

02 - Número da Guia Referenciada - Número da guia à qual o anexo está vinculado. *Preencher o número que identifica a guia principal a qual está vinculado.* - Obrigatório

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

03 - Código na Operadora - Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. *Preencher o CNPJ do prestador executante.* - Obrigatório

04 - Nome do Contratado - Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento. - Obrigatório

05 - Código CNES - Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS). *Preencher o código do CNES do prestador. Caso não possua o código preencher 9999999.* - Obrigatório

DESPESAS REALIZADAS

06 - CD - Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25. *Utilizar código "1" para termo Gases medicinais, "2" para termo Medicamentos, "3" para termo Materiais, "5" para termo Diárias, "7" para termo Taxas e aluguéis ou "8" para termo OPME.* - Obrigatório

07 - Data - Data de realização da despesa. - *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, da realização da despesa.* - Obrigatório

08 - Hora Inicial - Horário inicial da realização da despesa. *Preencher a hora e minuto, no formato HH: MM, representando a hora de início da realização da despesa; no caso do item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.* - Condicionado

09 - Hora Final - Horário final da realização da despesa. *Preencher a hora e minuto, no formato HH: MM, representando a hora de término da realização da despesa; no caso do item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.* - Condicionado

10 - Tabela - Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87. - Obrigatório

11 - Código do Item - Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada. - Obrigatório

12 - Qtde. - Quantidade realizada da despesa apresentada. - Obrigatório

13 - Unidade de Medida - Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60. *Preencher o código correspondente quando o item cobrado possuir unidade de medida.* - Condicionado

14 - Fator Red. / Acrésc - Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado. *Preencher conforme condição da descrição, preenchendo com 1,00 não havendo redução ou acréscimo no valor do procedimento* - Obrigatório

15 - Valor Unitário - Valor unitário do item assistencial realizado. *Preencher com zero não havendo valor definido previamente por força contratual.* - Obrigatório

16 - Valor Total - Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo. *Preencher o valor total conforme condição da descrição; preenchendo com zero não havendo valor definido previamente por força contratual* - Obrigatório

17 - Registro ANVISA do material - Número de registro do material na ANVISA. - *Preencher o código de registro do material havendo cobrança de órteses, próteses e materiais especiais ainda não cadastrados na TUSS.* - Condicionado

18 - Referência do material no fabricante - Código de referência do material no fabricante. *Preencher o código de referência do material havendo cobrança de órteses, próteses e materiais especiais ainda não cadastrados na TUSS.* - Condicionado

19 - Nº Autorização de Funcionamento - Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado. *Preencher em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.* - Condicionado

20 - Descrição - Descrição do item assistencial utilizado. - Obrigatório

21 - Total de Gases Medicinais - Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados. *Preencher o valor conforme a condição da descrição. Caso não haja gases medicinais cobrados, preencher com zero.* - Obrigatório

22 - Total de Medicamentos - Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado. *Preencher o valor conforme a condição da descrição. Caso não haja medicamentos cobrados, preencher com zero.* - Obrigatório

23 - Total de Materiais - Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada. *Preencher o valor conforme a condição da descrição. Caso não haja materiais cobrados, preencher com zero.* - Obrigatório

24 - Total de OPME - Valor total de OPMEs, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada. *Preencher o valor conforme a condição da descrição. Caso não haja órtese, prótese ou material especial cobrado, preencher com zero.* - Obrigatório

25 - Total de Taxas e Aluguéis - Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados. *Preencher o valor conforme a condição da descrição. Caso não haja taxas ou aluguéis cobrados, preencher com zero.* - Obrigatório

26 - Total de Diárias - Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas. *Preencher o valor conforme a condição da descrição. Caso não haja diárias cobradas, preencher com zero.* - Obrigatório

27 - Total Geral - Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados. *Preencher o valor total conforme condição da descrição; preenchendo com zero não havendo valor definido previamente por força contratual* - Obrigatório