



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 | |
| 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\$)
