 - Nº Declaração do 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-Tec.	43-Fator. Acresc.	Red	44-Valor Unitário - R\$	45-Valor Total - R\$
1 - / /	:	:										
2 - / /	:	:										
3 - / /	:	:										
4 - / /	:	:										
5 - / /	:	:										
6 - / /	:	:										
7 - / /	:	:										
8 - / /	:	:										
9 - / /	:	:										
10 - / /	:	:										
11 - / /	:	:										
12 - / /	:	:										
13 - / /	:	:										

Identificação da Equipe

46 - Seq.Ref	47 - Grau Part.	48 - Código na Operadora/CPF	49 - Nome do Profissional	50 - Conselho Prof.	51 - Número Conselho	52 - UF	53 - Código CBO

54 - Total Procedimentos R\$	55 - Total Diárias R\$	56 - Total Taxas e Aluguéis R\$	57 - Total Materiais R\$	58 - Total de OPME R\$	59 - Total Medicamentos R\$	60- Total Gases Medicinais R\$	61 - Total Geral R\$
------------------------------	------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------

62-Data e Assinatura do Contratado
/ /

_____ 63 - Assinatura do Contratado

_____ 64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

65 - Observações / Justificativas

Procedimentos e Exames Realizados (Continuação)

34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Tec.	43-Fator. Acresc.	Red	44-Valor Unitário - R\$	45-Valor Total - R\$
13 - / /	:	:										
14 - / /	:	:										
15 - / /	:	:										
16 - / /	:	:										
17 - / /	:	:										
18 - / /	:	:										
19 - / /	:	:										
20 - / /	:	:										
21 - / /	:	:										
22 - / /	:	:										
23 - / /	:	:										

Identificação da Equipe

46 - Seq.Ref	47 - Grau Part.	48 - Código na Operadora/CPF	49 - Nome do Profissional	50 - Conselho Prof.	51 - Número Conselho	52 - UF	53 - Código CBO

65 - Observações / Justificativas

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO**1 OBJETIVO**

1.1 Finalizar o faturamento da internação.

2 NORMA**2.1 GESTOR**

2.1.1 GESAD – GN Saúde Caixa.

2.2 VINCULAÇÃO

2.2.1 Manual Normativo: [RH166](#).

2.3 DISPONIBILIZAÇÃO DO MODELO

2.3.1 Formulário Eletrônico disponível:
- por meio de *download* clicando no *link*: [MO21203009](#).

2.3.2 Modelo Gráfico disponível:
- por solicitação à GILOG, através do SIMAC opção 4.20 da Rede Caixa, sendo que a gestão do estoque também é feita por meio do SIMAC - Sistema de Material de Consumo.

2.4 QUANTIDADE E DESTINAÇÃO DE VIAS

2.4.1 O modelo é preenchido em 1 via pelo prestador de serviço do Saúde CAIXA.

2.5 UNIDADES QUE UTILIZARÃO O MODELO

2.5.1 CESAD.

2.6 MODELO A SER SUBSTITUÍDO

2.6.1 MO21203 v008, de imediato.

2.7 PRAZO DE ARQUIVAMENTO

2.7.1 O modelo é arquivado por 5 anos na CESAD.

2.8 GRAU DE SIGILO

2.8.1 #Público.

2.8.2 Por se tratar de modelo no padrão definido pela ANS (Agência Nacional de Saúde) o formulário deste MO não contém o campo "Grau de sigilo".

2.9 ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR

2.9.1 Alteração dos mandatos das unidades conforme publicação da nova versão do [OR005](#).

2.10 ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA**2.10.1 MODELO ELETRÔNICO**

2.10.1.1 Impressão/Tipo de papel: anterior e posterior ao preenchimento, em papel A4 - mod. 71.139.

2.10.1.2 Formato do modelo: 297 mm (largura) x 210 mm (altura).

2.10.2 MODELO GRÁFICO

2.10.2.1 Tipo de modelo: formulário plano.

2.10.2.2 Formato de produção: 297mm (largura) x 210mm (altura).

- 2.10.2.3 Vias/Papel/Cor/Gramatura: apergaminhado ou similar, cor branca, de 90 g/m².
- 2.10.2.4 Impressão: Impressão: tipo “offset”, frente e verso, em preto 100% para fios, quadros, textos à exceção dos detalhes rachurados reticulados a 20% do preto.
- 2.10.2.4.1 Impressão da logo do SAÚDE CAIXA: em azul (Pantone 293 U) 100% para a palavra “CAIXA”, à exceção do detalhe do “x”, reticulado a 40% do azul (Pantone 293 U).
- 2.10.2.5 Tipografias: Swis721 Md BT e Arial Narrow.
- 2.10.2.6 Unidade considerada para suprimento: bloco com 25 jogos.
- 2.10.2.7 Acondicionamento: pacote com 2 blocos.
- 2.10.2.8 Quantidade para a primeira impressão: 3000 blocos.
- 2.10.2.9 Local de entrega: CESAD, conforme solicitação via SIMAC.

3 PROCEDIMENTOS

3.1 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- 3.1.1 Os campos do modelo são autoexplicativos.