



Planos de Saúde

Rua Dona Anita Mayer, 131/139 - Botafogo  
CEP 13.020-350 - Campinas/SP  
e-mail: coopus@coopus.com.br  
Fone: 0800 940 9707 - SAC

### ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS  
**ANS - nº 41916-8**

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- _____	____/____/____	____:____:____ 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\$)  
\_\_\_\_\_