

CARTILHA TISS 3.04.00

1. Divulgação 03.04.00 – Unimed Recife/ANS

2. Material TISS 3.04.00

3. Componentes da TISS 3.04.00

4. Rotina Operacional
Central de Atendimento – Autorização

5. Rotina Operacional
Contas Médicas – Faturamento

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.





SUMÁRIO

1. Divulgação 03.04.00 – Unimed Recife/ANS.....	1
2. Material TISS 3.04.00	2
2.1. Principais mudanças	2
3. Componentes da TISS 3.04.00.....	4
3.1. Organizacional	4
3.1.1. Vinculação entre as guias:	4
3.1.2. Como vincular as Guias	5
3.2. Conteúdo e estrutura	7
3.2.1. Guias modificadas	8
3.2.2. Guias de contingência da nova versão 3.04.00.....	9
3.3. Representação de Conceitos em Saúde	60
3.4. Segurança e Privacidade	60
3.5. Comunicação	61
4. Rotina operacional – Central de Atendimento – Autorizações.....	62
4.1. Internação de urgência e emergência (guia inicial)	62
4.2. Internação eletiva cirúrgica (guia inicial).....	62
4.3 Prorrogação de diárias (guia complemento)	62
4.4 Procedimentos/SADT e cirurgias de paciente internado (guia complemento)	63
4.5 Quimioterapia	63
4.6. Radioterapia	63
4.7. OPME.....	63

5. Rotina Operacional – Contas Médicas – Faturamento.....	65
5.1. Documentos necessários:.....	65
5.2. Endereço para emissão de Nota Fiscal e Entrega de faturamento.....	65
5.2.1. Endereço para emissão de Nota Fiscal.....	65
5.2.2. Endereço para entrega de faturamento	65
5.3. Prazo de envio das contas	65
5.3.1. Internações de longa permanência	65
5.4. Faturamento eletrônico	66
5.5. Tratamento seriado.....	66
5.6. Preenchimento indevido do campo % redução/ acréscimo	66
5.7. Data e hora de saída informada nas Guias	66
5.8. Procedimentos em guias indevidas	66
5.9. Filme radiológico cobrado como outras despesas	67
5.10. Recurso de Glosas.....	67
5.11. Controle, acompanhamento de pagamentos e impostos.....	67



1. Divulgação 3.04.00 – Unimed Recife/ANS

Informamos que, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão regulador dos planos privados de assistência à saúde, editou em 10 de outubro de 2012 a Resolução Normativa RN nº 305, que estabelece a terceira versão do Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar – Padrão TISS – dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde.

O Padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela ANS e pelo Ministério da Saúde, e ainda a redução da assimetria de informações para o beneficiário de plano privado de assistência à saúde.

Em cumprimento às disposições legais, a Unimed Recife, alerta para a importância dos prestadores acompanharem as mudanças e de se adaptarem ao novo padrão.

Os detalhes da RN 305 e do padrão TISS 3.04.00 estão disponíveis no site da ANS: <http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar/padrao-tiss-julho-2019>

Estaremos aptos a receber a troca de informações no padrão TISS 3.04.00 dentro do prazo estipulado pela ANS, sendo assim, é importante sua adaptação, para atender a legislação e possibilitar o envio dos seus arquivos nessa nova versão.

Caso V. Sa. não possua um sistema tecnológico para viabilizar o funcionamento do padrão, disponibilizaremos nossas empresas de conectividade para que possamos juntos desenvolver as condições necessárias para o envio das transações eletrônicas.

Salientamos que conforme Padrão TISS – Julho/2019 Ficam mantidas as versões dos componentes de Comunicação (03.04.00 e 01.00.00), Conteúdo e Estrutura (201902) e Segurança e Privacidade (201712). portanto, todas as informações deverão trafegar exclusivamente na nova versão. O prestador que não se adequar ao novo modelo sofrerá impactos nas autorizações e no seu faturamento, uma vez que a obrigação é para todas as operadoras e prestadores de serviços, além de possível atraso nas datas de pagamento.

As nossas empresas de conectividade contratadas estarão disponíveis para atender o padrão através de **portal ou webservice**, contate a empresa que você utiliza atualmente para esclarecer as dúvidas e se preparar para trafegar as informações na nova versão 3.04.00.

- Consultório online
- Remote
- Autorizador Web

Diante disso, solicitamos a celeridade na implantação, a fim de evitarmos quaisquer autuações decorrentes do não cumprimento da referida resolução.

Agradecemos a compreensão e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais através do e-mail: tiss@unimedrecife.com.br.



2. Material TISS 3.04.00

A Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

Encontra-se em vigência desde 28 de fevereiro de 2019 a versão 3.04.00 que substitui a versão 3.03.03.

2.1. Principais mudanças

Inclusões:

- Regras para envio de dados a ANS;
- TISS de materiais e medicamentos;
- Padronização das Informações de dados aos beneficiários;
- Troca entre prestadores e operadoras;
- Atualizações dos componentes.

Alterações:

- Reestruturação nas mensagens de envio de dados;



Fonte: Site ANS – Material de divulgação



Exclusões:

- Excluído os itens da lista de mensagem por processo padronizado (Guia de cancelamento e Recibo de cancelamento de guia).

A **Unimed Recife** está preparada para atender a legislação e disponibilizar os ambientes de testes para: autorizações, arquivos de cobrança e recurso de glosas na nova versão.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar
Das Obrigações

Art. 7º. A troca dos dados do Padrão TISS deverá ser eletrônica e obrigatoriamente na versão vigente.

Fonte: Site ANS – Material de divulgação



3. Componentes da TISS 3.04.00

3.1. Organizacional

O componente organizacional do Padrão TISS estabelece o conjunto de regras operacionais.

Importante:

A partir de agora, a vinculação de guias será obrigatória e de extrema importância, tanto no formato físico (papel) quanto no eletrônico (xml), é dessa maneira que será possível identificar o início de um processo de atendimento e quais são participantes de cada item no atendimento, será dessa forma também que as guias serão identificadas no sistema de recurso de glosa que passa a vigorar com um novo padrão estabelecido pela ANS.

3.1.1. Vinculação entre as guias:

As guias e anexos do padrão TISS são os modelos formais de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário e enviadas do prestador para a operadora de forma eletrônica ou por contingência em papel.

Notação:

Guia Principal: é a guia que não é vinculada a nenhuma outra e contém dados principais do atendimento. Normalmente está associada ao pagamento do contratado executante declarado.

Podem ser guias principais:

- Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia
- Guia de Solicitação de Internação

Guia Secundária:

São as guias que complementam a Guia Principal, à qual está vinculada. Podem ser guias secundárias:

- Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia
- Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação
- Guia de Resumo de Internação
- Guia de Honorário Individual

Componente Organizacional
Processos padronizados

- Verificação de elegibilidade
- Autorização de procedimentos
- Cobrança de serviços de saúde
- Lote de Anexos(quimio, radio e opme)
- Comunicação de internação/alta
- Cancelamento de guias
- Recurso de glosa
- Demonstrativos de retorno
- Comprovante presencial
- Informações para a ANS
- Informações para os beneficiários

Componente Organizacional
Processos de implementação obrigatória

- Verificação de elegibilidade
- Autorização de procedimentos
- Cobrança de serviços de saúde
- Lote de Anexos(quimio, radio e opme)
- Comunicação de internação/alta
- Cancelamento de guias
- Recurso de glosa
- Demonstrativos de retorno
- Comprovante presencial
- Informações para a ANS
- Informações para os beneficiários

Fonte: Site ANS – Material de divulgação



Guia de Recurso de glosa

Anexo de Outras Despesas

Anexo de Solicitação de OPME

Anexo de Solicitação de Quimioterapia

Anexo de Solicitação de Radioterapia

Número da Guia no Prestador da Guia Principal:

Este número é a chave de vinculação entre as guias e o identificador dos processos com a operadora, portanto, nunca poderá se repetir.

3.1.2. Como vincular as Guias

O vínculo entre as guias será realizado através da informação contida no campo Número da Guia no Prestador da Guia Principal.

O vínculo da Guia Secundária com a Guia Principal deve ser feito através do preenchimento do campo específico, de acordo com a tabela ao lado.

Guias	Campo com a Informação	Elemento de dado - XML
SP/SADT	Número da Guia Principal	ans:guiaPrincipal
Solicitação de Prorrogação Resumo de Internação Honorário Individual	Número da Guia de Solicitação de Internação	ans:nrguiaReferenciada
Anexos de Quimioterapia, Radioterapia, OPME e Outras Despesas	Número da Guia Referenciada	ans:numeroGuiaReferenciada

Fonte: Unimed do Brasil

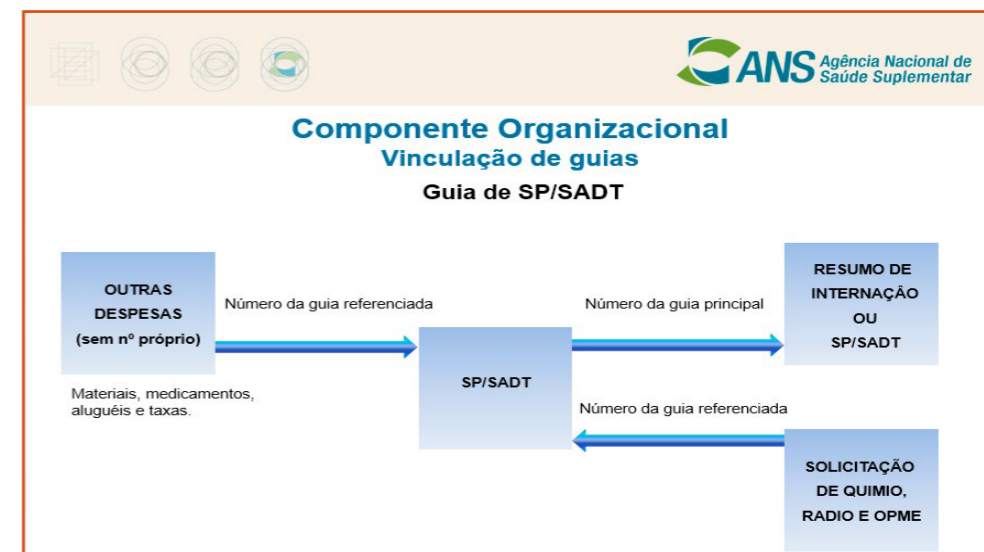
Guia SADT

Guia utilizada para autorização e cobrança. Quando a Guia de SP/SADT for a:

Guia Principal do atendimento: não pode referenciar outra Guia (o campo número da Guia Principal deve estar em branco), mas poderá ser referenciada por outras.

Guia secundária: Poderá estar vinculada somente com outra Guia SP/SADT ou com a Guia de Solicitação de Internação e o vínculo deverá ser realizado através do campo número da Guia Principal.

Fonte: Site ANS – Material de divulgação



Central Nacional Unimed

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 339679

3 - Número da Guia Referenciada

4 - Senha

5 - Data da Autorização

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante

10 - Telefone

11 - E-mail

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

OPME Solicitadas



Guia de Solicitação de Internação

Guia utilizada na autorização da internação e sempre será uma Guia Principal do atendimento.




2 - Nº Guia no Prestador

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 339679	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	4 - Data da Autorização
5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN

Guia de Consulta

A Guia de Consulta é independente, não tem vinculação a nenhuma outra Guia.



2 - Nº Guia no Prestador

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS 339679	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		
4 - Número da Carteira	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)
7 - Nome	8 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado		
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado	11 - Código CNES
12 - Nome do Profissional Executante	13 - Conselho Profissional	14 - Número no Conselho
	15 - UF	16 - Código CBO
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	18 - Data do Atendimento	19 - Tipo de Consulta
20 - Tabela	21 - Código do Procedimento	22 - Valor do Procedimento
23 - Observação / Justificativa		
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



Fonte: Site ANS – Material de divulgação





3.2. Conteúdo e estrutura

O componente de conteúdo e estrutura do Padrão TISS estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e no plano de contingência, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde.

A nova RN (305), altera todos os formatos de guias e padroniza o Recurso de Glosas, é importante se atentar aos novos campos obrigatórios, principalmente das novas guias de solicitação de Radioterapia, Quimioterapia e OPME.

Outro item de extrema importância é o número de guia prestador, operadora e número de lote, que, nessa nova versão será a principal referência de identificação das contas e vínculo entre guias, o recurso de glosa também terá como principal referência os números de guias, lote e senha de autorização.

6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado	
Dados do Recurso do Protocolo			
8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)
Dados do Recurso da Guia			
13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Senha	
17 - Justificativa (no caso de recurso integral da guia)			

Algumas guias de contingência, já conhecidas, sofreram modificações, sinalizamos nos quadros abaixo para seu conhecimento. As novas guias estarão disponíveis no site da ANS para download, no Portal do Prestador da Unimed Recife ou através dos impressos disponíveis para serem retirados na Operadora.

Componente de Conteúdo e Estrutura Destaques

- Exclusão do CID na consulta e SP/SADT;
- Inclusão de indicação de Atendimento à RN - Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.
- Cobrança de SP/SADT – inclusão da identificação de equipe;
- Cobrança de honorário individual - vinculação do campo “Grau de Participação” para a linha do procedimento realizado;
- Cobrança de órteses, próteses e materiais especiais no Anexo de Outras Despesas;
 - Registro do material na ANVISA
 - Código de referência no fabricante
 - Número de autorização de funcionamento da empresa

Fonte: Site ANS – Material de divulgação

Componente de Conteúdo e Estrutura Destaques

- Aprimoramento do processo de demonstração de contas e pagamentos – fornecido um protocolo ao prestador;
- Conciliação das contas dos prestadores de serviços de saúde
 - explicitado o número da guia atribuído pela operadora.
 - explicitado o número do lote e o seu correspondente na operadora, número do protocolo.
- Possibilidade de assinatura eletrônica nas mensagens
 - no cabeçalho das mensagens
 - em cada guia
- Solicitação detalhada de quimioterapia
- Solicitação detalhada de radioterapia
- Solicitação detalhada de materiais e OPME
- Processo de recurso de glosas - fornecido um protocolo de entrega dos recursos de glosas ao prestador;
- Informações para a ANS
- Informações para os beneficiários

Fonte: Site ANS – Material de divulgação

Componente de Conteúdo e Estrutura Plano de Contingência

Conjunto de regras e formulários estabelecidos para dar continuidade ao processo e trabalho na interrupção temporária das trocas eletrônicas.

Os formulários utilizados por ocasião da interrupção da troca eletrônica de informações devem ser fornecidos pelas operadoras de planos privados de saúde.

Fonte: Site ANS – Material de divulgação



3.2.1. Guias modificadas

Guia de Honorários

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL		
CAMPOS EXCLUÍDOS	CAMPOS INCLUÍDOS	ALTERADOS
Plano	Atendimento a RN	Números dos campos
Número cartão nacional	Código CBOS	Data DDMMAAAA
Tipo de acomodação	Data início e fim de faturamento	Grau de participação, ao lado do procedimento, possibilitando a cobrança da equipe
Assinatura beneficiário		Alguns campos tiveram apenas mudança no nome

Guia de Consulta

GUIA DE CONSULTA		
CAMPOS EXCLUÍDOS	CAMPOS INCLUÍDOS	ALTERADOS
Plano	Atendimento a RN	De “número de guia referenciada” para “número de guia prestador”
Dados do endereço do prestador	Indicação de acidente	
Tipo de doença	Valor do procedimento	
Tempo de doença		
CID (todos)		
Tipo de saída		
Datas, mantendo apenas as assinaturas		

Central Nacional
Unimed

GUIA DE CONSULTA 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS **339679** 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira 5 - Validade da Carteira 6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 - Nome 8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora 10 - Nome do Contratado 11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante 13 - Conselho Profissional 14 - Número no Conselho 15 - UF 16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 18 - Data do Atendimento 19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela 21 - Código do Procedimento 22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante 25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

7545 V.03 - Anexo (04/14)



Guia de SP/SADT

GUIA SP/SADT		
CAMPOS EXCLUÍDOS	CAMPOS INCLUÍDOS	ALTERADOS
Data de emissão	Atendimento a RN	Data e assinatura do solicitante
Plano	Valor do procedimento	Tipo de atendimento
Número cartão nacional de saúde	Tipo de consulta	Tipo de saída
Data e hora da solicitação	Grau de participação	
CNES solicitante	Código na operadora/CPF	
CID 10	Nome profissional executante	
Dados cadastrais do contratado executante	Número do conselho	
Tipo de saída	Código CBO	
Tipo e tempo de doença	Tabela de OPME	
Conselho profissional		
Campos 86 ao 89 - excluídos apenas as datas 4		
Campos 72 e 73 - OPM solicitados (verso do formulário)		

Guia de Solicitação de Internação

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		
CAMPOS EXCLUÍDOS	CAMPOS INCLUÍDOS	ALTERADOS
Código CNES	Atendimento a RN	Alguns campos tiveram apenas a mudança no nome
Tipo de doença	Data sugerida para internação	
Tempo de doença referida pelo paciente	Previsão de uso de OPME	
	Previsão de uso de quimioterápico	

Anexo de Outras Despesas

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS		
CAMPOS EXCLUÍDOS	CAMPOS INCLUÍDOS	ALTERADOS
Total de taxas diversas	Unidade de medida	Total taxas diversas e total aluguéis para:
	Total de OPME	Total de taxas e aluguéis

3.2.2. Guias de contingência da nova versão 3.04.00

- GUIA DE CONSULTA ▶
- GUIA DE SP/SADT ▶
- GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO ▶
- GUIA DE HONORÁRIOS ▶
- GUIA DE SOLIC. DE PRORROGAÇÃO/COMPLEMENTO DE TRATAMENTO (nova) ▶
- GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO ▶
- GUIA DE HONORÁRIOS ▶
- ANEXO DE OUTRAS DESPESAS ▶
- ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE OPMES (nova) ▶
- ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA (nova) ▶
- ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA (nova) ▶
- GUIA DE RECURSO DE GLOSAS (nova) ▶



GUIA DE CONSULTA

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS
339679

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 - Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela

21 - Código do Procedimento

22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

7545 V-03 - Almoço (04/14)



Legenda Guia de Consulta

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório. É facultada às operadoras
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	4	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório
Data de validade da carteira	5	Validade da carteira	Date	8	DDMMA-AAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida
Indicador de atendimento ao recém-nato	6	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	7	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Cartão Nacional de Saúde	8	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde
Código do contratado executante na operadora	9	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado executante	10	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	11	Código CNES	String	7		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
Nome do profissional executante	12	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica
Conselho profissional do executante	13	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26	Obrigatório
Número do executante no conselho profissional	14	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
UF do conselho do profissional executante	15	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	16	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório
Indicação de acidente ou doença relacionada	17	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36	Obrigatório
Data de realização	18	Data do Atendimento	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório
Tipo de consulta	19	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52	Obrigatório
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	20	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório
Código do procedimento realizado	21	Código do procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	22	Valor do procedimento	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero
Observação / Justificativa	23	Observação/ Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional
Assinatura do profissional executante	24	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento	Obrigatório
Assinatura do beneficiário ou responsável	25	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável	Obrigatório



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS **339679** 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 5-Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica

	24- Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1					
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$
1												
2												
3												
4												
5												

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos - R\$ 60 - Total de Taxas e Aluguéis - R\$ 61 - Total de Materiais - R\$ 62 - Total de OPME - R\$ 63 - Total de Medicamentos - R\$ 64 - Total de Gases Medicinais - R\$ 65 - Total Geral - R\$

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado



Legenda Guia de SP/SADT

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicionado. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMA-AAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	8	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório
Data de validade da carteira	9	Validade da carteira	Date	8	DDMMA-AAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida
Nome do beneficiário	10	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde
Indicador de atendimento ao recém-nato	12	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Código do contratado solicitante na operadora	13	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo
Nome do contratado solicitante	14	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	15	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica
Conselho profissional do solicitante	16	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26	Obrigatório
Número do solicitante no conselho profissional	17	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional	Obrigatório
UF do conselho do profissional solicitante	18	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	19	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório
Assinatura do profissional solicitante	20	Assinatura do Solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação	Obrigatório
Caráter do atendimento	21	Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23	Obrigatório
Data da solicitação	22	Data da Solicitação	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora
Indicação clínica	23	Indicação Clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação	Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	24	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	25	Código do procedimento ou item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório
Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	26	Descrição	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	27	Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório
Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	28	Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora	Obrigatório
Código do contratado executante na operadora	29	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado executante	30	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	31	Código CNES	String	7		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
Tipo de atendimento	32	Tipo de Atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50	Obrigatório
Indicação de acidente ou doença relacionada	33	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36	Obrigatório
Tipo de consulta	34	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta
Motivo de Encerramento	35	Motivo de Encerramento do Atendimento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39	Condicional. Deve ser preenchido em caso de óbito
Data de realização	36	Data	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado
Hora inicial da realização do procedimento	37	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência
Hora final da realização do procedimento	38	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	39	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado
Código do procedimento realizado	40	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Descrição do procedimento realizado	41	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado
Quantidade de procedimentos realizados	42	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado
Via de acesso	43	Via	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico
Técnica utilizada para realização do procedimento	44	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico
Fator de redução ou acréscimo	45	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 100
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	46	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero
Valor total por procedimento realizado	47	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero
Sequencial de referência do procedimento realizado	48	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe
Grau de participação do profissional	49	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe
Código do contratado executante na operadora	50	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados
Nome do profissional executante	51	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Conselho profissional do executante	52	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados
Número do executante no conselho profissional	53	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados
UF do conselho do profissional executante	54	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	55	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados
Data de realização	56	Data de realização de procedimentos em série	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados
Assinatura do beneficiário ou responsável	57	Assinatura do beneficiário ou responsável na realização de procedimentos em série				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório
Observação / Justificativa	58	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional
Valor total de procedimentos	59	Total de Procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado
Valor total de taxas e aluguéis	60	Total de Taxas Diversas e Aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados
Valor total de materiais	61	Total de Materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado
Valor total de OPME	62	Total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes
Valor total de medicamentos	63	Total de Medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado
Valor total de gases medicinais	64	Total Gases Medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados
Valor do total geral	65	Total Geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório
Assinatura do responsável pela autorização	66	Assinatura do responsável pela Autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Assinatura do beneficiário ou responsável	67	Assinatura do Beneficiário ou Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável	Obrigatório
Assinatura do contratado	68	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado	Obrigatório



2 - Nº Guia no Prestador

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 339679 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4 - Data da Autorização

5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento a RN 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho 17 - UF 18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data Sugerida para Internação 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 26 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal 30 - CID 10 (2) 31 - CID 10 (3) 32 - CID 10 (4) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados table with columns: 34 - Tabela, 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial, 36 - Descrição, 37 - Qtde. Solicitada, 38 - Qtde. Autorizada

Dados da Autorização 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 24 - Qtde. Diárias Autorizadas 25 - Tipo de Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ Autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Legenda Guia de Solicitação de Internação

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora	Obrigatório
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMA-AAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório
Data de validade da carteira	8	Validade da carteira	Date	8	DDMMA-AAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida
Indicador de atendimento ao recém-nato	9	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio
Nome do beneficiário	10	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde
Código do contratado solicitante na operadora	12	Código do contratado	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado solicitante	13	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica
Conselho profissional do solicitante	15	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26	Obrigatório
Número do solicitante no conselho profissional	16	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional	Obrigatório
UF do conselho do profissional solicitante	17	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	18	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório
Código do contratado solicitado na operadora	19	Código na operadora / CNPJ	String	14		Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário	Obrigatório
Nome do hospital / local solicitado	20	Nome do hospital / local	String	70		Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório
Data sugerida para internação	21	Data sugerida para internação	Date	8	DDMMA-AAA	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	Obrigatório
Caráter do atendimento	22	Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23	Obrigatório
Tipo de internação	23	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório
Regime de internação	24	Regime de Internação	String	1		Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41.	Obrigatório
Quantidade de diárias solicitadas	25	Qtde diárias solicitadas	Integer	2		Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório
Indicador de previsão de uso de OPME	26	Previsão de uso de OPME	String	1		Indica se há previsão de utilização de OPME na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso destes materiais
Indicador de previsão de uso de quimioterápico	27	Previsão de uso de quimioterápico	String	1		Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Indicação clínica	28	Indicação Clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório
Diagnóstico principal	29	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Diagnóstico secundário	30	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Terceiro diagnóstico	31	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Quarto diagnóstico	32	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Indicação de acidente ou doença relacionada	33	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36	Obrigatório
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	34	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	35	Código do Procedimento ou item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório
Descrição do procedimento solicitado	36	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório
Quantidade solicitada do procedimento	37	Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório
Quantidade autorizada do procedimento	38	Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero
Data provável da admissão hospitalar	39	Data provável da admissão hospitalar	Date	8	DDMMA-AAA	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora
Quantidade de diárias autorizadas	40	Qtde diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora
Tipo da acomodação autorizada	41	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora
Código do contratado autorizado na operadora	42	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora
Nome do hospital / local autorizado	43	Nome do hospital / local autorizado	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	44	Código CNES	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora
Observação / Justificativa	45	Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional
Data da solicitação	46	Data da solicitação	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais	Obrigatório
Assinatura do profissional solicitante	47	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação	Obrigatório
Assinatura do beneficiário ou responsável	48	Assinatura do Beneficiário ou Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável	Obrigatório
Assinatura do responsável pela autorização	49	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora	Obrigatório



GUIA DE HONORÁRIOS (Somente para pacientes internados)

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS
339679

3 - Número de Solicitação de Internação

4 - Senha

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira

7 - Nome

8 - Atendimento a RN

Dados do Contratante (onde foi executado o procedimento)

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Hospital/Local

11 - Código CNES

Dados do Contratado Executante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Hospital/Local

14 - Código CNES

Dados da Internação

15 - Data do Início do Faturamento

16 - Data do Fim do Faturamento

Procedimentos Realizados

	17 - Data do Atendimento	18 - Hora Inicial	19 - Hora Final	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento	22 - Descrição	23 - Qtde.	24 - Via.	25 - Tec	26 - Fator Red./ Acresc.	27 - Valor Unitário - R\$	28 - Valor Total - R\$
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Identificação do(s) Profissional(ais) Executante(s)

	29 - Seq. Ref.	30 - Grau Part.	31 - Código na Operadora / CPF	32 - Nome do Profissional
1				
2				
3				
4				
5				

	33 - Conselho Profissional	34 - Número no Conselho	35 - UF	36 - Código CBO
1				
2				
3				
4				
5				

37 - Observação / Justificativa

38 - Valor total dos honorários - R\$

39 - Data de Emissão

40 - Assinatura do Profissional Executante

7546 (1/2) V-03 - Almox (04/14)



Legenda Guia de Honorários

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha
Número da guia atribuído pela operadora	5	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	6	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório
Nome do beneficiário	7	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Indicador de atendimento ao recém-nato	8	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	9	Código na operadora	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório
Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	10	Nome do hospital / local	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	11	Código CNES	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento 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
Código do contratado executante na operadora	12	Código do contratado na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado executante	13	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	14	Código CNES	String	7		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
Data do início do faturamento	15	Data início Faturamento	Date	8	DDMMA-AAA	Data de início do faturamento apresentado nesta guia	Obrigatório
Data do fim do faturamento	16	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMA-AAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia	Obrigatório
Data de realização	17	Data	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	18	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência
Hora final da realização do procedimento	19	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	20	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87	Obrigatório
Código do procedimento realizado	21	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório
Descrição do procedimento realizado	22	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório
Quantidade de procedimentos realizados	23	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório
Via de acesso	24	Via	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico
Técnica utilizada para realização do procedimento	25	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico
Fator de redução ou acréscimo	26	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1,00
Valor unitário do procedimento realizado.	27	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero)
Valor total por procedimento realizado	28	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero)



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Grau de participação do profissional	30	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35	Obrigatório
Código do contratado executante na operadora	31	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento	Obrigatório
Nome do profissional executante	32	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Obrigatório
Conselho profissional do executante	33	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26	Obrigatório
Número do executante no conselho profissional	34	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento	Obrigatório
UF do conselho do profissional executante	35	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	36	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório
Observação / Justificativa	37	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional
Valor total dos honorários	38	Valor Total dos Honorários	Numérico	8,2		Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero)
Data de emissão da guia	39	Data de emissão	Date	8	DDMMA-AAA	Data de emissão da guia	Obrigatório
Sequencial de referência do procedimento realizado	29	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou	Condicional. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento	Obrigatório



2 - Nº Guia no Prestador

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS 339679	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização
-----------------------------------	---	-------------------------

5 - Senha	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome
------------------------	----------

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado
-------------------------	-------------------------

11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Conselho Profissional	13 - Número no Conselho	14 - UF	15 - Código CBO
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas	17 - Tipo de Acomodação Solicitada
---	------------------------------------

18 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde. Solicitada	23 - Qtde. Autorizada
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas	25 - Tipo de Acomodação Autorizada
---	------------------------------------

26 - Justificativa da Operadora

27 - Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---



Legenda Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação	Obrigatório
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMMA-AAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora	Obrigatório
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Código do contratado solicitante na Operadora	9	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado solicitante	10	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica
Conselho profissional do solicitante	12	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26	Obrigatório
Número do solicitante no conselho profissional	13	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional	Obrigatório
UF do conselho do profissional solicitante	14	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	15	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório
Quantidade de diárias adicionais solicitadas	16	Qtde. diárias adicionais solicitadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas	Condicional. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias
Tipo da acomodação solicitada	17	Tipo da acomodação solicitada	String	2		Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49	Condicional. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação
Indicação clínica	18	Indicação Clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação	Obrigatório
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	19	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	20	Código do procedimento ou item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados
Descrição do procedimento solicitado	21	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados
Quantidade solicitada do procedimento	22	Qtde solicit	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados
Quantidade autorizada do procedimento	23	Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados
Quantidade de diárias adicionais autorizadas	24	Qtde. diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços
Tipo da acomodação autorizada	25	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49	Condicional. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços
Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	26	Justificativa da Operadora	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação	Condicional. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação
Observação / Justificativa	27	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional
Data da solicitação	28	Data da solicitação	Date	8	DDMMMA-AAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento	Obrigatório
Assinatura do profissional solicitante	29	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação	Obrigatório
Assinatura do responsável pela autorização	30	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora	Obrigatório



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS **339679** 3 - Número da Guia de Solicitação de Internação _____
 4 - Data da Autorização _____
 5 - Senha _____ 6 - Data de Validade da Senha _____ 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira _____ 9 - Validade da Carteira _____ 10 - Nome _____
 11 - Cartão Nacional de Saúde _____ 12 - Atendimento a RN _____

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora _____ 14 - Nome do Contratado _____ 15 - Código CNES _____

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento _____ 17 - Tipo de Faturamento _____ 18 - Data do Início do Faturamento _____
 19 - Hora do Início do Faturamento _____ 20 - Data do Fim do Faturamento _____ 21 - Hora do Fim do Faturamento _____
 22 - Tipo de Internação _____ 23 - Regime de Internação _____
 24 - CID 10 Principal _____ 25 - CID 10 (2) _____ 26 - CID 10 (3) _____ 27 - CID 10 (4) _____
 28 - Indicação de Acidente(acidente ou doença relacionada) _____ 29 - Motivo de Encerramento da Internação _____ 30 - Nº da Declaração de Nascido Vivo _____
 31 - CID 10 Óbito _____ 32 - Nº da Declaração de Óbito _____ 33 - Indicador D.O. de RN _____

Procedimentos e Exames Realizados

34 - Data	35 - Hora Inicial	36 - Hora Final	37 - Tabela	38 - Código do Procedimento	39 - Descrição	40 - Qtde.	41 - Via.	42 - Tec	43 - Fator Red./ Acresc.	44 - Valor Unitário - R\$	45 - Valor Total - R\$
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Identificação da Equipe

46 - Seq. Ref.	47 - Grau Part.	48 - Código na Operadora / CPF	49 - Nome do Profissional	50 - Conselho Profissional	51 - Número no Conselho	52 - UF	53 - Código CBO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

54 - Total de Procedimentos - R\$ _____ 55 - Total de Diárias - R\$ _____ 56 - Total de Taxas e Aluguéis - R\$ _____
 57 - Total de Materiais - R\$ _____ 58 - Total de OPME - R\$ _____ 59 - Total de Medicamentos - R\$ _____
 60 - Total de Gases Medicinais - R\$ _____ 61 - Total Geral - R\$ _____

62 - Data da assinatura do contratado _____ 63 - Assinatura do contratado _____ 64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora _____

65 - Observação / Justificativa



Legenda Guia de Resumo de Internação

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia de solicitação de internação.	String	20		Número da guia de solicitação de Internação	Obrigatório
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMA-AAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	8	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório
Data de validade da carteira	9	Validade da carteira	Date	8	DDMMA-AAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida
Nome do beneficiário	10	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde
Indicador de atendimento ao recém-nato	12	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio
Código do contratado executante na operadora	13	Código na operadora	String	14		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Nome do contratado executante	14	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	15	Código CNES	String	7		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
Caráter do atendimento	16	Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23	Obrigatório
Tipo de faturamento	17	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55	Obrigatório
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMA-AAA	Data do início do faturamento apresentado nesta guia	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3 - Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Hora do início do faturamento	19	Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3 - Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Data do fim do faturamento	20	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMA-AAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3 - Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3 - Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Tipo de internação	22	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório
Regime de internação	23	Regime de Internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41	Obrigatório
Diagnóstico principal	24	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Diagnóstico secundário	25	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Terceiro diagnóstico	26	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Quarto diagnóstico	27	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Indicação de acidente ou doença relacionada	28	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36	Obrigatório
Motivo de Encerramento	29	Motivo de Encerramento da Internação	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39	Obrigatório
Número da Declaração de Nascido Vivo	30	Número da Declaração de Nascido Vivo	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo
Diagnóstico de óbito	31	CID10 Óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Número da Declaração de Óbito	32	Número da Declaração de Óbito	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da mãe
Indicador de declaração de óbito de recém-nato.	33	Indicador DO de RN	String	1		Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe	Condicionado. Deve ser preenchido quando o campo Número da Declaração de Óbito for preenchido. Preencher com S - SIM caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N - Não caso a declaração de óbito informada seja da mãe
Data de realização	34	Data	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório
Hora inicial da realização do procedimento	35	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência
Hora final da realização do procedimento	36	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	37	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório
Código do procedimento realizado	38	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório
Descrição do procedimento realizado	39	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório
Quantidade de procedimentos realizados	40	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Via de acesso	41	Via	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico
Técnica utilizada para realização do procedimento	42	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico
Fator de redução ou acréscimo	43	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	44	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor total por procedimento realizado	45	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório
Sequencial de referência do procedimento realizado	46	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe
Grau de participação do profissional	47	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35	Obrigatório
Código do contratado executante na operadora	48	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Obrigatório
Nome do profissional executante	49	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Obrigatório
Conselho profissional do executante	50	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório
Número do executante no conselho profissional	51	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional	Obrigatório
UF do conselho do profissional executante	52	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	53	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório
Valor total de procedimentos	54	Total de Procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Valor total de diárias	55	Total de Diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas
Valor total de taxas e aluguéis	56	Total de Taxas e Aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados
Valor total de materiais	57	Total de Materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado
Valor total de OPME	58	Total de OPME	Numérico	8,2		Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes
Valor total de medicamentos	59	Total de Medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado
Valor total de gases medicinais	60	Total Gases Medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados
Valor do total geral	61	Total Geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório
Data da assinatura do prestador contratado	62	Data da assinatura do contratado	Date	8	DDMMA-AAA	Data da assinatura do prestador contratado	Obrigatório
Assinatura do contratado	63	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado	Obrigatório
Assinatura do auditor da operadora	64	Assinatura do(s) auditor(es) da operadora				Assinatura do auditor da operadora	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria in loco da operadora
Observação / Justificativa	65	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional



GUIA DE HONORÁRIOS (Somente para pacientes internados)

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS
339679

3 - Número de Solicitação de Internação

4 - Senha

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira

7 - Nome

8 - Atendimento a RN

Dados do Contratante (onde foi executado o procedimento)

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Hospital/Local

11 - Código CNES

Dados do Contratado Executante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Hospital/Local

14 - Código CNES

Dados da Internação

15 - Data do Início do Faturamento

16 - Data do Fim do Faturamento

Procedimentos Realizados

	17 - Data do Atendimento	18 - Hora Inicial	19 - Hora Final	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento	22 - Descrição	23 - Qtde.	24 - Via.	25 - Tec	26 - Fator Red./ Acresc.	27 - Valor Unitário - R\$	28 - Valor Total - R\$
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

	29 - Seq. Ref.	30 - Grau Part.	31 - Código na Operadora / CPF	32 - Nome do Profissional	33 - Conselho Profissional	34 - Número no Conselho	35 - UF	36 - Código CBO
1								
2								
3								
4								
5								

37 - Observação / Justificativa

38 - Valor total dos honorários - R\$

39 - Data de Emissão

40 - Assinatura do Profissional Executante



Legenda Guia de Honorários

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha
Número da guia atribuído pela operadora	5	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	6	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório
Nome do beneficiário	7	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Indicador de atendimento ao recém-nato	8	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	9	Código na operadora	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório
Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	10	Nome do hospital / local	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	11	Código CNES	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento 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
Código do contratado executante na operadora	12	Código do contratado na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado executante	13	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	14	Código CNES	String	7		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
Data do início do faturamento	15	Data início Faturamento	Date	8	DDMMA-AAA	Data de início do faturamento apresentado nesta guia	Obrigatório
Data do fim do faturamento	16	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMA-AAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia	Obrigatório
Data de realização	17	Data	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório
Hora inicial da realização do procedimento	18	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência
Hora final da realização do procedimento	19	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	20	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87	Obrigatório
Código do procedimento realizado	21	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório
Descrição do procedimento realizado	22	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório
Quantidade de procedimentos realizados	23	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório
Via de acesso	24	Via	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico
Técnica utilizada para realização do procedimento	25	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico
Fator de redução ou acréscimo	26	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1,00
Valor unitário do procedimento realizado.	27	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero)
Valor total por procedimento realizado	28	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero)



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Grau de participação do profissional	30	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35	Obrigatório
Código do contratado executante na operadora	31	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento	Obrigatório
Nome do profissional executante	32	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Obrigatório
Conselho profissional do executante	33	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26	Obrigatório
Número do executante no conselho profissional	34	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento	Obrigatório
UF do conselho do profissional executante	35	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	36	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório
Observação / Justificativa	37	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional
Valor total dos honorários	38	Valor Total dos Honorários	Numérico	8,2		Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero)
Data de emissão da guia	39	Data de emissão	Date	8	DDMMA-AAA	Data de emissão da guia	Obrigatório
Sequencial de referência do procedimento realizado	29	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou	Condicional. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento	Obrigatório



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

1 - Registro ANS
339679

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contrato 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\$
1					17 - Registro ANVISA do Material					19 - Nº Autorização de Funcionamento
					18 - Referência do material no fabricante					
					20 - Descrição					
2					17 - Registro ANVISA do Material					19 - Nº Autorização de Funcionamento
					18 - Referência do material no fabricante					
					20 - Descrição					
3					17 - Registro ANVISA do Material					19 - Nº Autorização de Funcionamento
					18 - Referência do material no fabricante					
					20 - Descrição					
4					17 - Registro ANVISA do Material					19 - Nº Autorização de Funcionamento
					18 - Referência do material no fabricante					
					20 - Descrição					
5					17 - Registro ANVISA do Material					19 - Nº Autorização de Funcionamento
					18 - Referência do material no fabricante					
					20 - Descrição					
6					17 - Registro ANVISA do Material					19 - Nº Autorização de Funcionamento
					18 - Referência do material no fabricante					
					20 - Descrição					
7					17 - Registro ANVISA do Material					19 - Nº Autorização de Funcionamento
					18 - Referência do material no fabricante					
					20 - Descrição					

7548 (1/2) V-03 - Almoço (04/14)

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\$)



Legenda Anexo de Outras Despesas

Termo	Nº do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		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	String	20		Número da guia à qual esse anexo está vinculado	Obrigatório
Código do contratado executante na operadora	3	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado executante	4	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	5	Código CNES	String	7		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
Código da despesa	6	CD	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25	Obrigatório
Data de realização	7	Data	Date	8	DDMM-AAA	Data de realização da despesa	Obrigatório
Hora inicial da realização do procedimento	8	Hora inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas
Hora final da realização do procedimento	9	Hora final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	10	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório
Código do item assistencial utilizado	11	Código do item	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório
Quantidade do item assistencial utilizado	12	Qtde	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório
Unidade de Medida	13	Unidade de medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60	Condicional. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida
Fator de redução ou acréscimo	14	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		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 do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	15	Valor unitário	Numérico	6,2		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 dos itens assistenciais utilizados	16	Valor total	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	String	15		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
Código de referência do material no fabricante	18	Referência do material no fabricante	String	60		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
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	19	Nº autorização de funcionamento da empresa	String	30		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 do item assistencial utilizado	20	Descrição	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório
Valor total de gases medicinais	21	Total de gases medicinais	Numérico	8,2		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)
Valor total de medicamentos	22	Total de medicamentos	Numérico	8,2		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)
Valor total de materiais	23	Total de materiais	Numérico	8,2		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)
Valor total de OPME	24	Total de OPME	Numérico	8,2		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)
Valor total de taxas e aluguéis	25	Total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		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)
Valor total de diárias	26	Total de diárias	Numérico	8,2		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)
Valor do total geral	27	Total geral	Numérico	8,2		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 0,00 zero



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 339679	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome
------------------------	----------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail
--------------------------------------	---------------	-------------

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

OPME Solicitadas

	13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1								
	21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento			
2								
	21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento			
3								
	21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento			
4								
	21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento			
5								
	21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento			

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---



Legenda Anexo Solicitação de OPMEs

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número do anexo no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado	Obrigatório
Senha	4	senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha
Data da autorização	5	data de autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Nome do profissional solicitante	9	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material	Obrigatório
Telefone do profissional solicitante	10	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material	Obrigatório
E-mail do profissional solicitante	11	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato
Justificativa técnica	12	Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	13	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório
Código do material solicitado	14	Código do material	String	10		Código do material solicitado pelo prestador	Obrigatório
Descrição do material solicitado	15	Descrição	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	16	Opção fabr	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório
Quantidade solicitada do material	17	Qtde solíc	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório
Valor do unitário material solicitado	18	Valor Unitário Solicitado	Númerico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes
Quantidade autorizada do material	19	Quantidade autorizada	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora	Obrigatório
Valor do unitário material autorizado	20	Valor unitário autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes
Registro ANVISA do material	21	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS
Código de referência do material no fabricante	22	Referência do material no fabricante	String	60		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
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	23	Nº autorização de funcionamento	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material
Especificação do material solicitado	24	Especificação do material	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado
Observação / Justificativa	25	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional
Data da solicitação	26	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais	Obrigatório
Assinatura do profissional solicitante	27	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação	Obrigatório
Assinatura do responsável pela autorização	28	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora	Obrigatório



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 339679	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome			
9 - Peso (Kg)	10 - Altura (Cm)	11 - Superfície Corporal (m²)	12 - Idade	13 - Sexo

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Telefone	16 - E-mail
---------------------------------------	---------------	-------------

Diagnóstico Oncológico

17 - Data do Diagnóstico	18 - CID 10 Principal	19 - CID 10 (2)	20 - CID 10 (3)	21 - CID 10 (4)	26 - Plano Terapêutico
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG		
27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico					28 - Informações Relevantes

Medicamentos e Drogas Solicitados

	29 - Data Prevista para Administração	30 - Tabela	31 - Código do Medicamento	32 - Descrição	33 - Doses	34 - Via Adm	35 - Frequência	Tratamentos Anteriores	
1								36 - Cirurgia	
2								37 - Data da Realização	
3								38 - Área Irradiada	
4								39 - Data da Aplicação	
5									
6									
7									
8									
40 - Observação / Justificativa									

41 - Nº de Ciclos Previstos	42 - Ciclo Atual	43 - Intervalo entre Ciclos (em dias)	44 - Data da Solicitação	45 - Assinatura do Profissional Solicitante	45 - Assinatura do Responsável pela Autorização
-----------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------------------	---	---



Legenda Anexo Solicitação de Quimioterapia

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado	Obrigatório
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Peso do beneficiário	9	Peso(kg)	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório
Altura do beneficiário	10	Altura	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório
Superfície corporal	11	Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório
Idade do beneficiário	12	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório
Sexo do beneficiário	13	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43	Obrigatório
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial	Obrigatório
Telefone do profissional solicitante	15	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
E-mail do profissional solicitante	16	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato
Data do diagnóstico	17	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação
Diagnóstico principal	18	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Diagnóstico secundário	19	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Terceiro diagnóstico	20	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Quarto diagnóstico	21	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Estadiamento do tumor	22	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório
Tipo de quimioterapia	23	Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório
Código da finalidade do tratamento	24	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório
Escala de capacidade funcional	25	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30	Obrigatório
Plano terapêutico	26	Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	27	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico	Opcional
Informações relevantes	28	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento
Data prevista para administração do tratamento	29	Data prevista para Administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Código do medicamento solicitado	31	Código do medicamento	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório
Descrição do medicamento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório
Doses solicitadas do medicamento	33	Doses	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico	Obrigatório
Via de administração do medicamento	34	Via adm	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62	Obrigatório
Frequência de doses do medicamento solicitado	35	Frequência	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia	Obrigatório
Cirurgia	36	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente
Data de realização	37	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente
Área irradiada	38	Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente
Data da aplicação da última radioterapia	39	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado
Observação / Justificativa	40	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional
Número de ciclos de quimioterapia previstos	41	Número de ciclos previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	42	Ciclo atual	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico	Obrigatório
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	43	Intervalo entre ciclos	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório
Data da solicitação	44	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais	Obrigatório
Assinatura do profissional solicitante	45	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação	Obrigatório
Assinatura do responsável pela autorização	46	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora	Obrigatório



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS
339679

3 - Número da Guia Referenciada

4 - Senha

5 - Data da Autorização

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

9 - Idade

10 - Sexo

Dados do Profissional Solicitante

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Telefone

13 - E-mail

Diagnóstico Oncológico

14 - Data do Diagnóstico

15 - CID 10 Principal

16 - CID 10 (2)

17 - CID 10 (2)

18 - CID 10 (2)

19 - Diagnóstico por Imagem

22 - Estadiamento

25 - ECOG

24 - Finalidade

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

24 - Informações relevantes

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação

Procedimentos Complementares

29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Quantidade	29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Quantidade
1					7				
2					8				
3					9				
4					10				
5					11				
6					12				

34 - Nº de Campos
35 - Dose por dia (em Gy)
36 - Dose Total (em Gy)
37 - Nº de Dias
38 - Data Prevista para Início da Administração

39 - Observação / Justificativa

40 - Data da Solicitação

41 - Assinatura do Profissional Solicitante

42 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Legenda Anexo Solicitação de Radioterapia

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Idade do beneficiário	9	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	10	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	12	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	13	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	14	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Diagnóstico principal	15	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Diagnóstico secundário	16	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Terceiro diagnóstico	17	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Quarto diagnóstico	18	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional
Código do diagnóstico por imagem	19	Diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio
Estadiamento do tumor	20	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31	Obrigatório
Escala de capacidade funcional	21	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30	Obrigatório
Código da finalidade do tratamento	22	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33	Obrigatório
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	23	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico	Opcional
Informações relevantes	24	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento
Cirurgia	25	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente
Data de realização	26	Data de Realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente
Quimioterapia	27	Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado
Data da aplicação da última quimioterapia	28	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Data prevista para realização do procedimento	29	Data prevista	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório
Código do procedimento solicitado	31	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório
Descrição do procedimento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório
Quantidade do procedimento solicitado	33	Qtde	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório
Número de campos	34	Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório
Dose de radioterápico por dia	35	Dose por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento	Obrigatório
Dose total de radioterápico	36	Dose total	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária	Obrigatório
Número de dias previstos de tratamento	37	Número de dias	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório
Data prevista para início da administração	38	Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia	Obrigatório
Observação / Justificativa	39	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional
Data da solicitação	40	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais	Obrigatório
Assinatura do profissional solicitante	41	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação	Obrigatório
Assinatura do responsável pela autorização	42	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora	Obrigatório



GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 339679	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------	--

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
-------------------------	------------------------

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)	12 - Acatado
--------------------	-------------------------	-----------------------------------	---	--------------

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Senha
16 - Código da Glosa da Guia	17 - Justificativa (no caso de recurso integral da guia)	18 - Acatado

Dados do Recurso do Procedimento ou Item Assistencial

	19 - Data de Realização	20 - Data Final Período	21-Tabela	22 - Procedimento/Item Assistencial	23 - Descrição	24 - Grau de Participação	25 - Código da glosa
1							
	26 - Valor Recusado	27 - Justificativa do Prestador					
	28 - Valor Acatado	29 - Justificativa da Operadora					
2							
	26 - Valor Recusado	27 - Justificativa do Prestador					
	28 - Valor Acatado	29 - Justificativa da Operadora					
3							
	26 - Valor Recusado	27 - Justificativa do Prestador					
	28 - Valor Acatado	29 - Justificativa da Operadora					
4							
	26 - Valor Recusado	27 - Justificativa do Prestador					
	28 - Valor Acatado	29 - Justificativa da Operadora					
5							
	26 - Valor Recusado	27 - Justificativa do Prestador					
	28 - Valor Acatado	29 - Justificativa da Operadora					
6							
	26 - Valor Recusado	27 - Justificativa do Prestador					
	28 - Valor Acatado	29 - Justificativa da Operadora					

30 - Valor Total Recusado - R\$	31 - Valor Total Acatado - R\$
---------------------------------	--------------------------------

32 - Data do Recurso	33 - Assinatura do Contratado	34 - Data da Assinatura da Operadora	35 - Assinatura da Operadora
----------------------	-------------------------------	--------------------------------------	------------------------------

7557 (1/2)V-01 - Almoço (04/14)



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número da guia de recurso de glosas no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório
Objeto do recurso de glosa	4	Objeto do recurso	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia
Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	5	Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório
Número do lote	8	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora	Obrigatório
Número do protocolo	9	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador	Obrigatório
Código da glosa do protocolo	10	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	11	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1
Resposta ao recurso do protocolo	12	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Número da guia no prestador	13	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2
Número da guia atribuído pela operadora	14	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2 e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Senha	15	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha
Código da glosa da guia	16	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	17	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia
Resposta ao recurso da guia	18	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado
Data inicial do período ou data de realização	19	Data inicial/ data de realização	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
Data final do período	20	Data final do período	Date	8	DDMMA-AAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	21	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	22	Código do procedimento / item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	23	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
Grau de participação do profissional	24	Grau de participação	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Código da glosa do procedimento	25	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
Valor recursado	26	Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	27	Justificativa do Prestador	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
Valor acatado	28	Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	29	Justificativa da Operadora	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recursado	30	Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador	Obrigatório
Valor total acatado	31	Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa	Obrigatório
Data do recurso de glosa	32	Data do recurso	Date	8	DDMMA-AAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa	Obrigatório
Assinatura do contratado	33	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado	Obrigatório
Data da assinatura da operadora	34	Data da assinatura da Operadora	Date	8	DDMMA-AAA	Data da assinatura da operadora	Obrigatório
Assinatura da operadora	35	Assinatura da Operadora				Assinatura da operadora	Obrigatório



3.3. Representação de Conceitos em Saúde

O componente de representação de conceitos em saúde do Padrão TISS estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS

Estas são as novas tabelas de domínio que estão disponíveis no site da ANS para *download* e também estarão no preenchimento das guias através dos portais das empresas de conectividade:

Tabela 18 - Terminologia de Diárias, taxas e gases medicinais	5
Tabela 19 - Terminologia de Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	234
Tabela 20 - Terminologia de Medicamentos	4.928
Tabela 22 - Terminologia de Procedimentos e eventos em saúde	6.267
Tabela 23 - Terminologia de Caráter do atendimento	6.445
Tabela 24 - Terminologia de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	6.446
Tabela 25 - Terminologia de Código da despesa	6.452
Tabela 26 - Terminologia de Conselho profissional	6.453
Tabela 27 - Terminologia de Débitos e créditos	6.454
Tabela 28 - Terminologia de Dentes	6.455
Tabela 29 - Terminologia de Diagnóstico por imagem	6.459
Tabela 30 - Terminologia de Escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)	6.460
Tabela 31 - Terminologia de Estadiamento do tumor	6.461
Tabela 32 - Terminologia de Faces do dente	6.462
Tabela 33 - Terminologia de Finalidade do tratamento	6.463
Tabela 34 - Terminologia de Forma de pagamento	6.464
Tabela 35 - Terminologia de Grau de participação	6.465
Tabela 36 - Terminologia de Indicador de acidente	6.466
Tabela 37 - Terminologia de Indicador de débito ou crédito	6.467
Tabela 38 - Terminologia de Mensagens (glosas, negativas e outras)	6.468
Tabela 39 - Terminologia de Motivo de encerramento	6.502
Tabela 40 - Terminologia de Origem do evento de atenção à saúde	6.504
Tabela 41 - Terminologia de Regime de internação	6.505

Tabela 42 - Terminologia de Regiões da boca	6.509
Tabela 43 - Terminologia de Sexo	6.510
Tabela 44 - Terminologia de Situação inicial do dente	6.511
Tabela 45 - Terminologia de Status da solicitação	6.512
Tabela 46 - Terminologia de Status do cancelamento	6.513
Tabela 47 - Terminologia de Status da guia e do protocolo	6.514
Tabela 48 - Terminologia de Técnica utilizada	6.515
Tabela 49 - Terminologia de Tipo de acomodação	6.514
Tabela 50 - Terminologia de Tipo de atendimento	6.519
Tabela 51 - Terminologia de Tipo de atendimento em odontologia	6.520
Tabela 52 - Terminologia de Tipo de consulta	6.521
Tabela 53 - Terminologia de Tipo de demonstrativo	6.522
Tabela 54 - Terminologia de Tipo de evento de atenção à saúde	6.523
Tabela 55 - Terminologia de Tipo de faturamento	6.524
Tabela 56 - Terminologia de Tipo de guia	6.525
Tabela 57 - Terminologia de Tipo de internação	6.526
Tabela 58 - Terminologia de Tipo de quimioterapia	6.527
Tabela 59 - Terminologia de Unidade da federação	6.528
Tabela 60 - Terminologia de Unidade de medida	6.530
Tabela 61 - Terminologia de Via de acesso	6.533
Tabela 62 - Terminologia de Via de administração	6.534
Tabela 63 - Terminologia de Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS	6.536
Tabela 64 - Terminologia de Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS	6.538
Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas na saúde suplementar	10.880

3.4. Segurança e Privacidade

O componente de segurança e privacidade do Padrão TISS estabelece os requisitos de proteção para assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde. Tem como base o sigilo profissional e segue a legislação.



Requisitos:

- Autenticação do usuário;
- Registro de log de acessos e tentativas de acessos;
- Qualidade e segurança das senhas;
- Controles de segurança na sessão de comunicação;
- Estabelecimento de critérios para certificados digitais das operadoras;
- Possibilidade de assinatura digital do prestador.

3.5. Comunicação

O componente de comunicação do Padrão TISS estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura.

Adota a linguagem de marcação de dados XML – Extensible Markup Language

Componente de Comunicação

Componente: Comunicação

- ✓ Qualquer solução tecnológica poderá ser utilizada, desde que atenda às normas do Padrão TISS
- ✓ Na interrupção das transmissões → usar o plano de contingência

Art 18 - Parágrafo único - Não pode importar em descontinuidade do atendimento assistencial ao beneficiário.

Componente de Comunicação

Componente: Comunicação

- ✓ A operadora deve dispor **Webservices e Portal**
- ✓ O prestador de saúde tem a prerrogativa de escolha

Fonte: Site ANS – Material de divulgação



4. Rotina operacional – Central de Atendimento – Autorizações

As solicitações de autorizações, devem ser registradas eletronicamente através das empresas de conectividade contratadas da Unimed Recife:

- Consultório online
- Remote
- Autorizador Web

Para **CONTINGÊNCIA** (quando não houver sistema operando), o prestador fará a solicitação via Central de Atendimento: 81 3413.8400, 3413.8500.

SITUAÇÕES DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

ATENDIMENTO DE CONSULTA (guia inicial);

ATENDIMENTO DE SP/SADT (guia complemento).

SITUAÇÕES DE ATENDIMENTO E ELETIVO:

ATENDIMENTO DE CONSULTA (guia inicial);

ATENDIMENTO DE SADT (guia inicial)*.

OBS: * Procedimentos de **SADT** realizados no consultório médico devem ser vinculados à guia inicial como complemento.

O prestador, para as situações de atendimento acima mencionadas, em caso de contingência, deverá informar se o atendimento é referente:

Atendimento RN (com nome da criança de data de nascimento);

Indicador de acidente: acidente de trabalho ou não.

Caso seja necessário um complemento decorrente do atendimento da urgência e emergência o prestador deverá informar o número da **guia principal**.

Em toda solicitação decorrente do atendimento principal faz-se necessário enviar justificativa médica.

4.1. Internação de urgência e emergência (guia inicial)

Para internação é necessário o envio da solicitação de internação com as seguintes informações:

- Atendimento RN (com nome da criança de data de nascimento);
- Indicador de acidente: acidente de trabalho ou não;
- Pedido médico com justificativa e tipo de acomodação.

4.2. Internação eletiva cirúrgica (guia inicial)

Para internação é necessário o envio da solicitação de internação com as seguintes informações:

- Atendimento RN (com nome da criança de data de nascimento);
- Indicador de acidente: acidente de trabalho ou não;
- **CIRURGIA COM OPME** - pedido médico, laudos e justificativas, relação de material, e cotação, (3 opção de fornecedor, valor, marca, ANVISA);
- Obrigatório utilização do **ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE OPME** conforme padrão TISS;
- Pedido médico com justificativa e laudos de exame e nome do executante;
- Os materiais e medicamentos devem ser solicitados de maneira correta, informar se é **SIMPRO, BRASINDICE, TUSS**;
- **Não** será aceito código em **AMB**;
- Informar se os materiais podem ser negociados pela Unimed Recife junto ao fornecedor;
- Informar se os Honorários Médicos serão faturados pelo hospital, particular, para médico credenciado.

4.3 Prorrogação de diárias (guia complemento)

- Número da guia inicial;
- Data da alta se houver;
- Período a ser prorrogado;
- Pedido médico com justificativa e tipo de acomodação.



4.4 Procedimentos/SADT e cirurgias de paciente internado (guia complemento)

- Número de guia inicial;
- Para **SADT**, pedido médico com justificativa;
- **PROCEDIMENTOS**: pedido médico com justificativa;
- **TERAPIAS**: pedido médico com justificativa quantidade e período;
- **CIRURGIA SEM OPME**: pedido médico, laudos e justificativas, informar se haverá a necessidade de materiais especiais;
- **CIRURGIA COM OPME**: pedido médico, laudos e justificativas, relação de material, e cotação (3 opção de fornecedor, valor, marca, **ANVISA**);
- Obrigatório utilização do ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE OPME conforme padrão TISS;
- Os materiais e medicamentos devem ser solicitados de maneira correta, informar se é **SIMPRO, BRASINDICE, TUSS**;
- **Não** será aceito código em **AMB**.

4.5 Quimioterapia

Para análise de procedimentos quimioterápicos serão obrigatórias as seguintes informações:

- Número de ciclos;
- Ciclo atual;
- Intervalo de ciclo (dias);
- Data da solicitação;
- Informar a via e frequência para administração do medicamento;
- Obrigatório utilização do ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA conforme padrão TISS;
- Para 1º solicitação envio do anátomo patológico;
- Para continuidade do tratamento é necessário encaminhar ficha de solicitação de tratamento oncológico devidamente preenchida, contendo: superfície corpórea, doses das medicações por m² e calculadas;
- Informar as datas previstas de aplicações;
- Informar plano terapêutico;
- Finalidade do tratamento;
- ECOG (condição do paciente).

4.6. Radioterapia

Para análise de procedimentos de radioterapias serão obrigatórias as seguintes informações:

- Informar o estadiamento;
- Informar a finalidade do tratamento;
- ECOG (condição do paciente);
- Número de campos;
- Dose por dia;
- Dose total;
- Número de dias;
- Data prevista de administração;
- Obrigatório utilização do ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA conforme padrão TISS.

4.7. OPME

Para procedimentos que envolva o uso de OPME é necessário o envio da documentação junto com o pedido da cirurgia:

- **Pedido médico, laudos e justificativas, relação de material, e cotação (3 opção de fornecedor, valor, marca, ANVISA)**;
- Obrigatório utilização do ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE OPME conforme padrão TISS.
- Os materiais devem ser solicitados de maneira correta, informar se é **SIMPRO, TUSS**.

Importante:

Pacotes – todo procedimento negociado através de pacote deve ser solicitado na codificação correta;

Fisioterapia de paciente internado – é necessária informar o período;

Evitar duplicidade – para os pedidos que estejam em análise ou na Unimed de origem do cliente, é necessário aguardar a resposta para não gerar duplicidade.

Atendimento eletivo sem senha (contingência) – é necessário validar os dados do cliente, em caso de dúvida consultar o canal de atendimento Unimed Recife.



Contingência – É somente quando não há possibilidade de registrar as solicitações de autorização eletronicamente, neste caso, deve-se contactar com nossa **Central de Atendimento: 81 3413-8400/8500.**



5. Rotina Operacional – Contas Médicas – Faturamento

Orientações sobre envio de faturamento

5.1. Documentos necessários:

Para envio do faturamento é obrigatório:

- A) Protocolos de envio de arquivo XML
- B) Guias de atendimento padrão TISS 3.04.0

5.2. Endereço para emissão de Nota Fiscal e Entrega de faturamento:

5.2.1. Endereço para emissão de Nota Fiscal

Nome Sacado: Unimed Recife Cooperativa de Trabalho Médico
Endereço: Avenida Lins Petit, 140, 2º andar
Bairro: Ilha do Leite – Município: Recife
Estado: Pernambuco
CEP: 50070-225
CNPJ: 11.214.624/0001-28

Notas Fiscais com dados incorretos, serão devolvidas automaticamente para correção, desta forma, solicitamos atenção especial no preenchimento para que não haja problema com o pagamento.

5.2.2. Endereço para entrega de faturamento

Solicitamos que toda e qualquer entrega de faturamento seja feita no endereço abaixo informado:

Nome: Unimed Recife Cooperativa de Trabalho Médico
Endereço: Avenida Lins Petit, 140
Bairro: Ilha do Leite
CEP: 50070-225
A/C: Setor de Atendimento ao Prestador

O horário de recebimento das faturas é das 7h00 às 18h00, de segunda a sexta-feira. A entrega deverá ser realizada até o último dia útil do mês.

Importante: Não consideramos a data de postagem como data de entrega.

5.3. Prazo de envio das contas

O prazo de envio das contas está estipulado em contrato, é de extrema importância observar se as datas de atendimento estão dentro do prazo de envio do seu faturamento, sendo assim, o correto é enviar mensalmente as guias de atendimento e não deixá-las acumular para outra competência, evitando perdas de receita.

5.3.1. Internações de longa permanência

Sugerimos que as internações de longa permanência tenham alta administrativa a cada 5 dias, ou seja, faturamento parcial. Isto facilitará a cobrança e evitará que a mesma seja cobrada após o prazo contratual.



5.4. Faturamento eletrônico

O protocolo de envio do faturamento eletrônico deve ser entregue junto ao faturamento físico, as guias físicas que chegarem sem o protocolo serão devolvidas automaticamente.

5.5. Tratamento seriado

As contas de tratamentos seriados (fono, psico, fisioterapia, acupuntura, etc.) devem ser apresentadas de forma aberta, ou seja, as sessões não podem ser cobradas em uma única “linha e data”.

No faturamento físico e eletrônico deverão ser preenchidos os campos de data de entrada e de realização.

Ressaltamos que o faturamento eletrônico obrigatoriamente deve ser uma cópia da guia física, se cobrar 10 sessões o XML deve conter 10 “linhas” com as respectivas datas de atendimento.

Vale ressaltar que o atendimento deverá ser encaminhado de acordo com o mês e competência vigente. O faturamento deve ser fragmentado para que a cobrança não perca o prazo.

Em caso de dúvidas sobre o preenchimento do faturamento eletrônico favor contatar o setor de Produção Médica.

Contato: 081 3413-8092 / 8093

5.6. Preenchimento indevido do campo % redução/ acréscimo

Nas cobranças de SADT, caso o campo Via de Acesso não seja informado ou esteja como Única “U”, o campo % redução/acrécimo deverá estar em branco. Os acréscimos nos valores de honorários médicos (para atendimentos de urgências ou emergências) são calculados automaticamente por nosso sistema, de acordo com as datas e horários informados. O preenchimento incorreto dessa informação causa divergências no momento da análise das contas.

5.7. Data e hora de saída informada nas Guias

A data de realização do procedimento deve ser igual ou maior à data de entrada e igual ou menor à data de saída, porém, detectamos que alguns procedimentos e ou/ outras despesas estão sendo cobrados em datas fora do período. Tais cobranças geram glosas.

5.8. Procedimentos em guias indevidas

A Guia de Consulta deve ser utilizada exclusivamente na execução de consultas eletivas sem procedimento.

Atendimento em Pronto Socorro deve-se utilizar a guia de SP/SADT, nesses casos é obrigatório o preenchimento do Horário Inicial e Final do atendimento.

Para cobrança deve-se seguir o padrão TISS:

- Guia de Consulta;
- Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT;
- Guia de Solicitação de Internação;
- Guia de Resumo de Internação;
- Guia de Honorário Individual;
- Guia de Outras Despesas.



5.9. Filme radiológico cobrado como outras despesas

Detectamos que o filme radiológico em alguns casos está sendo cobrado incorretamente como outras despesas. O filme não deve ser cobrado separadamente, o valor do filme radiológico deve estar agrupado ao valor do procedimento.

5.10. Recurso de Glosas

O Recurso de glosa deve seguir o novo padrão TISS 3.04.00, sendo encaminhado no formulário específico e contendo todas informações obrigatórias preenchidas.

O prazo para Recurso é de 30 dias após a divulgação do demonstrativo de pagamento.

Revisão de Glosas – 081 3413-8003

revisaocontas@unimedrecife.com.br

5.11. Controle, acompanhamento de pagamentos e impostos

As informações referente a datas de pagamento, apuração de impostos estão disponíveis do portal do prestador de serviço. Sendo assim, por se tratar de informações confidenciais a cada prestador de serviço, estas informações não serão divulgadas via telefone.

Caso ainda não tenha acesso ao portal, solicitar acesso através dos dados abaixo:

Fone: (81) 3413-8008 ou suporte.cadm@unimedrecife.com.br

A Unimed Recife e seus fornecedores de conectividades se colocam a disposição para início de testes e esclarecimentos sobre a implantação da nova versão, nossos esforços estão direcionados em facilitar o entendimento da novas mudanças, esclarecer todas as dúvidas que cercam essa nova rotina e atender em 100% o cumprimento da legislação (RN 305).

Nossos canais de contato são:

Para autorizações:

Central de Atendimento

081 3413-8400/8500

Dúvidas com relação à preparação de lotes (documentação física):

Área de Contas Médicas

Setor de Atendimento ao Prestador

Fone: 081 3413-8011/8012

E-mail: recebimentocontas@unimedrecife.com.br

Revisão de Glosas

Fone: 81 3413-8003

E-mail: revisaocontas@unimedrecife.com.br

Dúvidas com relação à digitação das guias, geração dos arquivos e transmissão, contate o Suporte da TI:

Fone: 81 3413-8008

Demais dúvidas TISS

Fones: 81 3413-8017; 3413-8092 ou 3413-8093

tiss@unimedrecife.com.br