

| | |
|--|---|
| 1- REGISTRO ANS <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">ANS- n.º 00058-2</div> | 2- NÚMERO DA GUIA REFERENCIADA <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div> |
|--|---|

| DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE | | | |
|---|--|--|--|
| 3- CÓDIGO NA OPERADORA <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div> | 4- NOME DO CONTRATADO <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div> | 5 - CÓDIGO CNES <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div> | |

| 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\$ |
| 17- Registro ANVISA do Material | | 18- Referência do Material no Fabricante | | | | 19- N° Autorização de Funcionamento | | | | |
| 1- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| 20 - Descrição | | | | | | | | | | |
| 2- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| 20 - Descrição | | | | | | | | | | |
| 3- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| 20 - Descrição | | | | | | | | | | |
| 4- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| 20 - Descrição | | | | | | | | | | |
| 5- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| 20 - Descrição | | | | | | | | | | |
| 6- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| 20 - Descrição | | | | | | | | | | |
| 7- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| 20 - Descrição | | | | | | | | | | |
| 8- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| 20 - Descrição | | | | | | | | | | |
| 9- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| 20 - Descrição | | | | | | | | | | |
| 10- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| 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\$) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |