



<b>Termo</b>	<b>Num. do Campo na guia</b>	<b>Nome do campo na guia</b>	<b>Descrição</b>	<b>Condição de Preenchimento</b>
Registro ANS	1	Registro ANS	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	Número da guia à qual esse anexo está vinculado.	Obrigatório.
Código na operadora	3	Código do contratado executante na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	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	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	Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data	7	Data de realização	Data de realização da despesa	Obrigatório.

Hora inicial	8	Hora inicial da realização do procedimento	Horário inicial da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final	9	Hora final da realização do procedimento	Horário final da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Tabela	10	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	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	Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Qtde	12	Quantidade do item assistencial utilizado	Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Unidade de medida	13	Unidade de Medida	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	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	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	Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório.
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	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	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.	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	Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Total de gases medicinais	21	Valor total de gases medicinais	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	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).
Total de materiais	23	Valor total de materiais	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	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	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	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	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.