



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS
3 2 6 3 0 5

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 - N° Autorização de Funcionamento			
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\$)