

1 - Registro AMB	2 - Nº Guia de Solicitação	3 - Data de Admissão	4 - Centro	5 - Data Faltante de Consulta	6 - Data de Encerramento da Guia
		____/____/____		____/____/____	____/____/____

Dados do Beneficiário	
8 - Número do Cartão	9 - Plano
____/____/____	____/____/____

11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
	____/____/____

Dados do Contratado Insurador		
13 - Código do Operadora (CNPJ)	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNIS
____/____/____		

16 - TL	17 - RUA - Logradouro - Número - Complemento	18 - Município	19 - UF	20 - Cep (BCE)	21 - CEP

Dados de Internação					
22 - Caracter de Internação	23 - Tipo Acomodação Autorizada	24 - Duração da Internação	25 - Data Hora de Início Internação	26 - Tipo Internação	27 - Registro de Internação
<input type="checkbox"/> E - Eletivo <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Grupos <input type="checkbox"/> 3 - Obstetrícia <input type="checkbox"/> 4 - Patologia <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiatria	<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Consultar

28 - Internação Obstétrica - (cada caso mais de um se necessário com "X")					
<input type="checkbox"/> Em gestação <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Tratamento materno selecionado a gravidez <input type="checkbox"/> Complic. Parto <input type="checkbox"/> Atend. de RR na sala de parto <input type="checkbox"/> Complicação Neonatal <input type="checkbox"/> Bx. Peso <2,5 Kg. <input type="checkbox"/> Parto Cesáreo <input type="checkbox"/> Parto Normal					

29 - Se é do sexo feminino		30 - Se é do sexo masculino		31 - Nº Bed. Hosp. Inss		32 - Qtd. Hosp. Inss a Termo		33 - Qtd. Hosp. Mortar		34 - Qtd. Hosp. Hosp. Internatário	
<input type="checkbox"/> 1 - Grávida <input type="checkbox"/> 2 - até 42 dias após término gestação <input type="checkbox"/> 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação		<input type="checkbox"/> 1 - Qtd. Hosp. neonata/pessoa <input type="checkbox"/> 2 - Qtd. Hosp. neonata/infância									

Dados de Saúde da Internação									
35 - CID Principal	36 - CID Secund	37 - CID Terc	38 - CID Qu	39 - Indicador de Acidente	40 - Motivo Saúde	41 - CID 10	42 - Nº Declaração do Médico		
____/____	____/____	____/____	____/____	<input type="checkbox"/> 1 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 2 - Não	____/____	____/____	____/____		

Procedimentos e Exames Realizados											
43 - Data	44 - Hora Inicial	45 - Hora Final	46 - Categoria	47 - Código do Procedimento	48 - Descrição	49 - Qtd.	50 - Dia	51 - Sex.	52 - % Rec./Acomod.	53 - Valor Unitário - R\$	54 - Valor Total - R\$
1- ____/____/____	____:____	____:____									
2- ____/____/____	____:____	____:____									
3- ____/____/____	____:____	____:____									
4- ____/____/____	____:____	____:____									
5- ____/____/____	____:____	____:____									

Identificação da Equipe							
55 - Seq. Serv	56 - Nr. Part.	57 - Código do Operador (CPF)	58 - Nome do Profissional	59 - Conselho Prof.	60 - Número Conselho	61 - UF	62 - CPF

63 - Tipo Paciente (R)	64 - Total Procedimentos (R)	65 - Total Médicos (R)	66 - Total Taxas e Aluguéis (R)	67 - Total Materiais (R)	68 - Total Medicamentos (R)	69 - Total Custos Médicos (R)	70 - Total Geral (R)
<input type="checkbox"/> - Total <input type="checkbox"/> - Parcial							

82 - Data de Assinatura do Contratado	83 - Data e Assinatura do(s) Autor(es) de Operação
____/____/____	____/____/____

