



**TISS** Troca de Informação em Saúde Suplementar

*Manual  
de  
Instruções*

versão 2.1.03

# Sumário

<b>Manual TISS</b>	<b>4</b>
<b>1 Introdução .....</b>	<b>4</b>
O que é a TISS? .....	5
Como utilizar esse manual .....	6
Sobre esse manual .....	7
<b>2 Guias .....</b>	<b>8</b>
Visão geral .....	8
Guia de consultas .....	11
Guia de SP/SADT .....	12
Guia de solicitação de internação .....	13
Guia de resumo de internação .....	15
Guia de honorário individual .....	17
Guia de outras despesas .....	18
Ligações entre guias .....	19
Exemplos de utilização .....	29
<b>3 Demonstrativos.....</b>	<b>32</b>
Demonstrativo de análise de conta médica .....	33
Demonstrativo de pagamento .....	34
<b>4 Legendas dos formulários.....</b>	<b>35</b>
Legenda da guia de consulta .....	36
Legenda da guia de serviço profissional / serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SP/SADT) .....	40
Legenda da guia de solicitação de internação .....	48
Legenda da guia de resumo de internação .....	55
Legenda da guia de honorário individual .....	62
Legenda da guia de outras despesas .....	65
Legenda demonstrativo de análise de contas médicas .....	67
Legenda demonstrativo de pagamento .....	70
<b>5 Tabelas de domínios.....</b>	<b>73</b>
CBO-S .....	74
Conselho profissional .....	78
Dentes .....	79
Faces do dente .....	81
Glosas .....	82
Grau de participação .....	97
Indicador de acidente .....	98
Motivo de saída da internação .....	99
Óbito em mulher .....	101
Regime de internação .....	102
Regiões .....	103
Situação inicial .....	104
Status do protocolo .....	105
Tabelas .....	106
Técnica utilizada .....	107
Tipo de acomodação .....	108
Tipo de atendimento .....	109
Tipo de consulta .....	110
Tipo de doença .....	111
Tipo de faturamento .....	112
Tipo de internação .....	113
Tipo de logradouro .....	114

Tipo de saída na guia de consulta .....	119
Tipo de saída na guia de SP/SADT .....	120
Unidade de tempo de doença referida pelo paciente .....	121
Via de acesso .....	122
<b>6 Glossário .....</b>	<b>123</b>

**Índice** 137

# 1 Manual TISS

## 1.1 Introdução

A ANS estabeleceu um padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

O tema reveste-se de grande importância para o setor, tendo em vista que alguns segmentos do mercado já haviam iniciado estudos com o intuito de estabelecer a padronização da informação trocada entre operadoras e prestadores, já que o preenchimento de grande variedade de formulários utilizada por cada operadora e os demorados mecanismos para obtenção de autorizações de determinados procedimentos exigem intensa dedicação burocrática dos prestadores de serviços.

Além disso, a lentidão dos processos administrativos no atendimento dos beneficiários, assim como as possibilidades de erros e as dificuldades de comparação de dados, são consequências notoriamente associadas ao excesso de papéis e à ausência de sistemas de informação unificados e ágeis.

A informação, ferramenta fundamental para o setor de saúde suplementar, norteia avaliações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, orienta decisões e planejamentos, embasa as estatísticas da ANS e de outros órgãos governamentais.

A proposta da ANS utiliza padrões já existentes e disponíveis em outros bancos de dados e sistemas de informações, permitindo uma compatibilização com os diversos sistemas de informação em saúde hoje existentes, possibilitando melhorias na utilização das informações coletadas.

### 1.1.1 O que é a TISS?

A TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) é uma norma instituída pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, que estabelece um padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço de saúde sobre os eventos realizados em beneficiários de planos privados de saúde.

O padrão TISS é dividido em três partes:

1. **Representação de conceitos:** Constitui um conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados pela TISS.
2. **Conteúdo e estrutura:** Estabelece as guias e demonstrativos utilizados pelo setor de saúde suplementar, padronizando campos, formatos e regras de preenchimento.
3. **Comunicação:** Define as transações eletrônicas, incluindo as regras de comunicação e segurança, entre os sistemas de informação das operadoras de plano de saúde e os sistemas de informações dos prestadores de serviços.

A implantação da TISS será feita gradualmente, conforme o seguinte cronograma:

- a) O padrão de conteúdo e estrutura relativa a atendimentos médicos, baseada em guias e formulários em papel, deverá ser adotada pelo segmento de saúde suplementar a partir de 31 de maio de 2007.
- b) O padrão de conteúdo e estrutura relativa a atendimentos odontológicos, baseada em guias e formulários em papel, deverá ser adotada pelo segmento de saúde suplementar até 31 de maio de 2007.
- c) O padrão de comunicação, compreendendo as transações eletrônicas relativas aos atendimentos médicos em hospitais, pronto-socorros, clínicas, policlínicas e unidades móveis deverá ser adotada pelo segmento de saúde suplementar até 31 de maio de 2007.
- d) O padrão de comunicação, compreendendo as transações eletrônicas relativas aos atendimentos médicos em consultórios isolados ou por profissionais em consultórios deverá ser adotada pelo segmento de saúde suplementar até 30 de novembro de 2008.
- e) O padrão de comunicação, compreendendo as transações eletrônicas relativas aos atendimentos odontológicos em clínicas odontológicas deverá ser adotada pelo segmento de saúde suplementar até 30 de novembro de 2007.
- f) O padrão de comunicação, compreendendo as transações eletrônicas relativas aos atendimentos odontológicos em consultórios odontológicos isolados deverá ser adotada pelo segmento de saúde suplementar até 30 de novembro de 2008.

### 1.1.2 Como utilizar esse manual

Esse manual é disponibilizado em dois diferentes formatos de arquivo, ambos com o mesmo conteúdo:

Arquivo PDF: Esse formato de arquivo requer o software *Adobe Acrobat Reader*<sup>©</sup>. É indicado para quem desejar imprimir o manual, ou para aqueles que preferirem uma visualização do tipo "editor de texto", com direito a avançar ou retroceder páginas e localizar palavras.

Arquivo CHM: Esse formato é o padrão de *help on-line* do Windows<sup>©</sup>. É indicado para aqueles que desejam ter as informações sempre disponíveis na tela do computador, para acesso rápido e objetivo, pois permite acessar as informações contidas no manual de forma interativa, como os sistemas de ajuda da maioria dos aplicativos profissionais. É possível visualizar um formulário (guia ou demonstrativo) inteiro, e clicar em um dos campos para obter sua descrição e características.

Através de palavras, palavras-chave e expressões é possível o acesso rápido as informações desejadas, utilizando as abas "Índice", "Pesquisa" e "Favoritos".

Aba "Índice" - localiza os tópicos que contém a palavra-chave,

Aba "Pesquisar" - localiza uma palavra ou expressão contida no texto dos tópicos,

Aba "Favoritos" - Adiciona a uma lista os tópicos acessados mais frequentemente.

A resolução de vídeo indicada para visualização desse manual é de 1024 x 768 pixels.

É recomendada a leitura da sessão **Visão geral**, no capítulo **Guias** e no capítulo **Demonstrativos** para compreensão das regras a serem observadas no preenchimento dos formulários.

### 1.1.3 Sobre esse manual

Manual de preenchimento dos formulários da TISS.

Versão da TISS abordada nesse manual: TISS 2.1

Versão desse manual: versão 2.1.03.

O objetivo desse manual é meramente orientar o setor de saúde suplementar quanto ao preenchimento e utilização dos formulários instituídos pela TISS.

Os arquivos que contêm esse manual podem ser livremente reproduzidos ou distribuídos. O conteúdo desse manual não pode ser alterado.

Esse manual é resultado de um trabalho coordenado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, envolvendo as entidades de classe que atuaram na Subcomissão de Conteúdo e Estrutura do COPISS:

CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

CNS - Confederação nacional de saúde

FBH - Federação brasileira de hospitais

FENASEG - Federação nacional das empresas de seguros privados e de capitalização

SBPC/ML - Sociedade brasileira de patologia clínica/medicina laboratorial

UNIDAS - União nacional das instituições de autogestão em saúde

UNIMED.

A compilação e formatação das informações, bem como a geração dos arquivos de distribuição foram feitos com a cooperação da Tempro Software.

### Histórico de Revisões

Versão	Data	Responsável	Descrição da revisão
1.0.01	30/10/2006	Luis Antonio De Biase Nogueira	Versão inicial
2.1.01	24/11/2006	Luis Antonio De Biase Nogueira	Reestruturação das ligações entre guias Reestruturação dos exemplos de utilização Revisão e ajustes para publicação
2.1.02	18/12/2006	Luis Antonio De Biase Nogueira	Inserção de links para tabelas de domínios Correção de links nos demonstrativos
2.1.03	09/03/2007	Luis Antonio De Biase Nogueira	Correção da sigla SBPC Introdução do histórico de revisões

## 1.2 Guias

As guias do padrão TISS são os modelos formais e obrigatórios de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário e enviadas do prestador para a operadora.

O layout dos formulários deve ser seguido integralmente, conforme publicado na Instrução Normativa nº 22, não sendo possível nenhum tipo de alteração em sua estrutura.

As guias definidas no padrão TISS são:

[Guia de Consulta](#)

[Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia](#)

[Guia de Solicitação de Internação](#)

[Guia de Resumo de Internação](#)

[Guia de Honorário Individual](#)

[Guia de Outras Despesas](#)

### 1.2.1 Visão geral

Este manual tem como finalidade instruir todos os prestadores de serviço no preenchimento uniforme das guias do padrão TISS para todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A exigência do preenchimento dos campos opcionais das guias pode ser negociada entre as operadoras e os prestadores de serviço.

A padronização das guias não invalida os atuais processos informatizados praticados pelas operadoras e prestadores de serviços, respeitado o padrão de conteúdo e estrutura. A implementação do padrão eletrônico de comunicação deve atender os prazos da Resolução Normativa nº 135/2006.

1. A Guia de Consultas deve ser utilizada exclusivamente na execução de consultas eletivas sem procedimento, e constitui-se no documento padrão para solicitação do pagamento.

2. A Guia de Serviços Profissionais / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção, pequena cirurgia, terapias, consulta com procedimentos, exames, atendimento domiciliar, SADT internado ou quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS).

Compreende os processos de autorização, desde que necessária, e de execução dos serviços.

A consulta de referência deve ser preenchida na Guia de SP/SADT.

As seguintes especificações demonstram a utilização das guias em questão:

#### **Solicitação**

a. Para o médico solicitar, se necessário, qualquer tipo de SADT ou procedimento, material, medicamento, taxa e equipamento, em situações que

não impliquem em internação. Isto elimina qualquer outro tipo de papel, mesmo os receituários em que os médicos estão acostumados a fazer estas solicitações. Se a operadora for emitir uma guia autorizando qualquer tipo de SADT ou procedimento, material, medicamento, taxa e equipamento (à exceção das internações) deverá utilizar esta guia;

- b. Para a solicitação e realização da consulta de referência (consulta realizada por indicação de outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento);
- c. No caso de autorização de OPM e medicamentos especiais a operadora poderá a seu critério emitir uma nova guia ou algum documento complementar comprovando a autorização;

### **Execução**

- a. Para realização de consulta de referência e consultas com procedimento;
  - b. Se todo fluxo da operadora for em papel e manual, o prestador enviará no mesmo documento de solicitação os dados da execução para cobrança;
  - c. Qualquer tipo de SADT ou procedimento, OPMs e medicamentos especiais executados, não internados, são registrados na guia de SP/SADT. Outras cobranças de material e medicamento de uso comum, taxas e equipamentos devem ser registrados na Guia de Outras Despesas;
  - d. No caso de serviços terceirizados do hospital (SADT internado), quando o pagamento não é feito ao hospital, mesmo em regime de internação, deverá utilizar esta guia. Admite-se que mesmo em casos de internações onde o SADT seja cobrado pelo próprio hospital, utilize-se essa guia. Nessa hipótese, o hospital não colocaria esses procedimentos na Guia de Resumo de Internação
  - e. Para cobrança individual de honorários de procedimentos realizados em equipe, incluindo o grau de participação conforme tabela de domínio.
3. A Guia de Solicitação de Internação é o formulário padrão a ser utilizado para a solicitação, autorização ou negativa de internação, em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar.
    - a. O pedido de prorrogação será feito pelos prestadores de serviço de forma devidamente acordada com a operadora e a autorização deverá ser registrada no verso desta guia, até que haja a padronização da Guia de Pedido de Prorrogação, a ser determinada pelo COPISS.
  4. A Guia de Resumo de Internação é o formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação.
    - a. No caso dos honorários quando cobrados diretamente pelos profissionais, deve-se utilizar a Guia de Honorário Individual;
    - b. No caso de SADTs quando cobrados diretamente pelos terceirizados deve-se utilizar a Guia de SP/SADT;
    - c. As Guias de Honorários Individual / SADT's devem ser ligadas à guia do hospital conforme demonstrado na seção Ligação entre guias;
    - d. Se houver uma Guia de Solicitação onde a internação é autorizada, ela deve ser referenciada na Guia de Resumo da Internação, conforme demonstrado na seção Ligação entre guias;
  5. A Guia de Honorário Individual o formulário padrão a ser utilizado para a apresentação do faturamento de honorários profissionais prestados em serviços de internação, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional.
    - a. Nas internações, no caso de contas desvinculadas.
    - b. Esta guia é ligada à guia do hospital conforme demonstrado na seção Ligação entre guias.
    - c. Exceto as guias de internação esta guia tem como característica NÃO poder

estar ligar a nenhuma outra .

6. A Guia de Outras Despesas é o formulário padrão a ser utilizado nos casos de apresentação do faturamento em papel, como instrumento de continuidade e complemento de folhas. Esta guia estará sempre ligada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só. É utilizada para discriminação de materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, não informados na guia principal.

## 1.2.2 Guia de consultas

Logo da Empresa		GUIA DE CONSULTA		2- Nº	123456789012	
1 - Registro ANS		3 - Data de Emissão da Guia				
<b>Dados do Beneficiário</b>						
4 - Número da Carteira				5 - Plano	6 - Validade da Carteira	
7 - Nome			8 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
<b>Dados do Contratado</b>						
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		10 - Nome do Contratado			11 - Código CNES	
12 - TL	13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento		16 - Município		17 - UF	18 - Código IBGE
20 - Nome do Profissional Executante			21 - Conselho Profissional	22 - Número no Conselho	23 - UF	24 - Código CBO S
<b>Hipótese Diagnóstica</b>						
25 - Tipo de Doença	26 - Tempo de Doença		27 - Indicação de Acidente			
<input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	<input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias		<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros			
28 - CID Principal	29 - CID (2)	30 - CID (3)	31 - CID (4)			
<b>Dados do Atendimento / Procedimento Realizado</b>						
32 - Data do Atendimento	33 - Código Tabela	34 - Código Procedimento				
35 - Tipo de Consulta	36 - Tipo de Saída					
<input type="checkbox"/> 1-Primeira <input type="checkbox"/> 2-Seguimento <input type="checkbox"/> 3-Pré-Natal	<input type="checkbox"/> 1-Retorno <input type="checkbox"/> 2-Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3-Referência <input type="checkbox"/> 4-Internação <input type="checkbox"/> 5-Alta					
37 - Observação						
38 - Data e Assinatura do Médico				39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		

## 1.2.3 Guia de SP/SADT

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT							2-Nº 123456789012	
1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão do Guia			
<b>Dados do Beneficiário</b>								
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde				
<b>Dados do Contratado Sólicitante</b>								
13 - Código da Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES						
16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO S				
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>								
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)					
25-Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28-Qt.Solic. 29-Qt.Autoriz.					
1 -								
2 -								
3 -								
4 -								
5 -								
<b>Dados do Contratado Executante</b>								
30 - Código da Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32-T.L.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	
30a - Código da Operadora / CPF do exec. complementar	41 - Nome do Profissional Executante Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	46a - Grau de Participação		
<b>Dados do Atendimento</b>								
47 - Tipo Atendimento	01 - Retorno 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS-Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente	49 - Tipo de Saída					
50 - Tipo de Doença	51 - Tempo de Doença A-Aguda C-Crônica M-Mesos D-Dias	52 - 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	53 - 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Ata 6-Óbito					
<b>Consulta Referência</b>								
54 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57-Qtds.	58-Vlr	59-Tsc	60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1 -								
2 -								
3 -								
4 -								
5 -								
6 -								
<b>Procedimentos e Exames realizados</b>								
63 - Total Procedimentos R\$	64 - Total Taxas e Alugatis R\$	65 - Total Materiais R\$	66 - Total Medicamentos R\$	67 - Total Diárias R\$	68 - Total Gases Medicinais R\$	69 - Total Geral da Guia R\$		
66 - Data e Assinatura do Sólicitante	67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Data e Assinatura do Prestador Executante					

*Frente*

OPM Solicitados		74-Descrição OPM	75-Qtde.	76-Fabricante	77-Valor Unitário R\$	
72-Tabela	73-Código do OPM					
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
<b>OPM Utilizados</b>		88-Descrição OPM	81-Qtde.	82-Código de Barras	83-Valor Unitário R\$	84-Valor Total R\$
78-Tabela	79-Código do OPM					
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
						85- Total OPM R\$

*Verso*

## 1.2.4 Guia de solicitação de internação

Logo da Empresa		<b>GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO</b>		2- Nº <b>123456789012</b>
<b>1 - Registro ANS</b>	<b>3 - Data da Autorização</b>	<b>4 - Senha</b>	<b>5 - Data Validade da Senha</b>	<b>6 - Data de Emissão da Guia</b>
<b>Dados do Beneficiário</b>				
<b>7 - Número da Carteira</b>  <input type="text"/>	<b>8 - Plano</b>  <input type="text"/>	<b>9 - Validade da Carteira</b>  <input type="text"/>		
<b>10 - Nome</b>  <input type="text"/>		<b>11 - Número do Cartão Nacional de Saúde</b>  <input type="text"/>		
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>				
<b>12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF</b>  <input type="text"/>	<b>13 - Nome do Contratado</b>  <input type="text"/>			<b>14 - Código CNES</b>  <input type="text"/>
<b>15 - Nome do Profissional Solicitante</b>  <input type="text"/>		<b>16 - Conselho Profissional</b>  <input type="text"/>	<b>17 - Número no Conselho</b>  <input type="text"/>	<b>18 - UF</b>  <input type="text"/>
<b>Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação</b>				
<b>20 - Código na Operadora / CNPJ</b>  <input type="text"/>	<b>21 - Nome do Prestador</b>  <input type="text"/>			
<b>22 - Caráter da Internação</b>  <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<b>23-Tipo de Internação</b>  <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica			
<b>24 - Regime de Internação</b>  <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	<b>25 - Qtde. Diárias Solicitadas</b>  <input type="text"/>			
<b>26 - Indicação Clínica</b>  <input type="text"/>  <input type="text"/>				
<b>Hipóteses Diagnósticas</b>				
<b>27-Tipo Doença</b>  <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<b>28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente</b>  <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias	<b>29 - Indicação de Acidente</b>  <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros		
<b>30-CID 10 Principal</b>  <input type="text"/>	<b>31 - CID 10 (2)</b>  <input type="text"/>	<b>32 - CID 10 (3)</b>  <input type="text"/>	<b>33 - CID 10 (4)</b>  <input type="text"/>	
<b>Procedimentos Solicitados</b>				
<b>34-Tabela</b> <b>35 - Código do Procedimento</b>	<b>36 - Descrição</b>			<b>37 - Qtde. Solut 38 - Qtde. Aut</b>
1- <input type="text"/>	 <input type="text"/>			 <input type="text"/>
2- <input type="text"/>	 <input type="text"/>			 <input type="text"/>
3- <input type="text"/>	 <input type="text"/>			 <input type="text"/>
4- <input type="text"/>	 <input type="text"/>			 <input type="text"/>
5- <input type="text"/>	 <input type="text"/>			 <input type="text"/>
<b>OPM Solicitados</b>				
<b>39-Tabela</b> <b>40-Código do OPM</b>	<b>41-Descrição OPM</b>	<b>42-Qtde.</b>	<b>43-Fabricante</b>	<b>44-Valor Unitário R\$</b>
1- <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>
2- <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>
3- <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>
4- <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>
5- <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>
<b>Dados da Autorização</b>				
<b>45 - Data Provável da Admissão Hospitalar</b>  <input type="text"/>	<b>46 - Qtde. Diárias Autorizadas</b>  <input type="text"/>	<b>47 - Tipo da Acomodação Autorizada</b>  <input type="text"/>		
<b>48 - Código na Operadora / CNPJ</b>  <input type="text"/>	<b>49 - Nome do Prestador autorizado</b>  <input type="text"/>			<b>50 - Código CNES</b>  <input type="text"/>
<b>51 - Observação</b>  <input type="text"/>  <input type="text"/>				
<b>52-Data e Assinatura do Médico Solicitante</b>  <input type="text"/>		<b>53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>  <input type="text"/>		<b>54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</b>  <input type="text"/>

**Prorrogações**

<b>55-Data</b>	<b>56-Senha</b>	<b>57-Responsável pela Autorização</b>		
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
<b>58-Tipo Acomod</b>	<b>59-Acomodaçao</b>	<b>60- Qtde. Autorizada</b>		
[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
<b>61-Tabela</b>	<b>62 - Código do Procedimento</b>	<b>63 - Descrição</b>	<b>64 - Qtde.</b>	<b>65 - Qtde. Aut</b>
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>66-Tabela</b>	<b>67-Código do OPM</b>	<b>68-Descrição OPM</b>	<b>69-Qtde.</b>	<b>70-Fabricante</b>
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>71 - Valor Unitário R\$</b>				
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>55-Data</b>	<b>56-Senha</b>	<b>57-Responsável pela Autorização</b>		
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
<b>58-Tipo Acomod</b>	<b>59-Acomodaçao</b>	<b>60- Qtde. Autorizada</b>		
[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
<b>61-Tabela</b>	<b>62 - Código do Procedimento</b>	<b>63 - Descrição</b>	<b>64 - Qtde.</b>	<b>65 - Qtde. Aut</b>
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>66-Tabela</b>	<b>67-Código do OPM</b>	<b>68-Descrição OPM</b>	<b>69-Qtde.</b>	<b>70-Fabricante</b>
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>71 - Valor Unitário R\$</b>				
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>55-Data</b>	<b>56-Senha</b>	<b>57-Responsável pela Autorização</b>		
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
<b>58-Tipo Acomod</b>	<b>59-Acomodaçao</b>	<b>60- Qtde. Autorizada</b>		
[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
<b>61-Tabela</b>	<b>62 - Código do Procedimento</b>	<b>63 - Descrição</b>	<b>64 - Qtde.</b>	<b>65 - Qtde. Aut</b>
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>66-Tabela</b>	<b>67-Código do OPM</b>	<b>68-Descrição OPM</b>	<b>69-Qtde.</b>	<b>70-Fabricante</b>
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>71 - Valor Unitário R\$</b>				
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Verso**

## **1.2.5 Guia de resumo de internação**

Logo da Empresa

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2-Nº

123456789012

Frente

Verso

## 1.2.6 Guia de honorário individual

Logo da Empresa		GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL				2- Nº	123456789012				
1 - Registro ANS	2 - Nº Guia de Solicitação / Senha	3 - Data de Emissão da Guia									
Dados do Beneficiário		5 - Número da Carteira		6 - Plano	7 - Validade da Carteira						
8 - Nome		9 - Número do Cartão Nacional de Saúde									
Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)		10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	11 - Nome do Contratado	12 - Código CNES							
Dados do Contratado Executante		13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado Executante	15 - Código CNES	16 - Tipo de Acomodação Autorizada						
17-Grau Part.	18 - Nome do Profissional Executante	19 - Conselho Profissional	20 - Número no Conselho	21 - UF	22 - Número no CPF						
Procedimentos Realizados											
23-Data	24-Hora Inicial	25-Hora Final	26-Tabela	27-Código do Procedimento	28-Descrição	29-Qtde.	30-Via	31-Tec.	32-% Red./Acresc.	33-Valor Unitário - R\$	34-Valor Total - R\$
1-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
											35 - Total Geral Honorários R\$
36 - Observação											
37-Data/Hora e Assinatura do Prestador					38-Data/Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
_____					_____						

### **1.2.7 Guia de outras despesas**

## 1.2.8 Ligação entre guias

### 1. Consultas

- 1.1. Consulta eletiva sem procedimentos e sem despesas (exceto consulta de referência – ver item 1.3);
  - 1.1.1. A cobrança da consulta deverá ser feita por meio da guia de Consulta.
- 1.2. Consulta eletiva com procedimento e/ou despesas:
  - 1.2.1. A cobrança da consulta e dos procedimentos realizados durante a consulta, deverá ser feita por meio da guia de SP/SADT;
  - 1.2.2. A cobrança das despesas ocorridas durante a consulta deverá ser feita pela guia de Outras Despesas, cujo campo 2- *Nº da Guia Referenciada* conterá o número da guia de SP/SADT.

GUIA DE SP/SADT	
2 - Nº	1230000000ABCD
3 - Nº Guia Principal	4 - Data d

GUIA DE OUTRAS DESPESAS	
2 - Nº Guia Referenciada	1230000000ABCD

- 1.3. A consulta de referência, ou seja, aquela realizada por um especialista por solicitação de outro médico, sempre deverá ser cobrada por meio da guia de SP/SADT, para que constem os dados do médico solicitante.

## 1. Consultas

- 1.4. Em qualquer consulta, a **solicitação** de exames e/ou procedimentos deverá ser feita por meio de uma guia de SP/SADT independente. É *recomendável* que o campo 3-Nº da Guia Principal contenha o número da guia utilizada para cobrança da consulta.



## 2. Serviços profissionais, exames e procedimentos (paciente não internado)

- 2.1. A cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado deverá sempre ser feita por meio da guia de SP/SADT.
- 2.2. As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, decorrentes dos atendimentos informados na guia de SP/SADT deverão ser detalhadas na guia de Outras Despesas, cujo campo 2-Nº da Guia Referenciada conterá o número da guia de SP/SADT onde foi feita a cobrança.

**GUIA DE SP/SADT** 2-Nº 1230000000ABCD

3 - Nº Guia Principal	4 - Data d
-----------------------	------------

**GUIA DE OUTRAS DESPESAS**

2 - Nº Guia Referenciada 1230000000ABCD
--

## **2. Serviços profissionais, exames e procedimentos (paciente não internado)**

2.3. Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesistas, auxiliares, etc...) decorrentes dos procedimentos discriminados na guia de SP/SADT, deve ser usada uma guia adicional de SP/SADT para cada cobrança, destacando no campo *45a-Grau de Participação* o papel do profissional. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo *2-Nº da Guia Principal* contenha o número da guia de SP/SADT principal.

<b>GUIA DE SP/SADT</b>		<b>2- N°</b> 1230000000ABCD
<b>3 - N° Guia Principal</b>	<b>4 - Data</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

<b>GUIA DE SP/SADT</b>		<b>2- N°</b> 432100000DCBA
<b>3 - N° Guia Principal</b>	<b>4 - D</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

### **3. Pronto Atendimento**

- 3.1. Obedecerá aos mesmos critérios dispostos no item 2. Serviços profissionais, exames e procedimentos (paciente não internado).

#### 4. Internação

- 4.1. A cobrança de honorários dos procedimentos e exames, bem como as OPM deverão sempre ser realizada por meio da guia de Resumo de Internação, cujo campo 3-Nº da Guia de Solicitação conterá o número da guia de Solicitação de Internação.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2- Nº	123456789012
<input type="text"/>	5 - Data Válida da Senha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	6 - Data de Emissão da Guia <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO		2- Nº	XYZ1234567890
3 - Nº Guia de Solicitação 123456789012		4 - Data da Autorização <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	5 - Senha <input type="text"/>

- 4.2. As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, decorrentes dos atendimentos deverão ser detalhadas na guia de Outras Despesas, cujo campo 2-Nº da Guia Referenciada conterá o número da guia de Resumo de Internação.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2- Nº	123456789012
<input type="text"/>	5 - Data Válida da Senha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	6 - Data de Emissão da Guia <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO		2- Nº	XYZ1234567890
3 - Nº Guia de Solicitação 123456789012		4 - Data da Autorização <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	5 - Senha <input type="text"/>

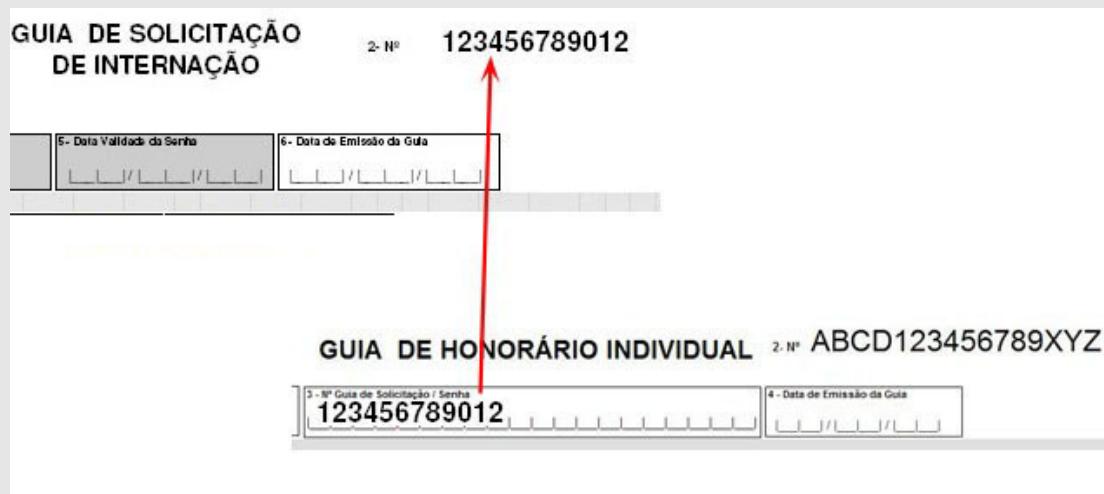
  

GUIA DE OUTRAS DESPESAS	
2 - Nº Guia Referenciada XYZ1234567890	

#### 4. Internação

4.3. Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesistas, auxiliares, etc...) deve ser usada uma guia de Honorário Individual independente para cada cobrança. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo 2-Nº da Guia Referenciada contenha o número da guia de Solicitação de Internação.

**Importante:** Guias de Honorário Individual só podem ser vinculadas a guias de Solicitação de Internação. Não podem ser vinculadas a guias de SP/SADT ou quaisquer outras guias.

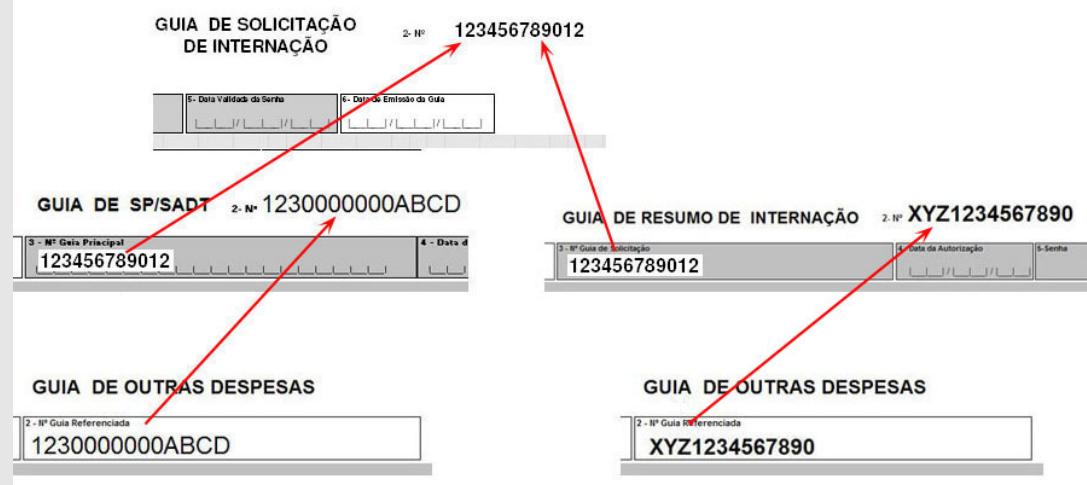


4.4. A solicitação de prorrogações e novos procedimentos não dispõem de guia específica nessa versão da TISS, e por isso deverá ser feita conforme os critérios de cada operadora e anotado no verso da guia original de Solicitação de Internação, de forma que haverá sempre um único número de guia de Solicitação de Internação vinculando todos os eventos.

4.5. É possível também solicitar serviços profissionais, exames e procedimentos em paciente internado por meio de uma guia de SP/SADT. Nesse caso, a cobrança será feita conforme discriminado no item 5. Serviços profissionais, exames e procedimentos (paciente internado)

## 5. Serviços profissionais, exames e procedimentos (paciente internado)

- 5.1. A cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente **internado** poderá ser feita por meio da guia de SP/SADT ou diretamente náguia de Resumo de Internação.
- 5.2. Caso opte por cobrar na guia de SP/SADT:
- 5.2.1. As despesas decorrentes dos atendimentos informados nessa guia deverão ser detalhadas na guia de Outras Despesas, cujo campo 2-Nº da Guia Referenciada conterá o número da guia de SP/SADT onde foi feita a cobrança.
- 5.2.2. Se for necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesistas, auxiliares, etc...) decorrentes dos procedimentos discriminados na guia de SP/SADT, deve ser usada uma guia adicional de SP/SADT para cada cobrança, destacando no campo 45a-Grau de Participação o papel do profissional. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo 2-Nº da Guia Referenciada contenha o número da guia de SP/SADT principal.



## 5. Serviços profissionais, exames e procedimentos (paciente internado)

5.3. Caso opte por cobrar na guia de Resumo da Internação:

5.3.1. As despesas decorrentes dos atendimentos informados nessa guia deverão ser detalhadas na guia de Outras Despesas, cujo campo 2-Nº da Guia Referenciada conterá o número da guia de Resumo da Internação onde foi feita a cobrança.

**GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO**      2-Nº 123456789012

5 - Data Válida da Série      6 - Data de Emissão da Guia

**GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO**      2-Nº XYZ1234567890

3 - Nº Guia de Solicitação  
123456789012      4 - Data da Autorização  
5 - Senha

**GUIA DE OUTRAS DESPESAS**

2 - Nº Guia Referenciada  
XYZ1234567890

## 5. Serviços profissionais, exames e procedimentos (paciente internado)

5.3.2. Se for necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesistas, auxiliares, etc...) deve ser usada uma guia de Honorário Individual independente para cada cobrança. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo 3-Nº da Guia de Solicitação / Senha contenha o número da guia de Solicitação de Internação.

**Importante:** Guias de Honorário Individual só podem ser vinculadas a guias de Solicitação de Internação. Não podem ser vinculadas a guias de SP/SADT ou quaisquer outras guias.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2- Nº 123456789012
	5- Data Válidação da Senha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	6- Data de Emissão da Guia <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL		2- Nº ABCD123456789XYZ
3 - Nº Guia de Solicitação / Senha <b>123456789012</b>		4 - Data de Emissão da Guia <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

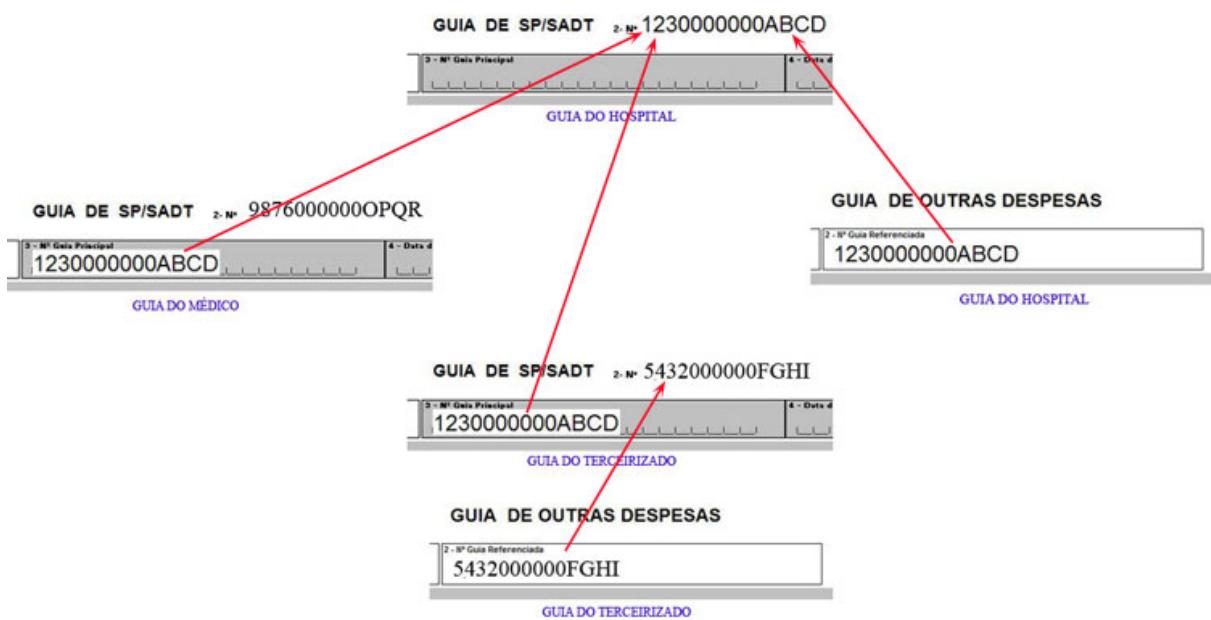
A diagram illustrating the linking process. A red arrow points from the '2- Nº' field in the top section (containing '123456789012') to the '3 - Nº Guia de Solicitação / Senha' field in the bottom section (containing '123456789012').

## 1.2.9 Exemplos de utilização

### **Exemplo 1**

O beneficiário é atendido no ambulatório do hospital com uma fratura e o serviço de raio X é terceirizado.

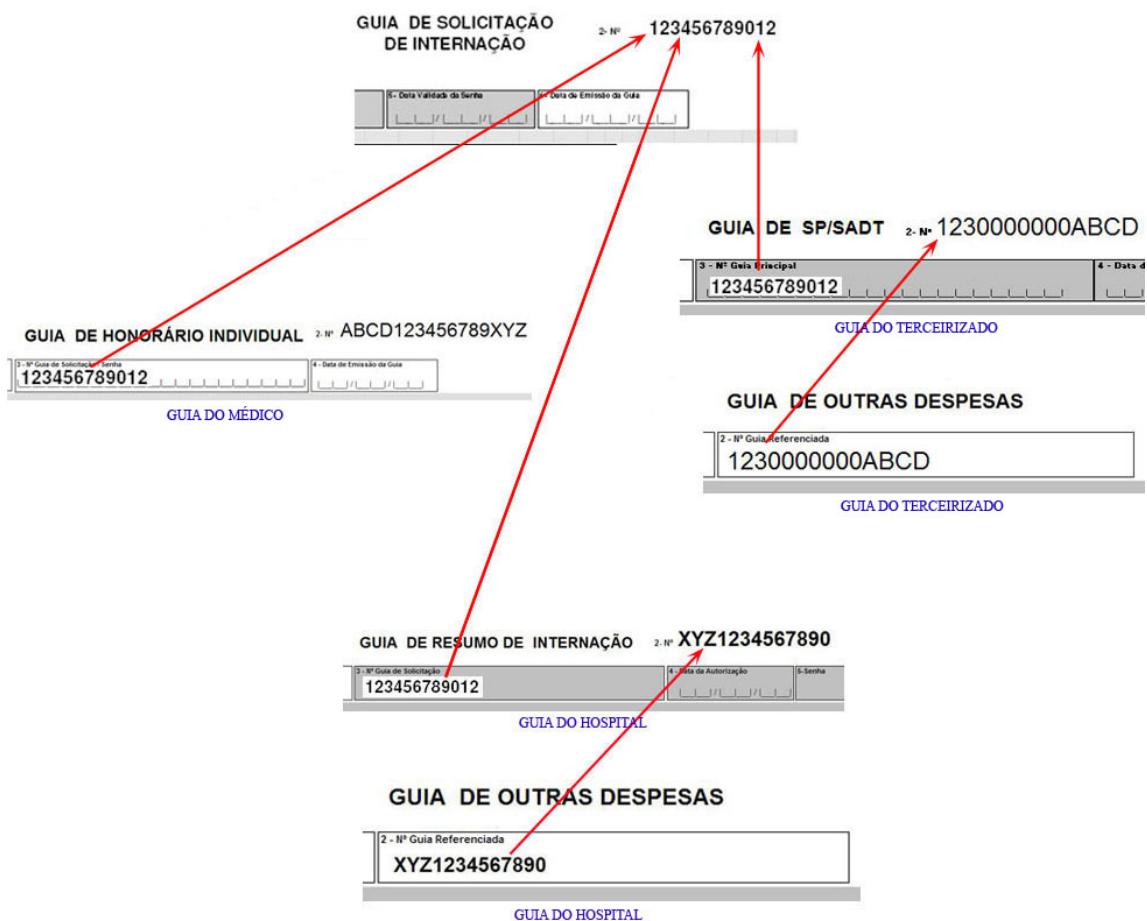
1. O hospital manda uma guia de SADT, com uma guia anexa de outras despesas onde cobrará taxas de sala, serviços hospitalares em geral, materiais e medicamentos.
2. O serviço de raio X manda uma guia de SADT. Se houver taxas, materiais ou medicamentos, anexará também uma guia de outras despesas.
3. O médico poderá cobrar seus serviços em guia de SP/SADT própria.
4. Veja na seção Ligação entre guias como vincular os formulários envolvidos.



### **Exemplo 2**

O beneficiário está internado para uma cirurgia com um auxiliar e um anestesista. A conta é desvinculada (cada médico manda sua conta para a operadora independente dos outros e do hospital). Os exames de laboratório e de imagem são terceirizados.

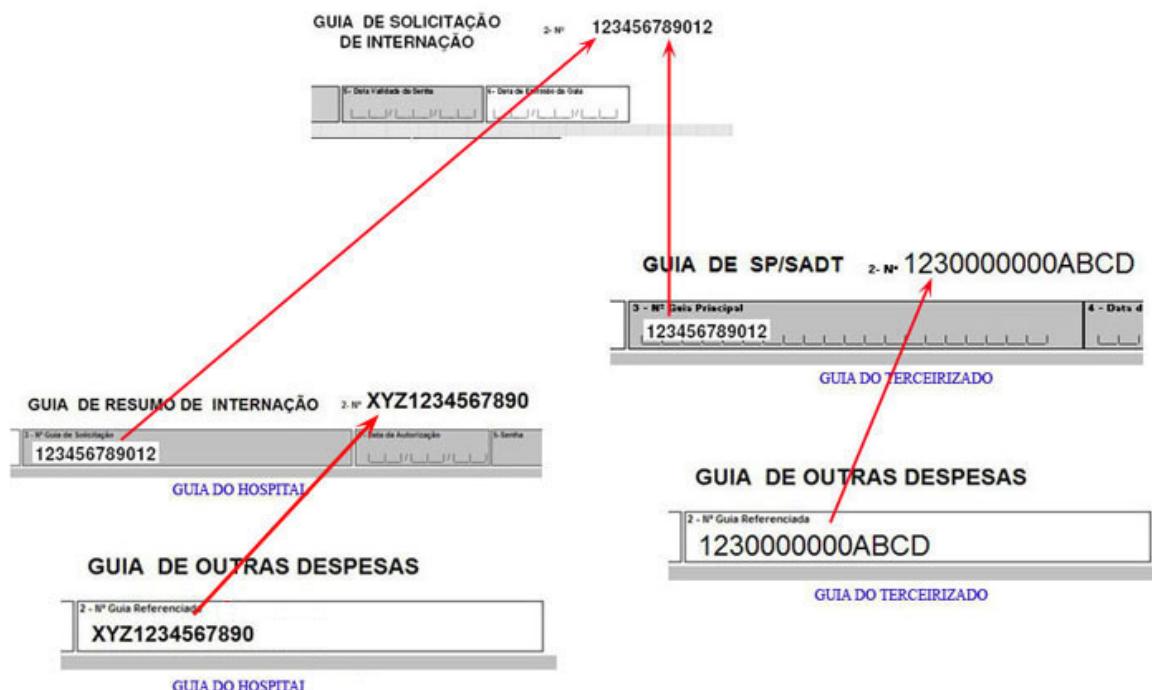
1. O hospital manda uma guia de resumo de internação, com uma guia anexa de outras despesas onde cobrará taxas de sala, serviços hospitalares em geral, diárias, materiais e medicamentos.
2. O laboratório e o serviço de imagens mandam separadamente uma guia de SADT. Se houverem taxas, materiais ou medicamentos, também anexarão uma guia de outras despesas.
3. Os médicos cobrarão seus serviços na guia de Honorário Individual.
4. Veja na seção Ligação entre guias como vincular os formulários envolvidos.



**Exemplo 3**

O beneficiário está internado para um procedimento cirúrgico e os honorários médicos serão cobrados pelo hospital. Os exames de laboratório e de imagem serão cobrados por terceiros.

1. O hospital manda uma guia de Resumo de Internação, com uma guia anexa de Outras Despesas onde cobrará taxas de sala, serviços hospitalares em geral, diárias, materiais e medicamentos.
2. O laboratório e o serviço de imagens preenchem separadamente uma guia de SP/SADT. Se houver taxas, materiais ou medicamentos, anexará também uma guia de Outras Despesas.
3. O hospital registra os serviços dos médicos na própria guia de Resumo de Internação.
4. Veja na seção Ligação entre guias como vincular os formulários envolvidos.



## 1.3 Demonstrativos

O Demonstrativo de Análise de Conta Médica e o Demonstrativo de Pagamento são os documentos pelos quais as operadoras enviarão aos prestadores as informações relativas ao faturamento e processamento das Guias.

### **Demonstrativos de Análise de Conta Médica**

Os Demonstrativos de Análise de Conta Médica são documentos enviados da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer informações detalhadas sobre o processamento do lote de guias de faturamento enviado pelo prestador, item a item. A partir deste demonstrativo é possível ao prestador fazer uma previsão das contas a serem pagas pela operadora e solicitar revisão de possíveis glosas baseado nos detalhes do processamento das guias.

### **Demonstrativos de Pagamento**

Os Demonstrativos de Pagamento são documentos enviados da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer extrato das contas da produção apresentadas nas guias em questão e seu pagamento ou não.

### 1.3.1 Demonstrativo de análise de conta médica

DEMONSTRATIVO DE ANÁLISE DA CONTA MÉDICA										
1.Registro ANS	2. Nome da operadora			3.CNPJ operadora	4.Número do demonstrativo	5.Data emissão do demonstrativo				
<b>Dados do prestador</b>										
6. Código Prestador / CNPJ / CPF	7. Nome			8. Código CNES						
<b>Dados da Conta</b>										
9. Número da Fatura										
10.Número do lote	11.Data de envio do lote	12. Número do protocolo	13. Valor Protocolo (R\$)	14. Valor Glosa Protocolo (R\$)	15. Código Glosa Protocolo					
16. Número da guia/Senha		17.Nome do beneficiário					18.Código do beneficiário			
19.Data realização	20.Descrição do serviço		21. Código Tabela	22.Código Serviço	23. Grau de participação	24.Qtdexecutada	25.Valor processado (R\$)	26.Valor liberado (R\$)	27.Valor glosa (R\$)	28.Código glosa
<b>Total Guia</b>	29. Valor processado guia (R\$)		30.Valor liberado guia (R\$)		31.Valor glosa guia (R\$)		32. Código glosa guia			
<b>Total Fatura</b>	33. Valor processado fatura (R\$)			34. Valor liberado fatura (R\$)			35. Valor glosa fatura (R\$)			
<b>Total Geral</b>	36. Valor processado geral (R\$)			37.Valor liberado geral (R\$)			38.Valor glosa geral (R\$)			

### 1.3.2 Demonstrativo de pagamento

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO							
1.Registro ANS	2. Nome da operadora		3.CNPJ operadora		4.Número do demonstrativo	5.Data emissão do demonstrativo	
<b>Dados do prestador</b>							
6. Código Prestador/CNPJ/CPF	7. Nome				8. Código CNES		
<b>Dados do pagamento</b>							
9.Data do pagamento	10.Forma de Pagamento <input checked="" type="checkbox"/> Crédito em Conta <input type="checkbox"/> Carteira <input type="checkbox"/> Boleto Bancário		11. Banco	12. Agência	13.Número da conta/Cheque		
<b>Dados do Resumo</b>							
14. Número da fatura	15.Número do Lote	16.Data de envio do lote	17. Número do protocolo	18. Valor informado (R\$)	19. Valor processado (R\$)	20.Valor liberado (R\$)	21.Valor da glosa (R\$)
<b>Total geral</b>	22.Total geral valor informado (R\$)		23.Total geral valor processado (R\$)		24.Total geral valor liberado (R\$)	25.Total geral glosa (R\$)	
26. Total Valor							
<b>27. Demais descontos ou créditos</b>							Valor
<b>28. Total Valor Liberado</b>							

## 1.4 Legendas dos formulários

As legendas dos formulários abaixo são para auxiliar no preenchimento dos campos dispostos nas guias, fornecendo uma descrição mais detalhada dos mesmos.

Legenda da guia de consulta

Legenda da guia de serviço profissional / serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SP/SADT)

Legenda da guia de solicitação de internação

Legenda da guia de resumo de internação

Legenda da guia de honorário individual

Legenda da guia outras despesas

### 1.4.1 Legenda da guia de consulta

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número identificador da guia	String (20)	SIM
3	Data de emissão da guia	Data em que a guia foi emitida	DD/MM/AA	SIM
<b>Dados do beneficiário</b>				
4	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
5	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
6	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
7	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
8	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
<b>Dados do contratado</b>				
9	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	String (14)	SIM
10	Nome do contratado	Nome do contratado	String (70)	SIM
11	Código CNES	Código CNES do prestador contratado	String (7)	NÃO
12	T. L	Tipo de Logradouro conforme tabela de domínio	String (3)	NÃO
13	Logradouro	Nome do logradouro do endereço do contratado	String (40)	NÃO
14	Número	Número do endereço do contratado	String (5)	NÃO

<b>Núm. do Campo</b>	<b>Nome do campo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Formato / Tamanho</b>	<b>Obrigatório</b>
15	Complemento	Complemento do endereço do contratado	String (15)	NÃO
16	Município	Município do contratado	String (40)	NÃO
17	UF	Sigla da Unidade Federativa do contratado	String (2)	NÃO
18	Código IBGE do município	Código IBGE do município do contratado	String (7)	NÃO
19	CEP	CEP do contratado	String (8)	NÃO
20	Nome do profissional executante	Nome do profissional executante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 10 se referir à pessoa jurídica	String (70)	NÃO, obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 10 se referir à pessoa jurídica
21	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (7)	SIM
22	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (15)	SIM
23	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	String (2)	SIM
24	Código CBO-S	Código da especialidade do contratado conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
<b>Hipótese diagnóstica</b>				
25	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	String (1)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
26	Tempo de doença referida pelo paciente	Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo: "A"= anos; "M"=meses; "D"=dias	QTDE = Integer Unidade de Tempo = string (1)	NÃO
27	Indicação de Acidente	Indica se houve acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho = 0 acidente de trânsito= 1 outros acidentes = 2	Integer (1)	NÃO
28	CID10 Principal	Código CID10 do diagnóstico principal	String (5)	NÃO
29	CID10 (2)	Código CID10 do segundo diagnóstico	String (5)	NÃO
30	CID10 (3)	Código CID10 do terceiro diagnóstico	String (5)	NÃO
31	CID10 (4)	Código CID10 do quarto diagnóstico	String (5)	NÃO
<b>Dados do atendimento/ Procedimento realizado</b>				
32	Data do atendimento	Data de realização do atendimento	DD/MM/AA	SIM
33	Código da Tabela	Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio	String (2)	SIM
34	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM
35	Tipo de consulta	Código do tipo de consulta Primeira consulta="1" Seguimento="2" Pré-Natal="3"	String (1)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
36	Tipo de saída	Código do tipo de saída Retorno= 1 Retorno com SADT= 2 Referência = 3 Internação = 4 Alta= 5	Integer (1)	SIM
37	Observação	Observações pertinentes ao atendimento	String (240)	NÃO
38	Data e assinatura do medico	Data e assinatura do médico responsável		NÃO
39	Data e assinatura do beneficiário / responsável	Data e assinatura do beneficiário / responsável		NÃO

**Observação:** Os campos hachurados na guia representam campos de preenchimento não obrigatórios. Mesmo não sendo preenchidos os campos devem estar contidos dentro das guias.

#### 1.4.2 Legenda da guia de serviço profissional / serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SP/SADT)

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
<b>Dados da autorização</b>				
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número identificador da guia	String (20)	SIM
3	Número da guia principal	Número identificador da guia principal	String (20)	SIM, quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado
4	Data da autorização	Data que a autorização foi concedida	DD/MM/AA	NÃO
5	Senha	Senha de autorização	String (20)	NÃO, será obrigatória somente para procedimentos que exigem autorização prévia
6	Validade da Senha	Data de validade da senha para execução do procedimento	DD/MM/AA	NÃO
7	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
<b>Dados do beneficiário</b>				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
11	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
<b>Dados do contratado solicitante</b>				

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
13	Código na operadora/CNPJ /CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	String (14)	SIM
14	Nome do contratado	Nome do contratado	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado	String (7)	NÃO
16	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional	String (70)	NÃO, Obrigatório apenas quando o campo 14 se referir à pessoa jurídica
17	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional conforme tabela de domínio	String (7)	SIM
18	Número no conselho	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
19	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
20	Código CBO-S	Código da especialidade	String (5)	NÃO
<b>Dados da solicitação/procedimentos/exames solicitados</b>				
21	Data/ hora da solicitação	Data/ hora da solicitação do procedimento	DD/MM/AA HH:MM	NÃO
22	Caráter da solicitação	Código do caráter da solicitação Eletivo= "E" Urgência/Emergência = "U"	String (1)	SIM
23	CID10	Código CID10 do diagnóstico principal	String (5)	SIM, obrigatório se solicitação de pequena cirurgia, terapias, ou procedimentos em série

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
24	Indicação clínica	Deve ser preenchido pelo profissional solicitante	String (500)	SIM, Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo
25	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
26	Código do procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO
27	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento solicitado	String (60)	SIM, pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
28	Quantidade solicitada	Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento	Integer (3)	SIM
29	Quantidade autorizada	Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento	Integer (3)	SIM
<b>Dados do contratado executante</b>				
30	Código na Operadora/CNPJ /CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
31	Nome do contratado	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
32	Tipo de logradouro	Tipo de Logradouro conforme tabela de domínio	String (3)	NÃO
33	Logradouro	Nome do logradouro	String (40)	NÃO
34	Número	Número do endereço do contratado executante	String (5)	NÃO
35	Complemento	Complemento do endereço do contratado executante	String (15)	NÃO
36	Município	Município do contratado executante	String (40)	NÃO

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
37	UF	Sigla da UF do contratado executante	String (2)	NÃO
38	Código IBGE do município	Código IBGE do município do contratado executante	String (7)	NÃO
39	CEP	CEP de residência do contratado executante	String (8)	NÃO
40	Código CNES	Código CNES do contratado executante	String (7)	SIM, Obrigatório quando o contratado executante for hospital
40a	Código na Operadora / CNPJ / CPF do exec. complementar	Este campo identifica o profissional executante/complementar em qualquer procedimento não laboratorial	String (14)	NÃO
41	Nome profissional do executante complementar /	Este campo identifica o profissional executante/complementar em qualquer procedimento não laboratorial	String (70)	NÃO
42	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (7)	SIM, quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a /41 forem preenchidos
43	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (15)	SIM, quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a /41 forem preenchidos
44	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	String (2)	SIM, quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a /41 forem preenchidos

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
45	Código CBO-S	Código da especialidade do executante conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
45a	Grau de Participação	Grau de participação do profissional na equipe médica de acordo com a tabela de domínio	String (2)	NÃO, obrigatório quando houver procedimentos em equipe
<b>Dados do atendimento</b>				
46	Tipo de atendimento	Código do tipo de atendimento da guia de SP/SADT Remoção=1 Pequena Cirurgia=2 Terapia=3 Consulta=4 Exame=5 Atendimento Domiciliar=6 SADT Internado=7 Quimioterapia=8 Radioterapia=9 TRS Terapia Renal Substitutiva=10	Integer (2)	SIM, selecionar uma das opções
47	Indicação de Acidente	Indica se houve acidente ou doença relacionado ao trabalho = 0 trânsito= 1 outros = 2	Integer (1)	NÃO
48	Tipo de saída	Código do tipo de saída: Retorno= 1 Retorno com SADT= 2 Referência = 3 Internação = 4 Alta= 5 Óbito=6	Integer (1)	SIM
<b>Consulta de Referência</b>				
49	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	String (1)	NÃO
50	Tempo de doença referida pelo paciente	Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo: "A"= anos; "M"=meses; "D"=dias	QTDE = Integer Unidade de Tempo = string (1)	NÃO
<b>Procedimentos e exames realizados</b>				

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
51	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
52	Hora inicial	Hora inicial de realização do procedimento	HH:MM	NÃO
53	Hora final	Hora final de realização do procedimento	HH:MM	NÃO
54	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio	String (2)	SIM Pelo menos um procedimento deve ser informado
55	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM Pelo menos um procedimento deve ser informado
56	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento solicitado	String (60)	SIM, pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
57	Quantidade realizada	Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/procedimento realizado	Integer (2)	SIM
58	Via de acesso	Código da via de acesso Única= "U" Mesma via="M" Diferentes vias= "D"	String (1)	NÃO
59	Técnica utilizada	Código da técnica utilizada Convencional= "C" Videolaparoscopia="V"	String (1)	NÃO
60	% de redução/acréscimo	% de redução/ acréscimo no caso de cirurgia múltipla/radiologia de múltiplas áreas	Double (3,2)	NÃO
61	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ do procedimento/serviço realizado	Double (5,2)	NÃO

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
62	Valor total (R\$)	Valor total em R\$ dos procedimentos/serviços realizado	Double (5,2)	NÃO
63	Data e assinatura dos procedimentos em série	-	-	-
64	Observação	Observações pertinentes ao procedimento realizado	String (240)	NÃO
65	Total Procedimentos	Valor em R\$ de procedimentos	Double (7,2)	NÃO
66	Total Taxas e Aluguéis	Valor em R\$ de taxas e aluguéis	Double (7,2)	NÃO
67	Total Materiais	Valor em R\$ de materiais	Double (7,2)	NÃO
68	Total Medicamentos	Valor em R\$ de medicamentos	Double (7,2)	NÃO
69	Total Diárias	Valor em R\$ de diárias	Double (7,2)	NÃO
70	Total Gases Medicinais	Valor em R\$ de gases medicinais	Double (7,2)	NÃO
71	Total Geral da guia	Valor em R\$ do total geral da guia	Double (8,2)	NÃO
<b>OPM solicitadas</b>				
72	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
73	Código OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	NÃO
74	Descrição OPM	Descrição OPM solicitada	String (60)	NÃO
75	Qtde de OPM	Quantidade de OPM solicitadas	Integer (2)	NÃO
76	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
77	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
<b>OPM utilizadas</b>				
78	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
79	Código OPM	Código da OPM utilizada	String (10)	NÃO
80	Descrição OPM	Descrição da OPM utilizada	String (60)	NÃO
81	Qtde de OPM	Quantidade utilizada de OPM	Integer (2)	NÃO
82	Código de Barras	Código de barra identificador da OPM utilizada	String (20)	NÃO
83	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
84	Valor Total (R\$)	Valor total em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
85	Valor Total OPM (R\$)	Valor total de OPM em R\$	Double (7,2)	NÃO
86	Data e assinatura do solicitante	-	-	NÃO
87	Data e assinatura do responsável pela autorização	-	-	NÃO
88	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	-	-	NÃO
89	Data e assinatura do prestador executante	-	-	NÃO

**Observação:** Os campos hachurados na guia representam campos de preenchimento não obrigatórios. Mesmo não sendo preenchidos os campos devem estar contidos dentro das guias

### 1.4.3 Legenda da guia de solicitação de internação

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia de solicitação	String (20)	SIM
3	Data da autorização	Data que a autorização foi concedida	DD/MM/AA	NÃO
4	Senha	Senha de autorização do procedimento	String (20)	NÃO, será obrigatória somente para procedimentos que exigem autorização prévia
5	Validade da Senha	Data de validade da senha para execução do procedimento	DD/MM/AA	NÃO
6	Data de emissão da guia	Data em que foi emitida a guia	DD/MM/AA	SIM
<b>Dados do beneficiário</b>				
7	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
8	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
9	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
10	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
<b>Dados do contratado solicitante</b>				

<b>Núm. do Campo</b>	<b>Nome do campo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Formato / Tamanho</b>	<b>Obrigat ório</b>
12	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	String (14)	SIM
13	Nome do contratado	Nome do contratado solicitante	String (70)	SIM
14	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	String (7)	NÃO
15	Nome do profissional solicitante	Nome do contratado solicitante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 13 se referir a pessoa jurídica	String (70)	NÃO
16	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional	String (7)	SIM
17	Número no conselho	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
18	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
19	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
<b>Dados do contratado solicitado/ Dados da internação</b>				
20	Código na Operadora/CNPJ	Código do contratado solicitado ou CNPJ do contratado solicitado	String (14)	NÃO
21	Nome do Prestador	Nome do contratado solicitado	String (70)	NÃO
22	Caráter da internação	Caráter da internação: Eletiva = "E" Urgência/Emergência = "U"	String (1)	SIM
23	Tipo de internação	Código tipo de internação Clínica=1 Cirúrgica=2 Obstétrica=3 Pediátrica=4 Psiquiátrica=5	Integer (1)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigat ório
24	Regime de internação	Código regime de internação Hospitalar=1 Hospital-dia=2 Domiciliar=3	Integer (1)	SIM
25	Qtde diárias solicitadas	Quantidade de diárias solicitadas	Integer (3)	SIM
26	Indicação clínica	Texto livre preenchido pelo profissional médico solicitante da internação	String (500)	SIM
<b>Hipóteses diagnósticas</b>				
27	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	String (1)	NÃO
28	Tempo de doença referida pelo paciente	Quantidade e unidade de tempo de doença referida pelo paciente "A"= anos; "M"=meses; "D"=dias	QTDE = Integer Unidade de Tempo = string (1)	NÃO
29	Indicador de Acidente	Indica se houve: acidente ou doença relacionada ao trabalho = 0 trânsito= 1 outros = 2	Integer (1)	NÃO
30	CID10 Principal	Código CID10 do diagnóstico principal	String (5)	SIM
31	CID10 (2)	Código CID10 do segundo diagnóstico	String (5)	NÃO
32	CID10 (3)	Código CID10 do terceiro diagnóstico	String (5)	NÃO
33	CID10 (4)	Código CID10 do quarto diagnóstico	String (5)	NÃO
<b>Procedimentos solicitados</b>				
34	Código da Tabela	Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO

<b>Núm. do Campo</b>	<b>Nome do campo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Formato / Tamanho</b>	<b>Obrigat ório</b>
35	Código do Procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO
36	Descrição	Descrição do procedimento solicitado	String (60)	SIM - pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
37	Qtde solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	Integer (2)	SIM - pelo menos um procedimento deve ser informado
38	Qtde Autorizada	Quantidade de procedimentos autorizados pela operadora	Integer (2)	SIM – caso exista algum procedimento informado
<b>OPM solicitadas</b>				
39	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
40	Código OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	NÃO
41	Descrição OPM	Descrição OPM solicitada	String (60)	NÃO
42	Qtde de OPM	Quantidade solicitada de OPM	Integer (2)	NÃO
43	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO

<b>Núm. do Campo</b>	<b>Nome do campo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Formato / Tamanho</b>	<b>Obrigat ório</b>
44	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (9,2)	NÃO
<b>Dados da autorização</b>				
45	Data provável da admissão hospitalar	Data provável da admissão no hospital	DD/MM/AA	SIM
46	Qtde diárias autorizadas	Número de dias autorizados para a internação	Integer (3)	SIM
47	Tipo da acomodação autorizada	Código do tipo da acomodação autorizada conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
48	Código na Operadora/CNPJ	Código do prestador autorizado ou CNPJ do prestador autorizado	String (14)	SIM
49	Nome do Prestador	Nome do prestador autorizado	String (70)	SIM
50	Código CNES	Código CNES do prestador autorizado	String (7)	NÃO
51	Observação	Observações pertinentes a autorização do procedimento	String (240)	NÃO
52	Data e assinatura do médico solicitante	-		
53	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	-		
54	Data e assinatura do responsável pela autorização	-		
<b>Prorrogações</b>				
55	Data	Data da prorrogação	DD/MM/AA	SIM

<b>Núm. do Campo</b>	<b>Nome do campo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Formato / Tamanho</b>	<b>Obrigat ório</b>
56	Senha	Senha da prorrogação	String (20)	NÃO, será obrigatória somente para procedimentos que exigem autorização prévia
57	Responsável pela prorrogação	Nome do responsável pela prorrogação	String (70)	SIM
58	Tipo da acomodação	<b>Tipo da acomodação autorizada conforme tabela de domínio</b>	String (2)	NÃO
59	Acomodação	Descrição da acomodação	String (40)	NÃO
60	Qtde autorizada	Quantidade autorizada	String (2)	SIM
61	Código da Tabela	Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
62	Código do Procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO
63	Descrição	Descrição do procedimento	String (60)	SIM - pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigat ório
64	Qtde solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	Integer (2)	SIM - pelo menos um procedimento deve ser informado
65	Qtde. Autorizada	Quantidade de procedimentos autorizados	Integer (2)	SIM - pelo menos um procedimento deve ser informado
66	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
67	Código da OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	NÃO
68	Descrição da OPM	Descrição da OPM solicitada	String (60)	NÃO
69	Qtde de OPM	Quantidade solicitada de OPM	Integer (2)	NÃO
70	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO
71	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO

**Observação:** Os campos hachurados na guia representam campos de preenchimento não obrigatórios. Mesmo não sendo preenchidos os campos devem estar contidos dentro das guias

#### 1.4.4 Legenda da guia de resumo de internação

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatóri o
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número identificador da guia	String (20)	SIM
3	Nº Guia Solicitação	Número da guia de solicitação.	String (20)	NÃO
4	Data da autorização	Data de emissão da autorização	DD/MM/AA	NÃO
5	Senha	Número da senha de autorização	String (20)	NÃO, será obrigatória somente para procedimentos que exigem autorização prévia
6	Data Validade da Senha	Data de validade da senha de autorização	DD/MM/AA	NÃO
7	Data de emissão da guia	Data de emissão da referida guia	DD/MM/AA	SIM
<b>Dados do beneficiário</b>				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
11	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
<b>Dados do contratado Executante</b>				
13	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatóri o
14	Nome do contratado executante	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do prestador executante	String (7)	SIM
16	Tipo Logradouro	Tipo do logradouro de acordo com a tabela de domínio	String (3)	NÃO
17	Logradouro	Nome completo do logradouro	String (40)	NÃO
18	Número	Número do endereço	String (5)	NÃO
19	Complemento	Complemento do endereço	String (15)	NÃO
20	Município	Nome do município / localidade	String (40)	NÃO
21	UF	Sigla da unidade federativa	String (2)	NÃO
22	Código IBGE	Código do município da Tabela do IBGE	String (7)	NÃO
23	CEP	CEP do endereço do contratado executante	String (8)	NÃO
<b>Dados da Internação</b>				
24	Caráter Internação	Caráter da internação de acordo com a tabela de domínio Eletivo = "E" Urgência / Emergência = "U"	String (1)	SIM
25	Tipo Acomodação Autorizada	Tipo da acomodação autorizada para internação de acordo com tabela de domínio	String (2)	SIM
26	Data e hora da internação	Data e hora do início da internação.	DD/MM/AA HH:MM	SIM
27	Data e hora da saída da internação	Data e hora da alta da internação	DD/MM/AA HH:MM	NÃO
28	Tipo da Internação	Tipo da internação realizada de acordo com a tabela de domínio	String (1)	SIM

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
29	Regime Internação da	Regime da internação de acordo com tabela de domínio	String (1)	SIM
30	Internação Obstétrica	Campos (30 a 36) a serem preenchidos no caso de internação obstétrica	String (1)	SIM, no caso de ser uma internação obstétrica
31	Se óbito em mulher	Condição da mulher em caso de óbito: 1 – grávida 2 – até 42 dias após término gestação 3 – de 43 dias a 12 meses após término da gestação.	String (1)	NÃO
	Se óbito neonatal	Em caso de óbito neonatal, informar as quantidades referentes		
32	Qtde óbito neonatal precoce	Número de óbitos neonatal precoce	Integer (1)	NÃO
	Qtde óbito neonatal tardio	Número de óbitos neonatal tardio	Integer (1)	NÃO
33	Nº da declaração dos nascidos vivos	Número da declaração de nascimento	String (15)	NÃO
34	Quantidade de nascidos vivos a termo	Quantidade de nascidos vivos	Integer (2)	NÃO
35	Quantidade Nascidos mortos	Quantidade de nascidos mortos	Integer (2)	NÃO
36	Quantidade Nascidos vivos prematuro	Quantidade de nascidos prematuro	Integer (2)	NÃO
<b>Dados da Saída da Internação</b>				
37	CID-10 Principal	Código Internacional de doença principal responsável pela internação	String (5)	SIM
38	CID-10 (2)	Código Internacional de doença responsável pela internação	String (5)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatóri o
39	CID-10 (3)	Código Internacional de doença responsável pela internação	String (5)	NÃO
40	CID-10 (4)	Código Internacional de doença responsável pela internação	String (5)	NÃO
41	Indicador de Acidente	Indica se houve: acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho = 0 acidente de trânsito= 1 outros acidentes = 2	String (1)	NÃO
42	Motivo Saída	Código do motivo da saída da internação de acordo com tabela de domínio	String (2)	SIM
43	CID-10 Óbito	Código Internacional de Doença responsável pelo óbito do paciente	String (5)	SIM, apenas para caso de óbito
44	Nº Declaração de Óbito	Número da declaração de óbito do paciente	String (7)	SIM, apenas para o caso de óbito
<b>Procedimentos e exames realizados</b>				
45	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
46	Hora Inicial	Horário inicial da realização do procedimento	HH:MM	NÃO
47	Hora Final	Horário final da realização do procedimento	HH:MM	NÃO
48	Tabela	Código da tabela de codificação dos procedimentos	String (2)	SIM
49	Código do Procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM
50	Descrição	Descrição do procedimento realizado	String (60)	SIM
51	Quantidade	Quantidade realizada do procedimento apresentado	Integer (2)	SIM
52	Via de acesso	Via de acesso de acordo com a tabela de domínio	String (1)	NÃO

<b>Núm. do Campo</b>	<b>Nome do campo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Formato / Tamanho</b>	<b>Obrigatóri o</b>
53	Técnica utilizada	Técnica utilizada de acordo com a tabela de domínio	String (1)	NÃO
54	% Redução / Acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado	Double (3,2)	NÃO
55	Valor unitário	Valor monetário de cada procedimento	Double (5,2)	NÃO
56	Valor total	Valor monetário do procedimento levando-se em consideração a quantidade executada	Double (5,2)	NÃO
<b>Identificação da Equipe</b>				
57	Seqüencial Referência	Número seqüencial do procedimento que relaciona à equipe executante	String (2)	SIM
58	Grau de Participação	Grau de participação do profissional na equipe médica de acordo com a tabela de domínio	String (2)	SIM
59	Código na Operadora / CPF	Código do profissional na Operadora ou CPF do profissional	String (12)	SIM
60	Nome do Profissional	Nome do profissional participante da equipe médica	String (70)	SIM
61	Conselho Profissional	Código do conselho profissional	String (7)	SIM
62	Número no Conselho	Número da identificação do profissional no conselho profissional	String (15)	SIM
63	UF	Sigla identificadora da unidade federativa	String (2)	SIM
64	CPF	Número do CPF do profissional participante da equipe médica	String (11)	NÃO
<b>OPM Utilizada</b>				

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatóri o
65	Tabela	Código da tabela de OPMs	String (2)	SIM, se OPMs utilizadas
66	Código OPM	Código da OPM utilizada	String (10)	
67	Descrição OPM	Descrição das OPMs	String (60)	
68	Quantidade	Quantidade de OPMs utilizadas	Integer (2)	
69	Código de Barras	Código de barra identificador da OPM utilizada	String (20)	NÃO
70	Valor Unitário	Valor monetário de cada OPM	Double (6,2)	NÃO
71	Valor Total OPM	Valor monetário da OPM levando-se em consideração a quantidade executada	Double (6,2)	NÃO
72	Total Geral	Valor total da guia incluindo todos os procedimentos executados	Double (7,2)	NÃO
73	Tipo Faturamento	Indica se o faturamento é do tipo parcial ou total segundo tabela de domínio	String (1)	SIM
74	Total Procedimento	Valor total dos procedimentos. Somatório de todos os itens de procedimentos levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	NÃO
75	Total Diárias	Valor total das diárias. Somatório de todos os itens de diária levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	NÃO
76	Total Taxas / Aluguéis	Valor total das taxas/aluguéis. Somatório de todos os itens das taxas/aluguéis levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	NÃO
77	Total Materiais	Valor total dos materiais. Somatório de todos os itens de materiais levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	NÃO
78	Total Medicamentos	Valor total dos medicamentos. Somatório de todos os itens de medicamentos levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	NÃO

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
79	Total Gases Medicinais	Valor total dos Gases Medicinais. Somatório de todos os itens de Gases Medicinais levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	NÃO
80	Total Geral	Somatório de todos os valores totais. Procedimento + Diárias + Taxas / Aluguéis + Materiais + Medicamentos + Gases Medicinais	Double (7,2)	NÃO
81	Observação	Observações	String (240)	NÃO
82	Data e Assinatura do contratado			NÃO
83	Data e Assinatura do auditor da operadora			NÃO

**Observação:** Os campos hachuriados na guia representam campos de preenchimento não obrigatórios. Mesmo não sendo preenchidos os campos devem estar contidos dentro das guias.

#### 1.4.5 Legenda da guia de honorário individual

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatóri o
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número identificador da guia	String (20)	SIM
3	Nº Guia Solicitação	Número da guia de solicitação ou senha.	String (20)	SIM
4	Data de emissão da guia	Data em que a guia foi emitida	DD/MM/AA	SIM
<b>Dados do beneficiário</b>				
5	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
6	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
7	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
8	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
9	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
<b>Dados do contratado (onde foi executado o procedimento)</b>				
10	Código na operadora/CNPJ/C PF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	String (14)	SIM
11	Nome do contratado	Nome do contratado	String (70)	SIM
12	Código CNES	Código CNES do contratado	String (7)	SIM, se prestador executante for hospital
<b>Dados do contratado Executante</b>				
13	Código na operadora/CNPJ/C PF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatóri o
14	Nome do contratado executante	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado executante	String (7)	SIM, se prestador executante for hospital
16	Tipo da acomodação autorizada	Tipo de acomodação conforme tabela de domínio.	String (2)	NÃO
17	Grau de participação	Grau de participação do profissional na equipe médica executante do serviço conforme tabela de domínio.	String (2)	SIM
18	Nome do Profissional executante	Nome do profissional que executou o serviço. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 14 se referir a pessoa jurídica	String (70)	NÃO, Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 14 se referir a pessoa jurídica
19	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (7)	SIM
20	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante	String (15)	SIM
21	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	String (2)	SIM
22	Número do CPF	Número do CPF do profissional executante do serviço	String (11)	NÃO
<b>Dados do atendimento/ Procedimento realizado</b>				
23	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
24	Hora Inicial	Horário inicial da realização do procedimento	HH:MM	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatóri o
25	Hora Final	Horário final da realização do procedimento	HH:MM	NÃO
26	Tabela	Código da tabela de codificação dos procedimentos	String (2)	SIM
27	Código do Procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM
28	Descrição	Descrição do procedimento realizado	String (60)	SIM
29	Quantidade	Quantidade realizada do procedimento apresentado	Integer (2)	SIM
30	Via de acesso	Via de acesso conforme tabela de domínio	String (1)	NÃO
31	Técnica utilizada	Técnica utilizada conforme tabela de domínio	String (1)	NÃO
32	% Redução / Acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado	Double (3,2)	NÃO
33	Valor unitário	Valor monetário de cada procedimento	Double (5,2)	NÃO
34	Valor total	Valor monetário do procedimento considerando a quantidade executada	Double (5,2)	NÃO
35	Total Geral Honorário	Valor final do honorário médico considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
36	Observação	Observações pertinentes ao procedimento	String (240)	NÃO
37	Data / Assinatura	Campos destinados para data completa e assinatura do prestador	-	NÃO
38	Data / Assinatura	Campos destinados para data completa e assinatura do beneficiário / responsável	-	NÃO

**Observação:** Os campos hachurados na guia representam campos de preenchimento não obrigatórios. Mesmo não sendo preenchidos os campos devem estar contidos dentro das guias.

#### 1.4.6 Legenda da guia de outras despesas

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatóri o
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia referenciada	Número da guia referenciada às despesas adicionais. Número da guia principal	String (20)	SIM
<b>Dados do contratado executante</b>				
3	Código na operadora/CNPJ/C PF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
4	Nome do contratado	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
5	Código CNES	Código CNES do prestador executante	String (7)	SIM, se prestador executante for hospital
6	Código da Despesa	Código da natureza da despesa. 1 – Gases Medicinais 2 – Medicamento 3 – Material 4 – Taxas Diversas 5 – Diárias 6 – Aluguéis	String (1)	SIM
7	Data	Data de realização das despesas	DD/MM/AA	SIM
8	Hora Inicial	Horário inicial da realização das despesas	HH:MM	NÃO
9	Hora Final	Horário final da realização das despesas	HH:MM	NÃO
10	Tabela	Código da tabela de codificação das despesas	String (2)	SIM
11	Código do item	Código das despesas realizadas	String (10)	SIM
12	Descrição	Descrição da despesa realizada	String (60)	SIM
13	Quantidade	Quantidade realizada da despesa apresentada	Double (3,2)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatóri o
14	% Redução / Acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor da despesa realizada	Double (3,2)	NÃO
15	Valor unitário	Valor monetário de cada despesa	Double (6,2)	NÃO
16	Valor total	Valor monetário da despesa considerando a quantidade executada	Double (6,2)	NÃO
17	Total Gases Medicinais	Valor final de gases medicinais considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
18	Total Medicamentos	Valor final de medicamentos considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
19	Total Materiais	Valor final de materiais considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
20	Total Taxas Diversas	Valor final de taxas diversas considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
21	Total Diárias	Valor final de diárias considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
22	Total Aluguéis	Valor final de aluguéis considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
23	Total Geral	Valor final do honorário médico considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO

**Observação:** Os campos hachurados na guia representam campos de preenchimento não obrigatórios. Mesmo não sendo preenchidos os campos devem estar

### 1.4.7 Legenda demonstrativo de análise de contas médicas

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
<b>Dados da operadora</b>				
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Nome da operadora	Nome da operadora	String (70)	SIM
3	CNPJ operadora	Número CNPJ da operadora	String (14)	SIM
4	Número do demonstrativo	Número identificador do demonstrativo	String (12)	SIM
5	Data emissão do demonstrativo	Data de emissão do demonstrativo	DD/MM/AAA	SIM
<b>Dados do Prestador</b>				
6	Código Prestador / CNPJ / CPF*	Código identificador do prestador na operadora CNPJ do prestador	String (14)	SIM
7	Nome do Prestador	Nome da operadora	String (70)	SIM
8	Código CNES	Código CNES do prestador	String (7)	SIM, se prestador hospitalar
<b>Dados do Lote</b>				
9	Número da fatura	Número identificador das faturas que compõem o lote	String (12)	NÃO
10	Número do lote	Número do lote processado	String (12)	SIM
11	Data envio lote	Data em que o lote foi enviado à operadora	DD/MM/AAA	SIM
12	Número do protocolo	Número do protocolo de recebimento do lote	String (12)	SIM
13	Valor Protocolo	Valor total do Protocolo	Double (9,2)	SIM

14	Valor Glosa Protocolo	Valor total da glosa do protocolo	Double (9,2)	SIM
15	Código Glosa Protocolo	Código de glosa de protocolo. Aceita N valores para um mesmo protocolo.	String (2)	NÃO
16	Número da guia / Senha	Número identificador das guias que compõem o lote	String (20)	SIM
17	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário dos serviços prestados	String (70)	NÃO
18	Código do beneficiário	Código identificador do beneficiário na operadora	String (20)	SIM
19	Data realização	Data de realização do serviço	DD/MM/AAA A	SIM
20	Descrição do serviço	Descrição do serviço realizado	String (70)	NÃO
21	Código Tabela	Código identificador da tabela de valoração	String (2)	SIM
22	Código Serviço	Código identificador do serviço realizado	String (20)	SIM
23	Grau de participação	Código da posição do profissional na equipe	String (2)	NÃO
24	Qtde executa	Quantidade executada do serviço	Integer (3)	SIM
25	Valor processado	Valor usado como base para o processamento de valores	Double (9,2)	SIM
26	Valor liberado	Valor liberado previsto para pagamento pela operadora sem impostos	Double (9,2)	SIM
27	Valor glosa	Valor glosado pela operadora	Double (9,2)	SIM
28	Código glosa	Código da glosa (N valores para um mesmo procedimento)	String (2)	NÃO

29	Valor processado guia	Valor total usado como base para o processamento de valores na guia	Double (9,2)	SIM
30	Valor liberado guia	Valor total previsto para pagamento pela operadora nesta guia sem impostos	Double (9,2)	SIM
31	Valor glosa guia	Valor total glosada pela operadora na guia	Double (9,2)	NÃO
32	Código Glosa Guia	Código de glosa de guia (N valores para uma mesma guia)	String (2)	NÃO
33	Valor processado fatura	Valor total usado como base para o processamento de valores na fatura	Double (9,2)	SIM
34	Valor liberado fatura	Valor total previsto para pagamento pela operadora na fatura sem impostos	Double (9,2)	SIM
35	Valor glosa fatura	Valor total glosado pela operadora no lote	Double (9,2)	NÃO
36	Valor processado geral	Valor total do Demonstrativo usado como base para o processamento de valores da fatura	Double (9,2)	SIM
37	Valor liberado geral	Valor total do Demonstrativo liberado para pagamento pela operadora no lote sem impostos	Double (9,2)	SIM
38	Valor glosa geral	Valor total do Demonstrativo glosado pela operadora no lote	Double (9,2)	NÃO

#### 1.4.8 Legenda demonstrativo de pagamento

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
<b>Dados da operadora</b>				
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Nome da operadora	Nome da operadora	String (70)	SIM
3	CNPJ operadora	Número CNPJ da operadora	String (14)	SIM
4	Número do demonstrativo	Número identificador do demonstrativo	String (12)	SIM
5	Data emissão do demonstrativo	Data de emissão do demonstrativo	DD/MM/AAAA	SIM
<b>Dados do prestador</b>				
6	Código Prestador/CNPJ/CPF	Código identificador do prestador na operadora ou identificador de pessoa física ou pessoa jurídica	String (14)	SIM
7	Nome do Prestador	Nome do prestador	String (70)	SIM
8	Código CNES	Código do Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde	String (7)	SIM, se prestador hospitalar
<b>Dados do pagamento</b>				
9	Data do pagamento	Data para previsão do pagamento	DD/MM/AAAA	SIM
10	Forma de pagamento	Indicador da forma que o pagamento se realizará. 1- Crédito em conta 2- Carteira 3- Boleto bancário	Integer (1)	SIM

11	Banco	Código identificador do banco no qual prestador receberá a fatura	String (10)	NÃO, Obrigatório quando o campo 10 for 1 = Crédito em Conta
12	Agência	Código da agência na qual o prestador receberá a fatura	String (10)	NÃO, Obrigatório quando o campo 10 for 1 = Crédito em Conta
13	Número da conta / Cheque	Número da conta corrente na qual o prestador receberá a fatura. No caso de pagamentos em cheque informar número do mesmo.	String (20)	NÃO
<b>Dados do resumo</b>				
14	Número da fatura	Número do documento fiscal	String (12)	NÃO
15	Número do Lote	Número identificador do lote. O lote é um número que identifica um conjunto de guias para o prestador, enviado através das mensagens eletrônicas à Operadora.	String (12)	SIM
16	Data de envio do lote	Data de envio do lote pelo prestador.	DD/MM/AAAA	SIM
17	Número do protocolo	Número protocolo de recebimento do lote.	String (12)	SIM
18	Valor informado	Valor informado na fatura	Double (9,2)	SIM
19	Valor processado	Valor processado na fatura pela operadora	Double (9,2)	SIM

20	Valor liberado	Valor liberado para pagamento pela operadora	Double (9,2)	SIM
21	Valor da glosa	Valor da glosa	Double (9,2)	SIM
22	Total geral valor informado (R\$)	Total geral valor informado (R\$)	Double (9,2)	SIM
23	Total geral valor processado (R\$)	Total geral valor processado (R\$)	Double (9,2)	SIM
24	Total geral valor liberado (R\$)	Total geral valor liberado (R\$)	Double (9,2)	SIM
25	Total geral glosa (R\$)	Total geral glosa (R\$)	Double (9,2)	SIM
26	Total valor	Total valor liberado = Geral valor liberado - total geral de glosas sem considerar valores de impostos e demais descontos.	Double (9,2)	SIM
27	Demais descontos e valores	Demais descontos a serem debitados do valor liberado. Itens devem estar devidamente descritos e valorados linha a linha.	String (70) para descrição Double (9,2) para valores	SIM
28	Total valor liberado	Total valor subtraído de todos os descontos. Valor final do demonstrativo.	Double (9,2)	SIM

## 1.5 Tabelas de domínios

As tabelas de domínios abaixo são tabelas base disponibilizadas através da Instrução Normativa nº 22, para auxiliar no preenchimento das informações dispostas nas guias, geralmente relacionando um código à descrição do campo.

CBO-S  
Conselho profissional  
Dentes  
Faces do Dente  
Glosas  
Grau de participação  
Indicador de acidente  
Motivo de saída da internação  
Óbito em mulher  
Regime de internação  
Regiões  
Situação inicial  
Status do protocolo  
Tabelas  
Técnica utilizada  
Tipo de acomodação  
Tipo de atendimento  
Tipo de consulta  
Tipo de doença  
Tipo de faturamento  
Tipo de internação  
Tipo de logradouro  
Tipo de saída na guia de consulta  
Tipo de saída na guia de SP/SADT  
Unidade de tempo de doença referida pelo paciente  
Via de acesso

### 1.5.1 CBO-S

Código	Descrição
06158	Médico acupunturista
06133	Médico alergista/imunologista
06114	Médico anatomopatologista
06115	Médico anestesista
06175	Médico angiologista
06116	Médico broncoesofalogista
06159	Médico cancerologista
06117	Médico cardiologista
06120	Médico cirurgião cardiovascular
06161	Médico cirurgião de mão
06146	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
06163	Médico cirurgião do aparelho digestivo
06112	Médico cirurgião pediátrico
06180	Médico cirurgião plástico
06154	Médico cirurgião torácico
06118	Médico cirurgião vascular
06110	Médico cirurgião em geral
06153	Médico citopatologista
06177	Médico de medicina esportiva
06113	Médico de perícias médicas
06141	Médico de saúde da família
06119	Médico dermatologista
06122	Médico do trabalho
06125	Médico endocrinologista
06127	Médico endoscopista
06128	Médico fisiatra
06123	Médico gastroenterologista
06143	Médico geneticista clínico
06151	Médico geral comunitário
06134	Médico geriatra
06132	Médico ginecologista
06149	Médico ginecologista / obstetra

06136	Médico hansenologista
06124	Médico hematologista
06148	Médico homeopata
06135	Médico hemoterapeuta
06144	Médico infectologista
06166	Médico intensivista
06137	Médico legista
06139	Médico mastologista
06138	Médico nefrologista
06131	Médico neurocirurgião
06142	Médico neurologista
06126	Médico nuclear
06145	Médico obstetra
06147	Médico oftalmologista
06168	Médico oncologista cirúrgico
06129	Médico oncologista clínico
06121	Médico oncologista pediátrico
06150	Médico ortopedista
06152	Médico otorrinolaringologista
06172	Médico patologista clínico
06155	Médico pediatra
06164	Médico plantonista
06157	Médico pneumotisiologista
06160	Médico proctologista
06162	Médico psiquiatra
06165	Médico radiologista
06167	Médico radioterapeuta
06130	Médico reumatologista
06140	Médico sanitário
06156	Médico ultrasonografista
06170	Médico urologista
06105	Médico em geral (clínico geral)
06190	Outros médicos
07915	Acupunturista
07310	Assistente social em geral
05250	Bacteriologista

05110	Biologista em geral (biólogo biomédico)
05230	Bioquímico
06340	Cirurgião dentista (endodontia)
06350	Cirurgião dentista (patologia bucal)
06355	Cirurgião dentista (pediatria)
06370	Cirurgião dentista (periodontia)
06360	Cirurgião dentista (prótese)
06365	Cirurgião dentista (radiologia)
06330	Cirurgião dentista (saúde pública)
06335	Cirurgião dentista (traumatologia buco maxilo facial)
06345	Cirurgião dentista (ortodontia)
06310	Cirurgião dentista em geral
07110	Enfermeiro do PACS
07112	Enfermeiro do PSF
07155	Enfermeiro de terapia intensiva
07150	Enfermeiro de centro cirúrgico
07140	Enfermeiro do trabalho
07110	Enfermeiro em geral
07145	Enfermeiro obstetra
07165	Enfermeiro psiquiátrico
07160	Enfermeiro peuricultor e pediátrico
07130	Enfermeiro sanitarista
06710	Farmacêutico em geral
05270	Farmacologista
01280	Físico nuclear
07620	Fisioterapeuta
07914	Foniatra
07925	Fonoaudiólogo
06510	Médico veterinário em geral
06810	Nutricionista em geral
07525	Ortoptista
07530	Ótico
05290	Outros bacteriologistas e trabalhadores assemelhados
04945	Pedagogo
07410	Psicólogo em geral
07550	Técnico em orientação e mobilidade de cegos e deficientes visuais

07630	Terapeuta ocupacional
07690	Terapeutas em geral (outros terapeutas)
06540	Zootecnista
19998	Outros profissionais de nível superior
31120	Agente Administrativo

### 1.5.2 Conselho profissional

Código	Descrição
CRAS	Conselho Regional de Assistência Social
COREN	Conselho Federal de Enfermagem
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CRFA	Conselho Regional de Fonoaudiologia
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRV	Conselho Regional de Medicina Veterinária
CRN	Conselho Regional de Nutrição
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
OUT	Outros Conselhos

### 1.5.3 Dentes

Código	Descrição
11	Incisivo Central Superior Direito
12	Incisivo Lateral Superior Direito
13	Canino Superior Direito
14	Primeiro Pré-molar Superior Direito
15	Segundo Pré-molar Superior Direito
16	Primeiro Molar Superior Direito
17	Segundo Molar Superior Direito
18	Terceiro Molar Superior Direito
21	Incisivo Central Superior Esquerdo
22	Incisivo Lateral Superior Esquerdo
23	Canino Superior Esquerdo
24	Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo
25	Segundo Pré-molar Superior Esquerdo
26	Primeiro Molar Superior Esquerdo
27	Segundo Molar Superior Esquerdo
28	Terceiro Molar Superior Esquerdo
31	Incisivo Central Inferior Esquerdo
32	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
33	Canino Inferior Esquerdo
34	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
35	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
36	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
37	Segundo Molar Inferior Esquerdo
38	Terceiro Molar Inferior Esquerdo
41	Incisivo Central Inferior Esquerdo
42	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
43	Canino Inferior Esquerdo
44	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
45	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
46	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
47	Segundo Molar Inferior Esquerdo
48	Terceiro Molar Inferior Esquerdo
99	Dente Extra-numerário

51	Incisivo Central Superior Direito
52	Incisivo Lateral Superior Direito
53	Canino Superior Direito
54	Primeiro Molar Superior Direito
55	Segundo Molar Superior Direito
61	Incisivo Central Superior Esquerdo
62	Incisivo Lateral Superior Esquerdo
63	Canino Superior Esquerdo
64	Primeiro Molar Superior Esquerdo
65	Segundo Molar Superior Esquerdo

#### 1.5.4 Faces do dente

Código	Descrição
O	Oclusal
L	Lingual
M	Mesial
V	Vestibular
D	Distal
I	Incisal

As diversas combinações de faces ficam abertas para cada CD preencher da melhor forma respeitando orientações contratuais.

### 1.5.5 Glosas

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Elegibilidade	1001	Número da carteira inválido
Elegibilidade	1002	Número do Cartão Nacional de Saúde inválido
Elegibilidade	1003	A admissão do Beneficiário no prestador ocorreu antes da inclusão do Beneficiário na Operadora
Elegibilidade	1004	Solicitação Anterior à Inclusão do Beneficiário
Elegibilidade	1005	Atendimento anterior à inclusão do Beneficiário
Elegibilidade	1006	Atendimento após o desligamento do Beneficiário
Elegibilidade	1007	Atendimento dentro da carência do Beneficiário
Elegibilidade	1008	Assinatura divergente
Elegibilidade	1009	Beneficiário com pagamento em aberto
Elegibilidade	1010	Assinatura do Titular / Responsável inexistente
Elegibilidade	1011	Identificação do beneficiário não consistente
Elegibilidade	1012	Serviço Profissional Hospitalar não é coberto pelo plano do beneficiário
Elegibilidade	1013	Cadastro do beneficiário com problemas
Elegibilidade	1014	Beneficiário com data de exclusão
Elegibilidade	1015	Idade do Beneficiário acima idade limite
Elegibilidade	1016	Beneficiário com atendimento suspenso
Elegibilidade	1017	Data Validade da Carteira Vencida
Elegibilidade	1018	Empresa do beneficiário suspensa / excluída
Elegibilidade	1019	Família do Beneficiário com atendimento suspenso
Elegibilidade	1020	Via de Cartão do Beneficiário Cancelada
Elegibilidade	1021	Via de Cartão do Beneficiário não liberada
Elegibilidade	1022	Via de Cartão do beneficiário não compatível
Elegibilidade	1023	Nome do titular inválido
Elegibilidade	1024	Plano não existente
Elegibilidade	1099	Outros
Protocolo	1101	Quantidade de Guias informadas no Protocolo diferente das cadastradas
Protocolo	1102	Protocolo é de re-apresentação
Protocolo	1103	Protocolo não é de reapresentação
Protocolo	1104	Valor total do protocolo diferente do valor total das guias

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Protocolo	1199	Outros
Prestador	1201	Atendimento fora da vigência do contrato com o credenciado
Prestador	1202	Número do CNES inválido
Prestador	1203	Código Prestador inválido
Prestador	1204	Admissão anterior à inclusão do credenciado na rede
Prestador	1205	Admissão após o desligamento do credenciado da rede
Prestador	1206	CPF / CNPJ inválido
Prestador	1207	Credenciado não pertence à Rede Credenciada
Prestador	1208	Solicitação anterior à inclusão do Credenciado
Prestador	1209	Solicitação após o desligamento do Credenciado
Prestador	1210	Solicitante Credenciado não cadastrado
Prestador	1211	Assinatura / Carimbo do Credenciado inexistente
Prestador	1212	Atendimento / Referência fora da vigência do contrato do prestador
Prestador	1213	CBO-S (especialidade) inválido
Prestador	1214	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento
Prestador	1215	Credenciado fora da abrangência geográfica do plano
Prestador	1216	Especialidade não cadastrada
Prestador	1217	Especialidade não cadastrada para o prestador
Prestador	1299	Outros
Guia	1301	Tipo Guia inválido
Guia	1302	Código Tipo Guia Principal e Número Guias Incompatíveis
Guia	1303	Não existe o Número Guia Principal informado
Guia	1304	Cobrança em guia indevida
Guia	1305	Item pago em outra Guia
Guia	1306	Não existe Número Guia Principal e/ou Código Guia Principal
Guia	1307	Número da guia inválido
Guia	1308	Guia já apresentada
Guia	1309	Procedimento contratado não está de acordo com o tipo de guia utilizado
Guia	1310	Serviço do tipo cirúrgico e invasivo. Equipe médica não informada na guia

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Guia	1311	Prestador executante não informado
Guia	1312	Prestador contratado não informado
Guia	1313	Guia com rasura
Guia	1314	Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado.
Guia	1315	Guia sem data do ato cirúrgico.
Guia	1316	Guia com local de atendimento preenchido incorretamente.
Guia	1317	Guia sem data do atendimento
Guia	1318	Guia com código de serviço preenchido incorretamente.
Guia	1319	Guia sem assinatura do assistido.
Guia	1320	Identificação do assistido incompleta
Guia	1321	Validade da guia expirada
Guia	1399	Outros
Autorização / Solicitação	1401	Acomodação não autorizada
Autorização / Solicitação	1402	Procedimento não autorizado
Autorização / Solicitação	1403	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento
Autorização / Solicitação	1404	Não existe guia de autorização relacionada
Autorização / Solicitação	1405	Data de Validade da Senha é anterior a Data do Atendimento
Autorização / Solicitação	1406	Número da Senha informado diferente do liberado
Autorização / Solicitação	1407	Serviço solicitado não possui cobertura
Autorização / Solicitação	1408	Quantidade Serviço Solicitada acima da Autorizada
Autorização / Solicitação	1409	Quantidade Serviço solicitada acima coberta
Autorização / Solicitação	1410	Serviço solicitado em Carência
Autorização / Solicitação	1411	Solicitante não Informado
Autorização / Solicitação	1412	Problemas no sistema autorizador

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Autorização / Solicitação	1413	Acomodação não possui cobertura
Autorização / Solicitação	1414	Data de validade da senha expirada
Autorização / Solicitação	1415	Procedimento não autorizado para o Beneficiário
Autorização / Solicitação	1416	Solicitante não Cadastrado
Autorização / Solicitação	1417	Solicitante não habilitado
Autorização / Solicitação	1418	Solicitante suspenso
Autorização / Solicitação	1419	Serviço solicitado já autorizado
Autorização / Solicitação	1420	Serviço solicitado fora da cobertura
Autorização / Solicitação	1421	Serviço solicitado é de pré-existência
Autorização / Solicitação	1422	Especialidade não cadastrada para o Solicitante
Autorização / Solicitação	1423	Quantidade solicitada acima da quantidade permitida
Autorização / Solicitação	1424	Quantidade autorizada acima da quantidade permitida
Autorização / Solicitação	1425	Necessita pré-autorização da empresa
Autorização / Solicitação	1426	Não autorizado pela auditoria médica
Autorização / Solicitação	1427	Necessidade de auditoria médica
Autorização / Solicitação	1428	Falta de autorização da empresa de conectividade
Autorização / Solicitação	1429	CBO-S (especialidade) não autorizado a realizar o serviço
Autorização / Solicitação	1499	Outros
Diagnóstico	1501	Tempo de Evolução da doença Inválido
Diagnóstico	1502	Tipo de Doença inválido
Diagnóstico	1503	Indicador de Acidente Inválido

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Diagnóstico	1504	Caráter de Internação Inválido
Diagnóstico	1505	Regime da internação inválido
Diagnóstico	1506	Tipo de Internação Inválido
Diagnóstico	1507	Urgência não aplicável
Diagnóstico	1508	Código CID não Informado
Diagnóstico	1509	Código CID inválido
Diagnóstico	1599	Outros
Atendimento	1601	Reincidência no atendimento
Atendimento	1602	Tipo de atendimento inválido ou não informado
Atendimento	1603	Tipo de consulta inválido
Atendimento	1604	Tipo de saída inválido
Atendimento	1605	Intervenção anterior a Admissão
Atendimento	1606	Final da Intervenção anterior ao Início da Intervenção
Atendimento	1607	Alta Hospitalar anterior ao Final da Intervenção
Atendimento	1608	Alta anterior à data de internação
Atendimento	1609	Motivo Saída Inválido
Atendimento	1610	Óbito Mulher Inválido
Atendimento	1611	Intervenção anterior a Internação
Atendimento	1612	Serviço não pode ser realizado no local especificado
Atendimento	1613	Consulta não autorizada
Atendimento	1614	Serviço ambulatorial não autorizado
Atendimento	1615	Internação não autorizada
Atendimento	1699	Outros
Regra de Valorização	1701	Cobrança fora do prazo de validade
Regra de Valorização	1702	Cobrança de procedimento em duplicidade
Regra de Valorização	1703	Horário do atendimento não está na faixa de urgência/emergência
Regra de Valorização	1704	Valor cobrado superior ao acordado em pacote
Regra de Valorização	1705	Valor apresentado a maior
Regra de Valorização	1706	Valor apresentado a menor

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Regra de Valorização	1707	Não existe informação sobre a tabela que será utilizada na Valoração. Verifique o Contrato do Prestador
Regra de Valorização	1708	Não existe valor para o procedimento realizado
Regra de Valorização	1709	Falta prescrição médica
Regra de Valorização	1710	Falta visto da Enfermagem
Regra de Valorização	1711	Procedimento pertence a um pacote acordado e já cobrado
Regra de Valorização	1712	Assinatura do Médico responsável pelo exame inexistente
Regra de Valorização	1713	Faturamento Inválido
Regra de Valorização	1714	Valor do serviço superior ao valor de tabela
Regra de Valorização	1715	Valor do serviço inferior ao valor de tabela
Regra de Valorização	1716	Percentual de redução/acréscimo fora dos valores definidos em tabela
Regra de Valorização	1799	Outros
Procedimento	1801	Procedimento inválido
Procedimento	1802	Procedimento incompatível com o sexo do Beneficiário
Procedimento	1803	Idade do Beneficiário incompatível com o Procedimento
Procedimento	1804	Número de dias liberados / sessões autorizadas não informadas
Procedimento	1805	Valor total do procedimento diferente do Valor Processado
Procedimento	1806	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
Procedimento	1807	Procedimentos médicos duplicados
Procedimento	1808	Procedimento não conforme com CID
Procedimento	1809	Cobrança de procedimento não executado
Procedimento	1810	Cobrança de procedimento não solicitado pelo médico
Procedimento	1811	Procedimento sem registro de execução
Procedimento	1812	Cobrança de procedimento não correlacionado ao relatório específico

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Procedimento	1813	Cobrança de procedimento sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Procedimento	1814	Cobrança de procedimento com data de autorização posterior à do atendimento.
Procedimento	1815	Procedimento não autorizado
Procedimento	1816	Cobrança de procedimento em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Procedimento	1817	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
Procedimento	1818	Cobrança de procedimento que exige autorização prévia
Procedimento	1819	Cobrança de procedimento com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
Procedimento	1820	Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Procedimento	1821	Cobrança de procedimento não compatível com a idade.
Procedimento	1822	Cobrança de procedimento com ausência de resultado ou laudo técnico.
Procedimento	1823	Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Procedimento	1824	Procedimento cobrado não corresponde ao exame executado
Procedimento	1825	Cobrança de procedimento ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Procedimento	1899	Outros
Diária	1901	Acomodação inválida
Diária	1901	Acomodação informada não está de acordo com acomodação contratada
Diária	1902	Permanência hospitalar incompatível com a evolução clínica
Diária	1903	Permanência hospitalar incompatível com o procedimento autorizado
Diária	1904	Quantidade de diárias deve ser maior que zero
Diária	1905	Acomodação não informada
Diária	1906	Quantidade UTI não prevista para procedimento
Diária	1907	Usuário não possui cobertura de UTI
Diária	1908	Acomodação não autorizada

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Diária	1909	Cobrança de diárias em locais de acomodações diferentes, no mesmo dia.
Diária	1910	Permanência hospitalar para investigação injustificada.
Diária	1911	Evolução clínica não compatível com a permanência em UTI.
Diária	1912	Código de diária incompatível com o local de atendimento.
Diária	1913	Cobrança de diária em quantidade incompatível com a permanência hospitalar.
Diária	1914	Mudança de acomodação sem comunicação ao paciente, familiar ou acompanhante, ou sem solicitação destes.
Diária	1915	Cobrança de diárias de UTI incompatível com diagnóstico e evolução clínica.
Diária	1999	Outros
Material	2001	Material inválido
Material	2002	Material sem cobertura para atendimento ambulatorial
Material	2003	Material não especificado
Material	2004	Material sem nota fiscal do fornecedor
Material	2005	Quantidade de material deve ser maior que zero
Material	2006	Material informado não coberto
Material	2007	Cobrança de material em quantidade incompatível com a permanência.
Material	2008	Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado.
Material	2009	Quantidade de material superior a quantidade coberta
Material	2010	Cobrança de materiais inclusos nas taxas
Material	2011	Cobrança de material incluso no pacote negociado.
Material	2012	Cobrança de material incompatível com o relatório técnico.
Material	2013	Cobrança de material em permanência hospitalar não autorizada.
Material	2014	Cobrança de material não utilizado
Material	2099	Outros
Medicamento	2101	Medicamento inválido

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Medicamento	2102	Medicamento sem cobertura para atendimento ambulatorial
Medicamento	2103	Medicamento não especificado
Medicamento	2104	Medicamento sem nota fiscal do fornecedor
Medicamento	2105	Quantidade de medicamentos deve ser maior que zero
Medicamento	2106	Medicamento informado não coberto
Medicamento	2107	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência.
Medicamento	2108	Cobrança de medicamento em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado.
Medicamento	2109	Quantidade de medicamento superior a quantidade coberta
Medicamento	2110	Cobrança de medicamento inclusos nas taxas
Medicamento	2111	Cobrança de medicamento incluso no pacote negociado.
Medicamento	2112	Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico.
Medicamento	2113	Cobrança de medicamento em permanência hospitalar não autorizada.
Medicamento	2114	Cobrança de medicamento não utilizado
Medicamento	2199	Outros
OPM	2201	OPM inválido
OPM	2202	OPM sem cobertura para atendimento ambulatorial
OPM	2203	OPM sem nota fiscal do fornecedor
OPM	2204	Quantidade de OPM deve ser maior que zero
OPM	2205	OPM informado não coberto
OPM	2206	OPM informado não autorizado
OPM	2207	Cobrança de OPM não utilizado
OPM	2208	Cobrança de OPM no item material e medicamentos.
OPM	2209	Cobrança de OPM em desacordo com relatório técnico
OPM	2210	Cobrança de OPM em quantidade incompatível com o procedimento realizado
OPM	2211	Cobrança de OPM inclusa no pacote
OPM	2299	Outros
Gases Medicinais	2301	Gases Medicinais inválidos

<b>Grupo</b>	<b>Código da Mensagem</b>	<b>Descrição da Mensagem</b>
Gases Medicinais	2302	Cobrança de oxigenoterapia sem prescrição médica.
Gases Medicinais	2303	Cobrança de oxigenoterapia com quantitativo de uso em divergência/pago valor corrigido.
Gases Medicinais	2304	Cobrança de oxigênio incluso na taxa de nebulização especificada.
Gases Medicinais	2305	Cobrança de oxigenoterapia em uso prolongado sem justificativa de uso.
Gases Medicinais	2306	Cobrança de oxigenoterapia sem registro de controle de uso (entrada e saída).
Gases Medicinais	2307	Cobrança de gases em quantidade superior ao período de permanência
Gases Medicinais	2308	Cobrança de CO2 nas cirurgias videolaparoscópicas durante toda a realização do procedimento (início ao fim).
Gases Medicinais	2309	Cobrança de ar comprimido sem registro no Boletim Anestésico e duração de uso.
Gases Medicinais	2310	Cobrança de gases incompatível com o utilizado/ prescrito.
Gases Medicinais	2399	Outros
Taxas e aluguéis	2401	Taxa / Aluguel inválido
Taxas e aluguéis	2402	Cobrança de taxa por uso de equipamento incompatível com o procedimento realizado/uso previsto no procedimento.
Taxas e aluguéis	2403	Cobrança de taxa de uso de bomba de infusão em paciente internado na UTI
Taxas e aluguéis	2404	Cobrança de outras taxas associadas/inclusas na cobrança da taxa de sala prevista.
Taxas e aluguéis	2405	Cobrança de mais de uma taxa de sala de cirurgia, por conta do número de procedimentos realizados no mesmo tempo cirúrgico.
Taxas e aluguéis	2406	Cobrança indevida de taxa de sala por administração de medicamentos.
Taxas e aluguéis	2407	Cobrança de taxas, de serviços realizados em ambientes incompatíveis com o uso de equipamentos.
Taxas e aluguéis	2408	Cobrança de taxas em quantidade superior ao tempo de permanência hospitalar
Taxas e aluguéis	2409	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro com permanência menor que o período estipulado

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Taxas e aluguéis	2410	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro sem o registro da permanência.
Taxas e aluguéis	2411	Cobrança de taxa de sala de pronto socorro, para aplicação de medicamentos.
Taxas e aluguéis	2412	Cobrança de taxa de recuperação anestésica não justificada para o procedimento.
Taxas e aluguéis	2413	Cobrança de taxa inclusa no pacote negociado.
Taxas e aluguéis	2414	Cobrança de taxa de equipamento em concomitância com a cobrança de taxa para o procedimento.
Taxas e aluguéis	2415	Taxa exige informação do valor na Guia.
Taxas e aluguéis	2416	Cobrança de taxa de recuperação anestésica para pacientes com pós-operatório imediato realizado na UTI/CTI.
Taxas e aluguéis	2417	Cobrança de taxa de recuperação anestésica sem a presença do anestesista.
Taxas e aluguéis	2418	Cobrança de taxa de sala incompatível com o procedimento.
Taxas e aluguéis	2419	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação.
Taxas e aluguéis	2420	Cobrança de taxa de sala cirúrgica com porte anestésico diferente do procedimento autorizado/realizado.
Taxas e aluguéis	2421	Cobrança de taxa em quantidade incorreta.
Taxas e aluguéis	2422	Cobrança de taxa por uso de equipamento de uso obrigatório na sala de cirurgia, cuja taxa de sala cirúrgica já inclui seu uso.
Taxas e aluguéis	2423	Cobrança de taxa de equipamentos de uso obrigatório no local de atendimento.
Taxas e aluguéis	2424	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação.
Taxas e aluguéis	2499	Outros
Procedimentos em Série	2501	Procedimento em série inválido
Procedimentos em Série	2502	Cobrança de duas avaliações fisioterápicas
Procedimentos em Série	2503	Cobrança de psicoterapia individual, quando o aplicado é a cobrança de psicoterapia em grupo

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Procedimentos em Série	2504	Quantidade de sessões cobradas não condizem com as assinaturas no controle de tratamento seriado
Procedimentos em Série	2505	O código cobrado é diferente do código autorizado
Procedimentos em Série	2506	A quantidade de sessões cobradas é diferente da quantidade autorizada
Procedimentos em Série	2507	O código autorizado está incompatível com a prescrição médica solicitada
Procedimentos em Série	2508	Cobrança de sessões sem o devido plano de tratamento e, ou, com o prazo de pagamento expirado
Procedimentos em Série	2509	Cobrança do procedimento seriado incompatível com o quadro clínico
Procedimentos em Série	2510	Cobrança do procedimento seriado em número de sessões acima da quantidade estabelecida
Procedimentos em Série	2511	Ausência de evolução no prontuário médico do tratamento seriado realizado.
Procedimentos em Série	2512	Cobrança de sessões de fisioterapia em desacordo com as evoluções do prontuário médico
Procedimentos em Série	2513	Cobrança de tratamento seriado sem justificativa clínica/técnica
Procedimentos em Série	2514	Serviço não contratado para o prestador
Procedimentos em Série	2515	Local de atendimento inadequado
Procedimentos em Série	2516	Quantidade cobrada diferente da realizada
Procedimentos em Série	2599	Outros
Honorários	2601	Codificação incorreta/inadequada do procedimento.
Honorários	2602	Cobrança de honorário incluso no procedimento principal
Honorários	2603	Cobrança de honorário sem registro da efetiva participação do profissional
Honorários	2604	Procedimento principal não requer equipe médica
Honorários	2605	Não cabe pagamento do honorário integral por ser a mesma via de acesso cirúrgico.
Honorários	2606	Cobrança do honorário em local de atendimento incorreto (inexistente).
Honorários	2607	Cobrança de Honorários em duplicidade.

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Honorários	2608	Cobrança de consulta indevida, quando o procedimento principal já está sendo remunerado.
Honorários	2609	Local de atendimento não informado.
Honorários	2699	Outros
Exames	2701	Procedimento inválido
Exames	2702	Cobrança de exame não solicitado pelo médico
Exames	2703	Exame sem registro de execução
Exames	2704	Cobrança de exame não correlacionado ao relatório específico
Exames	2705	Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Exames	2706	Cobrança de procedimento/exame com data de autorização posterior à do atendimento.
Exames	2707	Exame não autorizado
Exames	2708	Cobrança de exame em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Exames	2709	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
Exames	2710	Cobrança de exame que exige autorização prévia
Exames	2711	Cobrança de exame com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
Exames	2712	Cobrança de exame em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Exames	2713	Cobrança de exame não compatível com a idade.
Exames	2714	Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico.
Exames	2715	Exame realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Exames	2716	Exame cobrado não corresponde ao exame executado
Exames	2717	Cobrança de exame ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Exames	2718	Exames não justificam caráter de urgência
Exames	2799	Outros
Pacotes	2801	Pacote inválido
Pacotes	2802	Pacote incompatível com o sexo do Beneficiário
Pacotes	2803	Idade do Beneficiário incompatível com o Pacote
Pacotes	2804	Valor total do pacote diferente do Valor Processado

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Pacotes	2805	Valor do pacote superior ao valor dos itens
Pacotes	2806	Cobrança de pacote não executado
Pacotes	2807	Cobrança de pacote não solicitado pelo médico
Pacotes	2808	Pacote sem registro de execução
Pacotes	2809	Cobrança de pacote não correlacionado ao relatório específico
Pacotes	2810	Cobrança de pacote sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Pacotes	2811	Cobrança de pacote com data de autorização posterior à do atendimento.
Pacotes	2812	Pacote não autorizado
Pacotes	2813	Cobrança de pacote em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Pacotes	2814	Itens de composição do pacote não realizados
Pacotes	2815	Cobrança do pacote exige autorização prévia
Pacotes	2816	Cobrança de pacote com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
Pacotes	2817	Cobrança de pacote em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Pacotes	2818	Cobrança de pacote não compatível com a idade.
Pacotes	2819	Cobrança de pacote com ausência de resultado ou laudo técnico.
Pacotes	2820	Pacote realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Pacotes	2821	Pacote cobrado não corresponde ao exame executado
Pacotes	2822	Cobrança de pacote ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Pacotes	2899	Outros
Revisão de glosa	2901	Revisão de glosa inválida
Revisão de glosa	2902	Glosa mantida
Revisão de glosa	2903	Pedido de revisão sem justificativa
Revisão de glosa	2904	Mais de um recurso de glosa para o mesmo protocolo
Revisão de glosa	2905	A guia não é de revisão

Grupo	Código da Mensagem	<b>Descrição da Mensagem</b>
Revisão de glosa	2906	Número da guia inválido
Revisão de glosa	2999	Outros
Mensagens de Sistema	5001	Mensagem eletrônica fora do padrão TISS
Mensagens de Sistema	5002	Não foi possível validar o arquivo XML
Mensagens de Sistema	5003	Endereço do Remetente inválido
Mensagens de Sistema	5004	Endereço do destinatário inválido
Mensagens de Sistema	5005	Remetente não identificado
Mensagens de Sistema	5006	Destinatário não identificado
Mensagens de Sistema	5007	Mensagem inconsistente ou incompleta
Mensagens de Sistema	5008	Espaço reservado para a caixa de saída insuficiente
Mensagens de Sistema	5009	Espaço reservado para a caixa de entrada insuficiente
Mensagens de Sistema	5010	Envio de mensagem não foi terminado
Mensagens de Sistema	5011	Envio de mensagem finalizado
Mensagens de Sistema	5012	Recebimento de mensagem não finalizado
Mensagens de Sistema	5013	Recebimento de mensagem finalizado
Mensagens de Sistema	5014	Código Hash inválido. Mensagem pode estar corrompida.
Mensagens de Sistema	5099	Erro não identificado
Mensagens reservadas	9901 a 9999	Intervalo de códigos destinados as mensagens particulares de cada entidade

### 1.5.6 Grau de participação

Código	Descrição
00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
08	Consultor
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
11	Auxiliar SADT
12	Clínico

### 1.5.7 Indicador de acidente

Código	Descrição
0	Acidente ou doença relacionada a trabalho
1	Acidente ou doença relacionada a trânsito
2	Outros

---

### 1.5.8 Motivo de saída da internação

Código	Descrição
<b>Em caso de alta</b>	
10	Para complementação em internação domiciliar
11	Curado
12	Melhorado
13	Inalterado
14	A pedido
15	Internado para diagnóstico
16	Administrativa
17	Por indisciplina
18	Por evasão
19	Para completar tratamento
<b>Em caso de permanência</b>	
21	Por características da doença
22	Por intercorrência
23	Por motivo social
24	Por doença crônica
25	Por impossibilidade de convívio sócio-familiar
<b>Em caso de transferência</b>	
31	Para tisiologia
32	Para psiquiatria
33	Para clínica médica
34	Para cirurgia
35	Para obstetrícia
36	Para berçário
37	Para pediatria
38	Para isolamento
39	Para outros (CTI, radioterapia, etc..)
<b>Em caso de óbito com necropsia</b>	
41	Até 24 horas da internação
43	Ocorreu após 48 horas da internação

44	Óbito de parturiente, com necropsia, com permanência do recém-nascido
45	De 24 ate 48h de internação, paciente chegou agônico
46	De 24 ate 48h de internação, paciente não chegou agônico
<b>Em caso de óbito sem necropsia</b>	
51	Nas primeiras 48 horas, chegou agônico
52	Nas primeiras 48 horas, não chegou agônico
53	Ocorreu após 48 horas de internação
54	Óbito de parturiente, com necropsia, com permanência do recém-nascido
<b>Em caso de reoperação</b>	
61	Em politraumatizado c/menos 24hs da 1ª Cirurgia
62	Em politraumatizado 24 a 48hs após 1ª Cirurgia
63	Em politraumatizado 48 a 72hs após 1ª Cirurgia
64	Em politraumatizado acima 72hs após 1ª Cirurgia
65	Em cirurgia de emergência c/menos 24hs após 1ª Cirurgia
66	Em cirurgia de emergência 24 a 48hs após 1ª Cirurgia
67	Em cirurgia de emergência 48 a 72hs após 1ª Cirurgia
68	Em cirurgia emergência acima 72h após 1ª cirurgia
69	Alta da parturiente com permanência do recém-nascido
<b>Em caso de alta da parturiente com permanência do recém nascido</b>	
71	Em caso de alta da parturiente com permanência do recém nascido

### 1.5.9 Óbito em mulher

Código	Descrição
1	Grávida no momento
2	Até 42 dias após o término da gestação
3	De 43 dias até 12 meses após o término da gestação

### 1.5.10 Regime de internação

Código	Descrição
1	Hospitalar
2	Hospital-dia
3	Domiciliar

### 1.5.11 Regiões

Código	Descrição
AS	Arco Superior
AI	Arco Inferior
HASD	Hemi-Arco Superior Direito
HASE	Hemi-Arco Superior Esquerdo
HAID	Hemi-Arco Inferior Direito
HAIE	Hemi-Arco Inferior Esquerdo
ASAI	Arcadas Superiores e inferiores

### 1.5.12 Situação inicial

Código	Descrição
H	Hígido
E	Extração indicada
A	Ausente
C	Cariado
R	Restaurado

### 1.5.13 Status do protocolo

Código	Descrição
1	Recebido
2	Em análise
3	Liberado para pagamento
4	Encerrado sem pagamento
5	Analisado e aguardando liberação para o pagamento

**1.5.14 Tabelas**

Código	Descrição
01	Lista de Procedimentos Médicos AMB 90
02	Lista de Procedimentos Médicos AMB 92
03	Lista de Procedimentos Médicos AMB 96
04	Tabela Brasíndice
05	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
06	Tabela CIEFAS-93
07	Rol de Procedimentos ANS
08	Tabela de Procedimentos Ambulatoriais SUS
09	Tabela de Procedimentos Hospitalares SUS
10	Tabela SIMPRO
11	Tabela TUNEP
12	Tabela VRPO
13	Tabela de Intercâmbio Sistema Uniodonto
94	Tabela Própria Procedimentos
95	Tabela Própria Materiais
96	Tabela Própria Medicamentos
97	Tabela Própria de Taxas Hospitalares
98	Tabela Própria de Pacotes
99	Tabela Própria de Gases Medicinais
00	Outras Tabelas

### 1.5.15 Técnica utilizada

Código	Descrição
C	Convencional
V	Videolaparoscopia

### 1.5.16 Tipo de acomodação

Código	Descrição
01	Enfermaria
02	Quarto particular
03	UTI
04	Enfermaria dois leitos
05	One Day clinic
06	Unidade intermediaria
07	Apartamento
08	Ambulatório
11	Apartamento luxo
12	Apartamento Simples
13	Apartamento Standard
14	Apartamento Suíte
15	Apartamento com alojamento conjunto
21	Berçário normal
22	Berçário patológico / prematuro
23	Berçário patológico com isolamento
31	Enfermaria (3 leitos)
32	Enfermaria (4 ou mais leitos)
33	Enfermaria com alojamento conjunto
34	Hospital Dia
35	Isolamento
41	Quarto Coletivo (2 leitos)
42	Quarto privativo
43	Quarto com alojamento conjunto
51	UTI Adulto
52	UTI Pediátrica
53	UTI Neo-Natal
54	TSI - Unidade de Terapia semi-Intensiva
55	Unidade coronariana
61	Outras diárias

### 1.5.17 Tipo de atendimento

Código	Descrição
01	Remoção
02	Pequena Cirurgia
03	Terapias
04	Consulta
05	Exames
06	Atendimento Domiciliar
07	SADT Internado
08	Quimioterapia
09	Radioterapia
10	Terapia Renal Substitutiva (TRS)

**1.5.18 Tipo de consulta**

Código	Descrição
1	Primeira Consulta
2	Seguimento
3	Pré-natal

### 1.5.19 Tipo de doença

Código	Descrição
A	Aguda
C	Crônica

**1.5.20 Tipo de faturamento**

Código	Descrição
T	Total
P	Parcial

---

### 1.5.21 Tipo de internação

Código	Descrição
1	Clínica
2	Cirúrgica
3	Obstétrica
4	Pediátrica
5	Psiquiátrica

### 1.5.22 Tipo de logradouro

Código	Descrição
001	Acesso
002	Adro
004	Alameda
005	Alto
007	Atalho
008	Avenida
009	Balneario
010	Belvedere
011	Beco
012	Bloco
013	Bosque
014	Boulevard
015	Baixa
016	Cais
017	Caminho
019	Chapadão
020	Conjunto
021	Colônia
022	Corredor
023	Campo
024	Córrego
027	Desvio
028	Distrito
030	Escada
031	Estrada
032	Estação
033	Estádio
036	Favela
037	Fazenda
038	Ferrovia
039	Fonte
040	Feira
043	Forte
045	Galeria
046	Granja
050	Ilha
052	Jardim
053	Ladeira

Código	Descrição
054	Largo
055	Lagoa
056	Loteamento
059	Morro
060	Monte
062	Paralela
063	Passeio
064	Pátio
065	Praça
067	Parada
070	Praia
071	Prolongamento
072	Parque
073	Passarela
074	Passagem
076	Ponte
077	Quadra
079	Quinta
081	Rua
082	Ramal
087	Recanto
088	Retiro
089	Reta
090	Rodovia
091	Retorno
092	Sítio
094	Servidão
095	Setor
096	Subida
097	Trincheira
098	Terminal
099	Trevo
100	Travessa
101	Via
103	Viaduto
104	Vila
105	Viela
106	Vale
108	Zigue-zague
452	Trecho
453	Vereda
465	Artéria

Código	Descrição
468	Elevada
469	Porto
470	Balão
471	Paradouro
472	Área
473	Jardinete
474	Esplanada
475	Quintas
476	Rotula
477	Marina
478	Descida
479	Circular
480	Unidade
481	Chácara
482	Rampa
483	Ponta
484	Via de pedestre
485	Condomínio
486	Habitacional
487	Residencial
495	Canal
496	Buraco
497	Módulo
498	Estância
499	Lago
500	Núcleo
501	Aeroporto
502	Passagem Subterrânea
503	Complexo Viário
504	Praça de Esportes
505	Via Elevada
506	Rotatória
507	1ª Travessa
508	2ª Travessa
509	3ª Travessa
510	4ª Travessa
511	5ª Travessa
512	6ª Travessa
513	7ª Travessa
514	8ª Travessa
515	9ª Travessa
516	10ª Travessa

Código	Descrição
517	11ª Travessa
518	12ª Travessa
519	13ª Travessa
520	14ª Travessa
521	15ª Travessa
522	16ª Travessa
523	1º Alto
524	2º Alto
525	3º Alto
526	4º Alto
527	5º Alto
528	1º Beco
529	2º Beco
530	3º Beco
531	4º Beco
532	5º Beco
533	1ª Paralela
534	2ª Paralela
535	3ª Paralela
536	4ª Paralela
537	5ª Paralela
538	1ª Subida
539	2ª Subida
540	3ª Subida
541	4ª Subida
542	5ª Subida
543	6ª Subida
544	1ª Vila
545	2ª Vila
546	3ª Vila
547	4ª Vila
548	5ª Vila
549	1º Parque
550	2º Parque
551	3º Parque
552	1ª Rua
553	2ª Rua
554	3ª Rua
555	4ª Rua
556	5ª Rua
557	6ª Rua
558	7ª Rua

Código	Descrição
559	8ª Rua
560	9ª Rua
561	10ª Rua
562	11ª Rua
563	12ª Rua
564	Estacionamento
565	Vala
566	Rua de Pedestre
567	Túnel
568	Variante
569	Rodo Anel
570	Travessa Particular
571	Calçada
572	Via de Acesso
573	Entrada Particular
645	Acampamento
646	Via Expressa

### 1.5.23 Tipo de saída na guia de consulta

Código	Descrição
1	Retorno
2	Retorno SADT
3	Referência
4	Internação
5	Alta

### 1.5.24 Tipo de saída na guia de SP/SADT

Código	Descrição
1	Retorno
2	Retorno SADT
3	Referência
4	Internação
5	Alta
6	Óbito

### 1.5.25 Unidade de tempo de doença referida pelo paciente

Código	Descrição
A	Anos
M	Meses
D	Dias

**1.5.26 Via de acesso**

Código	Descrição
U	Única
M	Mesma via
D	Diferentes vias

## 1.6 Glossário

**Acidente:** É o evento não-intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, dos esportes e do lazer.

**Acidente ou doença relacionada ao trabalho:** ou agravos à saúde relacionados ao trabalho são doenças, danos, distúrbios, sofrimentos ou lesões causados ou agravados pelo trabalho, que implicam prejuízo à saúde de um indivíduo ou de uma população. Os acidentes e as doenças cujo nexo causal seja estabelecido como resultantes do exercício de atividade profissional são de notificação obrigatória segundo legislação do Ministério da Saúde, informados através da ficha de notificação específica a ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), bem como devem ser também registrados através da emissão, pelo profissional e/ou serviço que atende o paciente, da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

**Administradora de Plano de Saúde:** empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora. Estas empresas não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não possuem beneficiários.

**Alta:** ato que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado.

**Alto custo:** É o mesmo que alta complexidade, conforme definido no rol de procedimentos estabelecido pela ANS.

**Aplicatiss:** Sistema de informação que visa a montagem das mensagens eletrônicas seguindo o padrão TISS. Implementação de referência desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com o objetivo de fomentar a implementação do Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar.

**Área de Abrangência:** área de abrangência ou cobertura geográfica de um plano de saúde é a definição de quais são os limites geográficos que estão cobertos pelo contrato, podendo ser uma das seguintes opções: nacional, grupo de estados, estadual, grupo de municípios ou municipal.

**ASC X12:** organização americana produtora de padrões para a troca eletrônica de informação, acreditada pelo instituto ANSI (American National Standards Institute). Tem como objetivo desenvolver, manter e publicar padrões para troca eletrônica de informação, baseados, mas não limitados, no padrão X12 EDI, XML e no formato UN/EDIFACT.

**Atendimento domiciliar:** regime de atendimento em que o beneficiário é atendido fora do âmbito médico-hospitalar, em seu domicílio. Ver também Regime de Internação - Internação Domiciliar.

**Autogestão:** entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou

assemelhados e seus dependentes.

**Autorização de Procedimentos:** processo, eletrônico ou não utilizado como resposta à transação de **solicitação de autorização de procedimento**, que incorpora as solicitações das guias de Solicitação de Internação, Serviços Profissionais /SADT, Odontológica/Solicitação e Odontológica/Cobrança.

**Beneficiário:** sujeito ativo – titular ou dependente – dos direitos definidos em contrato assinado entre uma pessoa física ou pessoa jurídica com uma operadora para garantia da assistência. O termo beneficiário refere-se ao vínculo a planos de saúde, podendo existir mais de um vínculo para um mesmo indivíduo. Tendo em vista que uma mesma pessoa física pode estar vinculada a mais de um plano, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

**Beneficiário Ativo:** beneficiário ativo é aquele cujo contrato esteja em vigor, de acordo com os dados informados pela Operadora à Agência Nacional de Saúde através do Sistema e Informação de Beneficiários (SIB).

**CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde:** cadastro que registra as informações completas acerca dos prestadores de serviços em Saúde, pessoa física ou jurídica, visando disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento destes prestadores de saúde em todas as esferas.

**Caráter da Solicitação:** é a definição sobre o tipo de atendimento que está sendo prestado, se eletivo ou de urgência/emergência.

**Caráter eletivo:** diz-se do procedimento realizado de forma programada antecipadamente, não envolvendo situação de urgência ou emergência.

**Caráter de urgência:** diz-se do procedimento realizado de forma não programada antecipadamente, devido a situação de urgência ou emergência.

**Cartão do beneficiário:** documento que identifica mediante numeração própria de cada Operadora o beneficiário de um Plano de Saúde, com informações básicas sobre a Operadora, a pessoa e o Plano que ela possui.

**CNS - Cartão Nacional de Saúde:** instrumento criado pelo Ministério da Saúde que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os executou e ao estabelecimento de saúde, por meio de números de identificação previamente cadastrados numa base de dados de âmbito nacional. O Cartão Nacional de Saúde estrutura a coleta de dados e informações em saúde por meio do número único de identificação do usuário do SUS e de uma rede de telecomunicações e equipamentos de informática que, segundo protocolos nacionais, possibilita o trânsito, o armazenamento e o acesso às informações geradas nas Unidades Assistenciais.

**CEN/TC 251:** Comitê Europeu de Padronização ( *European Committee for Standardization* ) tem o objetivo de criar padrões na área de informática médica e de tecnologia de comunicação para obter compatibilidade e interoperabilidade entre sistemas.

**CFM - Conselho Federal de Medicina:** é o órgão supervisor, normatizador, disciplinador, fiscalizador e julgador da atividade profissional médica em todo o território nacional. Este Conselho congrega todos os Conselhos Regionais de Medicina (CRM), que atuam ao nível de Estados.

**CFO – Conselho Federal de Odontologia:** O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, instituídos pela Lei nº4.324, têm por finalidade a supervisão da ética profissional em odontologia em todo o território nacional, cabendo-lhes zelar e trabalhar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente. Cabem aos Conselhos Federal e Regionais ainda, como órgãos de seleção, a disciplina e a fiscalização da Odontologia em todo o País, a defesa do livre exercício da profissão, bem como o julgamento das infrações à Lei e à Ética.

**CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**: tabela internacional que busca classificar as doenças e problemas relacionados à saúde de acordo com critérios estabelecidos. Criada em 1893 como a Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte, esta tabela vem sofrendo ao longo do tempo várias revisões, sendo a atual a 10ª. O nome atualmente utilizado (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) visa tornar mais claro o conteúdo e a finalidade da tabela, bem como refletir a extensão progressiva da abrangência da classificação além de doenças e lesões.

**CID 10 Principal:** código específico relacionado ao motivo principal que norteou o atendimento prestado, de acordo com o Código Internacional de Doenças – 10ª revisão. Nas internações haverá um CID principal referente a hipótese diagnóstica, que posteriormente pode ser modificado pelo diagnóstico de fato. Na guia de resumo de internação deve ser informado o CID referente ao diagnóstico de fato.

**CID 10 Secundário:** código específico relacionado a motivos secundários detectados durante o atendimento prestado, de acordo com o Código Internacional de Doenças – 10ª revisão.

**CIH - Comunicação de Internação Hospitalar:** instituída pela Portaria nº 221/GM, de 24 de março de 1999 e alterada pelas portarias de 1002/2002 e 988/2005, tem por finalidade o cadastro das ocorrências de todas as internações hospitalares no território nacional por meio de formulário padrão, para os eventos não financiados com recursos do SUS, e substituída pela própria Autorização de Internação Hospitalar - AIH, completamente preenchida, quando o evento for remunerado pelo SUS.

**Cobertura:** vide área de abrangência

**Cobertura assistencial do plano:** a cobertura assistencial de um plano de saúde é o conjunto de direitos - tratamentos, serviços e procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos -, adquirido pelo beneficiário a partir da contratação do plano. Os tipos de cobertura são definidos pela ANS como segue:

- **Ambulatorial:** cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas; cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.
- **Hospitalar:** cobertura de internações hospitalares, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar; cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente para outro estabelecimento hospitalar; cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
- **Obstetrícia:** cobertura assistencial às ações de obstetrícia e parto e ao

recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

- **Odontológico:** cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares; cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia; cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

**Código CBO-S (Classificação Brasileira de Ocupações – Saúde):** código da Especialidade do profissional contratado conforme a Classificação Brasileira de Ocupações – Saúde.

**Consulta:** atendimento prestado a beneficiário de Plano de Saúde por profissional habilitado para tal, que consiste no exame clínico do mesmo, com apoio de instrumentos que visem a estabelecer uma hipótese diagnóstica ou elucidar um diagnóstico, classificada em:

- **Primeira Consulta:** consulta inicial do beneficiário com o prestador habilitado;
- **Consulta de referência:** consulta realizada por indicação de outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento.
- **Consulta de seguimento:** consulta eletiva realizada em consultório em continuidade de tratamento e/ou acompanhamento do paciente no mesmo prestador;

**Contratado:** pessoa física ou jurídica autorizada a solicitar ou prestar serviço, mediante contrato formal, aos beneficiários de uma Operadora.

**Contratado solicitante:** profissional ou serviço de saúde autorizado a prestar serviço, mediante contrato formal, aos beneficiários de uma Operadora, responsável pela solicitação de determinado procedimento/serviço de apoio ao atendimento prestado.

**Contratado executante:** profissional ou serviço de saúde autorizado a prestar serviço, mediante contrato formal, aos beneficiários de uma Operadora, responsável pela execução direta do procedimento.

**Cooperativa médica:** sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

**Cooperativa odontológica:** sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

**Co-participação:** é a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente à realização do procedimento.

**COPISS - Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar:** Órgão consultivo formado pelos representantes das diversas entidades representativas do setor de Saúde Suplementar, que tem por finalidade promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do padrão TISS e da troca eletrônica de informações entre as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços de saúde e a ANS, através de processo participativo e democrático de construção e busca de consenso entre os diversos atores envolvidos.

---

**Demonstrativos de Análise de Conta Médica:** os Demonstrativos de Análise de Conta Médica são documentos enviados da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer informações detalhadas sobre o processamento do lote de guias de faturamento enviado pelo prestador, item a item. A partir deste demonstrativo é possível ao prestador fazer uma previsão das contas a serem pagas pela operadora e solicitar revisão de possíveis glosas baseado nos detalhes do processamento das guias.

**Demonstrativos de Pagamento:** os Demonstrativos de Pagamento são documentos enviados da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer extrato das contas da produção apresentadas nas guias em questão e seu pagamento ou não.

**Demonstrativo de retorno:** modelo formal de representação e descrição documental do padrão TISS sobre o pagamento dos eventos assistenciais realizados no beneficiário de plano privado, e enviado da operadora para o prestador.

**Diagnóstico Principal:** É o principal diagnóstico que justifica o procedimento, evento ou informação.

**Equipe médica:** Equipe constituída por diversos profissionais da área de saúde, da mesma especialidade ou não, da mesma disciplina ou não, para realização de serviço médico-hospitalar.

**Eventos assistenciais:** consultas médicas, odontológicas ou de quaisquer outras especialidades da área de saúde devidamente habilitadas para tal; utilização de serviços profissionais e de apoio diagnóstico e/ou terapêutico; internação hospitalar e tratamento odontológico.

**Exames complementares:** Métodos auxiliares realizados com objetivo de diagnosticar, rastrear, definir ou acompanhar determinada patologia, suspeitada ou já conhecida.

**Fatura:** documento fiscal ou não, identificado, que representa uma conta a ser paga por prestação de serviços diversos, abrangendo um ou mais lotes.

**Tipo de Faturamento:** definição do faturamento do atendimento prestado de acordo com o total de procedimentos a serem faturados ao término deste atendimento.

**Faturamento parcial:** Tipo de faturamento realizado apenas em parte da conta do serviço prestado ao beneficiário. Este faturamento pode ocorrer com o paciente permanecendo ainda sob atendimento.

**Faturamento total:** Tipo de faturamento realizado com base em todo somatório da conta do serviço prestado ao beneficiário.

**Filantrópia:** entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

**Franquia:** é o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

**Glosa:** é a rejeição total ou parcial, com consequente cancelamento, de verbas ou parcelas de uma conta ou orçamento.

**Grau de Participação:** é a posição exercida pelo profissional executante do procedimento na equipe de atendimento, classificado de acordo com a tabela de domínio de “posição do profissional na equipe”.

**Guias:** modelos formais de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário e enviadas do prestador para a operadora.

**Guia de Consulta:** formulário padrão a ser utilizado única e exclusivamente para consultas eletivas realizadas em consultórios. Poderá ser utilizada por profissional de saúde de nível superior, não sendo exclusiva da atividade médica.

**Guia de Honorário Individual:** formulário padrão a ser utilizado para a apresentação do faturamento de honorários profissionais, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional, sem a interferência do estabelecimento de saúde onde ocorreu o atendimento.

**Guia Odontológica:** formulário padrão a ser utilizado para descrever a situação inicial do beneficiário, para solicitação e faturamento dos procedimentos odontológicos realizados por cirurgiões-dentistas tanto em consultórios quanto em clínicas odontológicas, sendo apresentada de duas formas específicas:

- **Guia Odontológica / Cobrança** - A Guia Odontológica / Cobrança tem como finalidade ser utilizada para faturamento dos procedimentos odontológicos realizados por cirurgiões-dentistas, tanto em consultórios quanto em clínicas odontológicas;
- **Guia Odontológica / Solicitação** - A Guia Odontológica / Solicitação tem como finalidade ser utilizada para descrever a situação inicial do paciente e para solicitação dos procedimentos odontológicos por cirurgiões-dentistas, tanto em consultórios quanto em clínicas odontológicas.

**Guia de Outras Despesas:** formulário padrão a ser utilizado nos casos de apresentação do faturamento em papel, como instrumento de continuidade e complemento de folhas. Esta guia estará sempre ligada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só. É utilizado para discriminação de materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, não informados na guia principal.

**Guia referenciada:** Guia utilizada para encaminhamento de paciente a outro profissional ou serviço.

**Guia de Resumo de Internação:** formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação podendo ser utilizado para os determinados tipos de atendimentos (internações clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica) e para regimes (hospitalar, hospital-dia e domiciliar).

**Guia SP/SADT - Guia de Serviços Profissionais/ Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia:** formulário padrão a ser utilizado no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção ou pequena cirurgia ou terapias ou consulta ou exames ou atendimento domiciliar ou SADT internado ou quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS). Compreende os processos de autorização prévia (desde que necessária) e de execução dos serviços. A consulta de referência deve ser preenchida na Guia de SP/SADT. A opção “SADT internado” deve ser utilizada quando o paciente em tratamento sob regime de internação necessitar realizar exames ou terapias em serviço.

**Guia de Solicitação de Internação:** formulário padrão a ser utilizado para a solicitação de internação de paciente atendido em consulta eletiva ou não, bem como em remoções, ou mesmo em atendimento domiciliar, tendo em vista a necessidade de continuidade do

---

tratamento em regime hospitalar.

**HL7 - Health Level Seven:** O HL7, um dos vários padrões ANSI tem como missão construir padrões para a troca, gerência e integração de dados clínicos e administrativos sobre serviços de saúde prestados aos pacientes.

**HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act:** lei americana que estabelece padrão eletrônico para troca de informações de eventos em saúde.

**Hipótese diagnóstica:** Fase inicial do processo de raciocínio clínico feito pelo profissional, na qual são levantadas hipóteses, com algum grau de certeza, sobre o problema exposto.

**Honorário Individual:** Valor a que faz jus o profissional de saúde pela prestação de serviços assistenciais a um paciente.

**Indicação clínica:** Patologia, sinal ou sintoma que justifica a solicitação de determinado procedimento.

**Informação de saúde identificada individualmente:** qualquer informação sobre o beneficiário, incluindo dados demográficos, coletada ou armazenada sobre os eventos assistenciais pela operadora de plano privado ou pelo prestador de serviços de saúde.

**Índice CPOD – Índice de Cariados, Perdidos e Obturados/Dente:** índice recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações. Seu valor expressa a média de dentes com lesões de cárie, ausentes e restaurados em um grupo de indivíduos.

**Internação cirúrgica:** internação objetivada por realização de ato cirúrgico em paciente em ambiente hospitalar.

**Internação clínica:** internação objetivada por realização de acompanhamento clínico ou diagnóstico em ambiente hospitalar.

**Internação obstétrica:** internação objetivada por realização de acompanhamento, diagnóstico, intervenção de caráter obstétrico em ambiente hospitalar.

**Internação pediátrica:** internação médica voltada para a manutenção da saúde e para a oferta de cuidados médicos às crianças desde o nascimento até a adolescência

**Internação psiquiátrica:** internação relacionada com a aplicação de princípios da psiquiatria no cuidado de doentes mentais.

**IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística:** fundação pública da administração federal brasileira criado em 1934 que tem como atribuições desenvolver trabalhos ligados às áreas de geociências e estatísticas sociais, demográficas e econômicas, incluindo realizar censos, coordenar os sistemas estatístico e cartográfico nacionais, coordenar e consolidar as informações estatísticas e geográficas nacionais, documentar e disseminar estas informações, estruturar e implantar um sistema de informações ambientais.

**ISO - International Organization for Standardization:** é uma organização não governamental, articulada sob a forma de federação mundial, integrada por Organismos Nacionais de Normalização, contando com um representante por país, que tem como objetivo definir padronizações em diferentes áreas de conhecimento, através de seus Comitês Técnicos específicos. Estabelecida em 1947, conta atualmente com 132 membros, sendo 90 participantes, 33 correspondentes e 9 subscritos. O Comitê 215

(ISO/TC 215) tem como objetivo padronizar a informação em saúde, bem como a tecnologia da comunicação dessas informações de maneira a promover a compatibilidade e a interoperabilidade dos sistemas independentes.

**Lote de guia:** Agrupamento de guias apresentadas pelo prestador com numeração unívoca por ele estabelecida.

**Medicina de grupo:** empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, oferecendo atendimento médico-hospitalar com hospitais próprios e/ou rede conveniada, com uma estrutura que inclui médicos e serviços auxiliares de diagnóstico credenciados, sob a forma de pré-pagamento.

**Mensagens ou Transações Eletrônicas:** mensagem ou transação eletrônica é um conjunto estruturado de informações trocado entre atores de diversos setores com a finalidade de solicitar uma operação ou informar um resultado.

**Mensagem TISS:** mensagem ou transação TISS é um conjunto estruturado de informações trocado entre atores de diversos setores com a finalidade de solicitar uma operação ou informar um resultado, seguindo estrutura definida pela Resolução Normativa nº 114 de 26 de outubro de 2005 da Agência Nacional de Saúde, que estabelece o padrão TISS.

**Modalidade da operadora:** classificação dada às Operadoras de Plano de Saúde, conforme seu estatuto jurídico, de acordo com as modalidades definidas pela legislação em vigor: autogestão, cooperativa médica, cooperativa odontológica, filantropia, administradora, seguradora especializada em saúde, medicina de grupo, odontologia de grupo (ver também definições específicas).

**Motivo de saída:** motivos que atestam a saída do paciente de determinada condição de atendimento ou internação.

**Nascido morto:** produto da concepção com 22 semanas ou mais de gestação, ou pelo menos 500 gramas de peso, que depois da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, não manifesta qualquer sinal de vida.

**Nascido vivo:** é o produto da concepção que imediatamente após o nascimento, ou seja, depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta.

**Nascido vivo a termo:** produto da concepção, com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, que depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta.

**Nascido vivo prematuro:** produto da concepção, com idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas e 6 dias, que, depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta.

**Óbito Fetal:** Óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independente da duração da gravidez; indica o óbito o fato de que, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos

---

efetivos dos músculos de contração voluntária.

**ÓBITO neonatal:** é o óbito ocorrido entre o período imediato após o nascimento até 27 dias de vida.

**ÓBITO neonatal precoce:** é o óbito ocorrido no período entre 0 a 6 dias de vida.

**ÓBITO neonatal tardio:** é o óbito ocorrido no período entre 7 a 27 dias de vida.

**Odontologia de grupo:** empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos, excetuando-se as classificadas como cooperativas odontológicas.

**OPENEHR - *Electronic Health Records*:** Fundação sem fins lucrativos criada com o propósito de definir padrões abertos para o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, com foco no Registro Eletrônico do Paciente.

**Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde:** pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde.

**OPM:** Órtese, prótese ou material especial utilizado em procedimentos de atendimento ao paciente.

1. **Medicamentos especiais:** Medicamentos que necessitam autorização prévia.

**Padrão de comunicação:** padrão que define os métodos para se estabelecer comunicação entre os sistemas de informação das operadoras de plano privado de assistência à saúde e os sistemas de informação dos prestadores de serviços de saúde e a estrutura das transações eletrônicas.

**Padrão de conteúdo e estrutura:** modelo de apresentação dos eventos assistenciais realizados no beneficiário, que compreendem as guias, o demonstrativo de retorno e a estrutura da mensagem a ser compartilhada de forma eletrônica.

**Padrão de representação de conceitos em saúde:** conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados no padrão TISS.

**Padrão de Segurança:** padrão que define métodos para estabelecer mecanismos de segurança e proteções administrativas, técnicas e físicas para impedir o acesso eletrônico ou manual impróprio à informação de saúde conforme normas técnicas estabelecidas por órgãos competentes.

**Padrão TISS:** Padrão para troca de informações entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, para melhoria na qualidade do atendimento, racionalização dos custos administrativos de operadoras e prestadores e otimização dos recursos existentes. Contempla as guias, os demonstrativos de retorno e as transações eletrônicas utilizadas para a Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS).

**Pequena Cirurgia:** procedimento cirúrgico de pequeno porte, que, por conta de sua baixa complexidade, pode também ser realizado fora do ambiente hospitalar.

**Plano privado de assistência à saúde:** prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, contratada por pessoa física ou jurídica, a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede

credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica e a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do beneficiário.

**Plano de tratamento odontológico:** tem como objetivo explicar as várias possibilidades de tratamento ao paciente, registrando os procedimentos propostos com a descrição minuciosa dos materiais a serem utilizados nos elementos dentários e as regiões bucais envolvidas.

**Prestadores de serviços de saúde:** pessoa física ou jurídica, autorizada por entidade de classe regulamentada a executar ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, que prestam serviço às operadoras de plano privado de assistência à saúde.

**Primeira consulta:** Primeira consulta no ano civil. Caso seja a primeira consulta e ao mesmo tempo seja referenciada por outro profissional, constitui-se uma consulta referenciada.

**Procedimento:** - Ato isolado ou conjunto de atos de atenção à saúde prestado ao beneficiário de um plano de saúde por profissional ou serviço de saúde qualificado, assim como medicamentos e outros insumos terapêuticos.

**Procedimento em série:** é um procedimento de uso seriado e/ou contínuo por período de tempo determinado ou não para tratamento através de seções determinadas.

**Profissional contratado:** é o profissional contratado para prestar serviços de saúde. Pode se tratar tanto de pessoa física quanto pessoa jurídica, cooperativa profissional, hospital ou clínica. O profissional contratado pode delegar a execução do serviço a um outro profissional habilitado devidamente identificado.

**Profissional executante:** profissional responsável pela execução do serviço de saúde prestado ao beneficiário. O profissional executante será sempre identificado como pessoa física ou pessoa jurídica sendo possuidor de registro em conselho profissional.

**Profissional solicitante:** profissional responsável pela solicitação de determinado procedimento de saúde a ser prestado ao beneficiário.

**Prorrogação:** é uma solicitação de realização de serviço médico-hospitalar extra a uma solicitação anteriormente realizada, a fim de prestar outros serviços não previstos em decorrência de agravo ou sempre que houver necessidade. Utilizado para pacientes em regime de internação.

**Protocolo:** agrupamento de guias do mesmo tipo ou diferentes, no âmbito da operadora, identificado por um identificador único. É o comprovante de recebimento pela operadora de um lote de guias.

**Rede credenciada:** grupo de prestadores de serviços médico-hospitalares que mantêm relacionamento comercial com operadora de plano de saúde com o objetivo de prestar assistência aos beneficiários de plano de saúde.

**Regime de Internação:** definição da forma de internação:

- **regime domiciliar** - Conjunto de ações integradas, sistematizadas, articuladas e regulares desenvolvidas pela equipe de saúde no domicílio, com o objetivo de promover e/ou restabelecer a saúde de pessoas em seu contexto socioeconômico, cultural e familiar, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de

tecnologia especializada. Inclui visita domiciliar, consulta de profissional de nível superior no domicílio, o planejamento e a realização de procedimentos.

- **regime hospitalar** - regime de internação em que o paciente recebe o atendimento em ambiente hospitalar;
- **regime hospital-dia** - forma de assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.

**Registro da ANS:** número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora de plano de saúde junto à ANS.

**Remoção:** é o deslocamento do paciente utilizando-se uma unidade móvel apropriada de uma unidade de atendimento para outra.

**SP/SADT: Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia:** Serviços e/ou exames e/ou terapias realizados em âmbito ambulatorial.

**SADT Internado:** serviços, exames ou terapias executados em paciente em regime de internação.

**Segmentação assistencial:** segmentação assistencial é o enquadramento dos planos decorrente da combinação de coberturas do mesmo. De acordo com a legislação, uma operadora de planos de saúde pode oferecer diversos tipos de cobertura, sendo obrigatório o Plano Referência e facultada a oferta das segmentações apresentadas a seguir, de acordo com as exigências mínimas definidas pela Agência Nacional de Saúde:

- Ambulatorial
- Hospitalar com obstetrícia
- Hospitalar sem obstetrícia
- Odontológico
- Referência
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial
- Ambulatorial + Odontológico
- Hospitalar com obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico

Os planos de saúde também podem ser agrupados, com relação à segmentação assistencial em:

- **Planos de assistência médica** (que podem incluir assistência ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e odontológica);
- **Planos exclusivamente odontológicos** (apenas assistência odontológica).

**Seguradora especializada em saúde:** sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

**Senha de autorização:** número identificador utilizado para mapear uma autorização de realização de determinado serviço anteriormente solicitado pelo prestador de serviço.

**SIB - Sistema de Informação de Beneficiários:** sistema que define as normas de envio das informações sobre os beneficiários das operadoras à Agência Nacional de

Saúde Suplementar.

**SIH - Sistema de Informação Hospitalar:** sistema do Ministério da Saúde que registra as informações acerca dos atendimentos de internação e gera as informações financeiras para efetuar o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais públicos e conveniados ao SUS.

**SIM - Sistema de Informação de Mortalidade:** o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, criado pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo o território nacional.

**SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação:** sistema criado pelo Ministério da Saúde para a notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 2325 de 08 de dezembro de 2003), sendo facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. Coleta transmite e dissemina dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica das três esferas de governo, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade.

**SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos:** sistema do Ministério da Saúde que reúne informações epidemiológicas referentes aos nascidos vivos informados em todo território nacional por meio da Declaração de Nascimento (DN).

**SIP - Sistema de Informação de Produtos:** sistema que tem como finalidade acompanhar a assistência de serviços prestada aos beneficiários de planos de saúde mediante o registro dos produtos ou planos de saúde que as operadoras oferecem ao mercado.

**SBIS: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde.** Organização não governamental que tem como objetivo promover o desenvolvimento de todos os aspectos de tecnologia da informação aplicada à saúde.

**Solicitação de Proposta de Modificação (SOP – TISS):** modelo de solicitação de modificação do padrão TISS a ser adotado por aquelas entidades, instituições, pessoas físicas ou jurídicas interessadas em sugerir mudanças no padrão proposto pela ANS.

**Tabela AMB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA:** tabela de procedimentos médicos emitida pela Associação Médica Brasileira que regista e classifica todos os possíveis procedimentos médicos disponíveis, utilizada como base de contratualização entre prestadores e planos privados de saúde. Esta tabela sofre revisões periódicas sendo as mesmas nomeadas pelo ano em que foram implantadas (Tabela AMB90; AMB92, AMB96).

**Tabela CIEFAS - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde:** tabela de procedimentos médicos emitida pelo CIEFAS utilizada como base de contratualização entre prestadores e seus associados.

**Tabela CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos:** tabela de procedimentos elaborada pelas entidades médicas com objetivo de servir como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar. As entidades médicas que utilizam esta tabela são: Associação Médica Brasileira, Sociedades de Especialidade, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos.

**Tabela de Domínio:** tabela que define um conjunto limitado de dados para ser utilizado para determinado fim.

**Tabela de Valoração:** Tabela com códigos, regras, conceitos e definições utilizadas para atribuir valores aos seus itens.

**Tabela VRPO – Tabela de Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos:** tabela elaborada pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC) que contém os valores mínimos de referência para procedimentos odontológicos e considera fatores como custos fixos, os custos variáveis, a honorário profissional, dentre outros.

**Terapias:** atendimento a paciente utilizando qualquer método de tratamento, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

**Tipo de alta:** tipificação da saída do paciente de determinada condição de atendimento ou internação. Ver também Alta.

**Tipo de atendimento:** tipificação do atendimento ambulatorial do padrão TISS realizado em beneficiário de plano de saúde privado.

**Tipo de contratação do plano:** é a forma apresentada pela Operadora quanto à cobertura numérica do plano de saúde. Assim, os planos são apresentados quanto à forma de sua contratação em:

- **Individual ou Familiar:** contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar).
- **Coletivo:** contrato assinado entre uma pessoa jurídica e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde da massa de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou de sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante.
- **Com patrocinador:** planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante. Inclui também os contratos mantidos por autogestão em que o beneficiário paga parcialmente a mensalidade.
- **Sem patrocinador:** planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade integralmente paga pelo beneficiário diretamente à operadora.

**Tipo de doença:** classificação da doença motivo do atendimento de acordo com a tabela de domínio específica.

**TISS:** Entende-se por TISS o padrão estabelecido pela ANS para a Troca de Informação em Saúde Suplementar, com o objetivo principal de padronizar as trocas eletrônicas de informações administrativas e financeiras a fim de aprimorar a eficiência e efetividade do sistema de saúde suplementar. A Resolução Normativa nº 114/2005 determina a adoção do padrão TISS por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde e dos prestadores de serviço

**TISSnet:** ferramenta para o gerenciamento da fila de mensagens eletrônicas trocadas entre as operadoras de plano de saúde e os prestadores de serviços. Instrumento informatizado para viabilizar a troca de informação eletrônica pelo padrão TISS. Em consonância com a política do Governo Federal de utilização de software livre, o TISSnet foi desenvolvido em linguagem Java, atendendo desta forma tendências tecnológicas relativas à interoperabilidade e portabilidade entre plataformas.

**UN/EDIFACT:** Comissão de Economia das Nações Unidas para a Europa (United Nations Economic Commission for Europe). É uma das cinco comissões regionais das Nações

Unidas para elaborar e harmonizar convenções, normas e padrões para diversas áreas, como estatística, meio ambiente, transporte, comércio, indústria.

**XML – Extend Markup Language:** Padrão utilizado para publicar, armazenar e distribuir informação estruturada, independente de plataforma tecnológica.

**XML / Schema** – Estrutura utilizada para validação de informações constantes em arquivos / mensagens eletrônicas no padrão XML através de arquivos.xsd.

# Índice Analítico

## - A -

- Acidente - Indicador 98
- Acomodação - Tipo 108
- Análise de Conas Médicas - Demonstrativo 33
- Atendimento - Tipo 109

## - C -

- CBO-S 74
- Conselho Profissional 78
- Consulta - Tipo 110
- Consultas 11

## - D -

- Demonstrativo de Análise de Contas Médicas 33
- Demonstrativo de análise de contas médicas - Legenda 67
- Demonstrativo de Pagamento 34
- Demonstrativo de pagamento - Legenda 70
- Demonstrativos 32
- Dente - Faces do 81
- Dentes 79
- Doença - Tipo 111
- Domínio - CBO-S 74
- Domínio - Conselho Profissional 78
- Domínio - Dentes 79
- Domínio - Faces do Dente 81
- Domínio - Glosas 82
- Domínio - Grau de Participação 97
- Domínio - Indicador de Acidente 98
- Domínio - Internação 113
- Domínio - Logradouro 114
- Domínio - Motivo de Saída da Internação 99
- Domínio - Óbito em Mulher 101
- Domínio - Regime de Internação 102
- Domínio - Regiões 103
- Domínio - Status do Protocolo 105
- Domínio - Tabelas 106
- Domínio - Técnica Utilizada 107
- Domínio - Tipo consulta 110
- Domínio - Tipo de Acomodação 108
- Domínio - Tipo de Atendimento 109
- Domínio - Tipo de Doença 111
- Domínio - Tipo de Faturamento 112
- Domínio - Tipo de Saída na Guia de Consulta 119

- Domínio - Tipo de Saída na Guia de SP/SADT 120
- Domínio - Unidade de Tempo de Doença Referida Pelo Paciente 121
- Domínio - Via de Acesso 122
- Domínios - Situação inicial 104
- Dominios - Tabelas 73

## - E -

- Exemplo de Utilização - Guias 29

## - F -

- Faturamento - Tipo 112

## - G -

- Glosas 82
- Glossário 123
- Guia de Consulta - Legenda 36
- Guia de Consultas 11
- Guia de Honorário Individual 17
- Guia de Honorário Individual - Legenda 62
- Guia de Outras Despesas 18
- Guia de Outras Despesas - Legenda 65
- Guia de Resumo de Internação 15
- Guia de Resumo de Internação - Legenda 55
- Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) - Legenda 40
- Guia de Solicitação de Internação 13
- Guia de Solicitação de Internação - Legenda 48
- Guia de SP/SADT 12
- Guias 8
- Guias - Ligação Entre 19
- Guias - Exemplo de Utilização 29
- Guias - Visão Geral 8

## - H -

- Honorário Individual 17

## - I -

- Internação - Regime de 102
- Internação - Tipos 113
- Introdução 4

## **- L -**

- Legenda - Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) 40  
Legenda - Demonstrativo de análise de contas médicas 67  
Legenda - Demonstrativo de pagamento 70  
Legenda - Guia de Honorário Individual 62  
Legenda - Guia de Outras Despesas 65  
Legenda - Guia de Resumo de Internação 55  
Legenda - Guia de Solicitação de Internação 48  
Legenda da Guia de Consulta 36  
Legendas dos Formulários 35  
Ligaçāo Entre Guias 19  
Logradouro - Tipos 114

## **- M -**

- Manual - Como Utilizar 6  
Manual - Sobre esse 7  
Mulher - Óbito 101

## **- O -**

- Óbito em Mulher 101  
Outras Despesas 18

## **- P -**

- Pagamento - Demonstrativo 34  
Participação - Grau de 97  
Protocolo - Status 105

## **- R -**

- Regiões 103  
Resumo de Internação 15

## **- S -**

- Saída da Internação - Motivo 99  
Saída na Guia de Consulta - Tipo 119  
Saída na Guia de SP/SADT - Tipo 120  
Situação inicial 104  
Solicitação de Internação 13  
SP/SADT 12

## **- T -**

- Tabelas - Domínio 106  
Tabelas - Domínios 73  
Técnica Utilizada 107  
TISS - O que é 5

## **- U -**

- Unidade de Tempo de Doença Referida Pelo Paciente 121

## **- V -**

- Via de Acesso 122  
Visão Geral 8

---

Endnotes 2... (after index)

**Back Cover**