

Saúde



1-Registro ANS 2-Nº Guia de Solicitação de Internação

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

3-Código na Operadora 4-Nome do Contratado 5-Código CNES

DESPESAS REALIZADAS

6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red./Acresc	15-Valor Unitário – R	16-Valor Total – R
01-_____	____/____/____	__:__:a__:	__:	____	_____	____.	_____	____.	_____.	_____.
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do Material no Fabricante			19-Nº Autorização de Funcionamento					
_____		_____			_____					
20-Descrição										

02-_____	____/____/____	__:__:a__:	__:	____	_____	____.	_____	____.	_____.	_____.
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do Material no Fabricante			19-Nº Autorização de Funcionamento					
_____		_____			_____					
20-Descrição										

03-_____	____/____/____	__:__:a__:	__:	____	_____	____.	_____	____.	_____.	_____.
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do Material no Fabricante			19-Nº Autorização de Funcionamento					
_____		_____			_____					
20-Descrição										

04-_____	____/____/____	__:__:a__:	__:	____	_____	____.	_____	____.	_____.	_____.
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do Material no Fabricante			19-Nº Autorização de Funcionamento					
_____		_____			_____					
20-Descrição										

05-_____	____/____/____	__:__:a__:	__:	____	_____	____.	_____	____.	_____.	_____.
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do Material no Fabricante			19-Nº Autorização de Funcionamento					
_____		_____			_____					
20-Descrição										

06-_____	____/____/____	__:__:a__:	__:	____	_____	____.	_____	____.	_____.	_____.
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do Material no Fabricante			19-Nº Autorização de Funcionamento					
_____		_____			_____					
20-Descrição										

* Campos brancos preenchimento obrigatório.

6-CD	7-Data	1-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14- Fator Red. /Acresc	15-Valor Unitário – R	16-Valor Total – R
07-	___/___/_____	__:__Ja__:__	__	__	_____	____._____	_____	____.____	_____._____	_____._____
17-Registro ANVISA do Material _____		18-Referência do Material no Fabricante _____				19-Nº Autorização de Funcionamento _____				
20-Descrição _____										
08-	___/___/_____	__:__Ja__:__	__	__	_____	____._____	_____	____.____	_____._____	_____._____
17-Registro ANVISA do Material _____		18-Referência do Material no Fabricante _____				19-Nº Autorização de Funcionamento _____				
20-Descrição _____										
09-	___/___/_____	__:__Ja__:__	__	__	_____	____._____	_____	____.____	_____._____	_____._____
17-Registro ANVISA do Material _____		18-Referência do Material no Fabricante _____				19-Nº Autorização de Funcionamento _____				
20-Descrição _____										
10-	___/___/_____	__:__Ja__:__	__	__	_____	____._____	_____	____.____	_____._____	_____._____
17-Registro ANVISA do Material _____		18-Referência do Material no Fabricante _____				19-Nº Autorização de Funcionamento _____				
20-Descrição _____										
09-	___/___/_____	__:__Ja__:__	__	__	_____	____._____	_____	____.____	_____._____	_____._____
17-Registro ANVISA do Material _____		18-Referência do Material no Fabricante _____				19-Nº Autorização de Funcionamento _____				
20-Descrição _____										
10-	___/___/_____	__:__Ja__:__	__	__	_____	____._____	_____	____.____	_____._____	_____._____
17-Registro ANVISA do Material _____		18-Referência do Material no Fabricante _____				19-Nº Autorização de Funcionamento _____				
20-Descrição _____										

21-Total de Gases Medicinais (R\$)	22-Total de Medicamentos (R\$)	23-Total de Materiais (R\$)	24-Total de OPME (R\$)	25-Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26-Total de Diárias (R\$)	27-Total Geral (R\$)
_____._____	_____._____	_____._____	_____._____	_____._____	_____._____	_____._____

* Campos brancos preenchimento obrigatório.