

Logo da Empresa

## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2 - Número da Guia Referenciada  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Dados do Contratado Executante**

3 - Código na Operadora  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4 - Nome do Contratado  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5 - Código CNES  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Despesas Realizadas**

6-CD 17-Registro ANVISA do Material	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final 18-Referência do material no fabricante	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14- Fator Red. / Acresc	15-Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$
01-		:	a     :							
20-Descrição _____										
02-		:	a     :							
20-Descrição _____										
03-		:	a     :							
20-Descrição _____										
04-		:	a     :							
20-Descrição _____										
05-		:	a     :							
20-Descrição _____										
06-		:	a     :							
20-Descrição _____										
07-		:	a     :							
20-Descrição _____										
08-		:	a     :							
20-Descrição _____										
09-		:	a     :							
20-Descrição _____										
10-		:	a     :							
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\$)  
 \_\_\_\_\_

## Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia referenciada	2	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual esse anexo está vinculado.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	3	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	4	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	5	Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Código da despesa	6	CD	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data de realização	7	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	8	Hora inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final da realização do procedimento	9	Hora final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

### Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	10	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do item assistencial utilizado	11	Código do item	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Quantidade do item assistencial utilizado	12	Qtde	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Unidade de Medida	13	Unidade de medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Fator de redução ou acréscimo	14	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1.00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	15	Valor unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.
Valor total dos itens assistenciais utilizados	16	Valor total	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.

### Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	18	Referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	19	Nº autorização de funcionamento da empresa	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Descrição do item assistencial utilizado	20	Descrição	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Valor total de gases medicinais	21	Total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero).
Valor total de medicamentos	22	Total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Obrigatório. Caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero).
Valor total de materiais	23	Total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

### Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de OPME	24	Total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das OPMEs, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja órtese, prótese ou material especial cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Valor total de taxas e aluguéis	25	Total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Obrigatório. Caso não haja taxas ou aluguéis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Valor total de diárias	26	Total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Obrigatório. Caso não haja diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Valor do total geral	27	Total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.