

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                           | 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-Nº Autorização de Funcionamento | 28-Centro de Consumo |                          |                         |                      |
| 01-                            |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
|                                |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 20-Descrição                   |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 02-                            |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
|                                |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 20-Descrição                   |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 03-                            |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
|                                |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 20-Descrição                   |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 04-                            |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
|                                |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 20-Descrição                   |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 05-                            |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
|                                |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 20-Descrição                   |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 06-                            |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
|                                |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 20-Descrição                   |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 07-                            |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
|                                |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 20-Descrição                   |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 08-                            |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
|                                |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 20-Descrição                   |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 09-                            |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
|                                |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 20-Descrição                   |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 10-                            |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
|                                |                                         |                |              |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |
| 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 na operadora         | 3                     | Código do contratado executante na operadora                           | String | 14      |          | Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.        | Obrigatório.                                                                                    |
| Nome do contratado          | 4                     | Nome do contratado executante                                          | String | 70      |          | Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.             | Obrigatório.                                                                                    |
| Código CNES                 | 5                     | Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante | 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.  |
| CD                          | 6                     | Código da despesa                                                      | String | 2       |          | Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.                                                  | Obrigatório.                                                                                    |
| Data                        | 7                     | Data de realização                                                     | Date   | 8       | DDMMAAAA | Data de realização da despesa                                                                                     | Obrigatório.                                                                                    |
| Hora inicial                | 8                     | Hora inicial da realização do procedimento                             | 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                  | 9                     | Hora final da realização do procedimento                               | 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

| <b>Termo</b>       | <b>Num. do Campo na guia</b> | <b>Nome do campo na guia</b>                                            | <b>Tipo</b> | <b>Tamanho</b> | <b>Formato</b> | <b>Descrição</b>                                                                                                                                   | <b>Condição de Preenchimento</b>                                                                                                    |
|--------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tabela             | 10                           | Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado     | 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     | 11                           | Código do item assistencial utilizado                                   | String      | 10             |                | Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada                                                                     | Obrigatório.                                                                                                                        |
| Qtde               | 12                           | Quantidade do item assistencial utilizado                               | Numérico    | 5,4            |                | 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 Red / Acrésc | 14                           | Fator de redução ou acréscimo                                           | 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     | 15                           | Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado | Numérico    | 8,2            |                | 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        | 16                           | Valor total dos itens assistenciais utilizados                          | Numérico    | 8,2            |                | 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

| <b>Termo</b>                               | <b>Num. do Campo na guia</b> | <b>Nome do campo na guia</b>                                                             | <b>Tipo</b> | <b>Tamanho</b> | <b>Formato</b> | <b>Descrição</b>                                                                                            | <b>Condição de Preenchimento</b>                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. |
| Referência do material no fabricante       | 18                           | Código de 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.    |
| Nº autorização de funcionamento da empresa | 19                           | Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado | 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                                  | 20                           | Descrição do item assistencial utilizado                                                 | String      | 150            |                | Descrição do item assistencial utilizado                                                                    | Obrigatório.                                                                                                                                                            |
| Centro de Consumo                          | 28                           | Centro de Consumo                                                                        | String      | 2              |                | Centro de Consumo onde o material ou medicamento foi utilizado conforme tabela de domínio nº 82             | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de material ou medicamentos em internação.                                                                                    |
| Total de gases medicinais                  | 21                           | Valor 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).                                                                      |
| Total de medicamentos                      | 22                           | Valor total de medicamentos                                                              | Numérico    | 8,2            |                |                                                                                                             | Obrigatório. Caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero).                                                                          |

### Legenda do Anexo de Outras Despesas

| <b>Termo</b>              | <b>Num. do Campo na guia</b> | <b>Nome do campo na guia</b>    | <b>Tipo</b> | <b>Tamanho</b> | <b>Formato</b> | <b>Descrição</b>                                                                                    | <b>Condição de Preenchimento</b>                                                                                                    |
|---------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------|----------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Total de materiais        | 23                           | Valor total de materiais        | Numérico    |                |                | 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).                                         |
| Total de OPME             | 24                           | Valor 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).              |
| Total de taxas e aluguéis | 25                           | Valor 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).                                 |
| Total de diárias          | 26                           | Valor 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).                                           |
| Total geral               | 27                           | Valor do 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. |