

1- Registro ANS 41850-1	3- Nº Guia de Solicitação de Internação	4- Senha	5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
----------------------------	---	----------	---

**Dados do Beneficiário**

6- Número da Carteira	7- Nome	8 - Atendimento a RN
-----------------------	---------	----------------------

**Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)**

9- Código na Operadora	10- Nome do Hospital/Local	11- Código CNES
------------------------	----------------------------	-----------------

**Dado do Contratado executante**

12- Código na Operadora	13- Nome do Contratado	14- Código CNES
-------------------------	------------------------	-----------------

**Dados da internação**

15 - Data do Início do Faturamento	16 - Data do Fim do Faturamento
------------------------------------	---------------------------------

**Procedimentos Realizados**

17- Data	18- Hora Inicial	19- Hora Final	20- Tabela	21- Cód. do Procedimento	22- Descrição	23- Qtde	24- Via	25- tec.	26- Fator Red /Acresc.	27- Valor Unitário -R\$	28- Valor Total -R\$
1- / /	: a	:	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2- / /	: a	:	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3- / /	: a	:	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4- / /	: a	:	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5- / /	: a	:	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6- / /	: a	:	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7- / /	: a	:	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8- / /	: a	:	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9- / /	: a	:	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10- / /	: a	:	—	—	—	—	—	—	—	—	—

**Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)**

29 - Seq.Ref	30 - Grau Part.	31-Código na Operadora/CPF	32 - Nome do Profissional	33 - Conselho Profissional	34 - Número no Conselho	35 - UF	36 - Código CBO
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—

37- Observação / Justificativa

38- Valor total dos honorários

39 - Data de emissão	40 - Assinatura do Profissional Executante
----------------------	--