

CABEÇALHO												
01- Conta Hospitalar nº :								USO EXCLUSIVO DA PMMG				
								Nº do Lote: _____				
								Mês/Ano: _____				
02- CNPJ do Credenciado				03- Nome do contratado				04- Data da Emissão				
05- Nº do cartão do paciente				06- Nome do paciente								
DADOS DO ATENDIMENTO												
09- Data da Admissão		10- Tipo		1- Int.		11- Diagnóstico principal						
				2- Amb.								
12- Data da alta		13- Tipo de alta :		14- Proc. Principal				15- CID		16- Especialidade		
SERVIÇOS HOSPITALARES												
17-Tipo diária		18-Valor apresentado		19-Valor Aprovado		20-Data da entrada		21-Nº dias		22. Cod. Glosa	23. Cod. Rateio	
Total		24-		25-		26-		27-				
TAXAS DE SALA												
28-item	ATO			29-Data	30-Porte Apre	31-Porte provado	32- Cód.glosa	33- Cód. rateio				
Total												
PROCEDIMENTOS HOSPITALARES												
TIPO	DESCRIÇÃO			34- Valores apresentados		35- Valores aprovados		36- Cód. glosa	37- Cód. rateio			
06	Taxas de sala c/ porte											
07	Material/Medicamento											
08	Hemoderivados											
09	S.A.D.T											
10	Gasoterapia											
11	Serviços e Taxas											
12	Insumos											
13	O.P.M.E											
14	Assistência Especial											
15	Outros											
Total												
Total de serviços hospitalares apresentados												
Total de serviços hospitalares aprovados												
SERVIÇOS PROFISSIONAIS												
Item	40- Tipo Fatura	41-Código de Honorários	42-cod. atuação	43-CPF/CNPJ		44- Qtd atos	45- Data ato	46- Quant. US	47-Valor Apresen.	48-Valor aprovado	49-Cód. Glosa	50-Cód. Rateio
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
Total												

VALOR APROVADO:**VALOR APRESENTADO:**