

# Manual de ORIENTAÇÃO para PREENCHIMENTO das GUIAS

**VERSÃO TISS 3.01.00**

# Tipos de Guias

## Guias Existentes

- Guia de Consulta;
- Guia SADT;
- Guia de Solicitação de Internação;
- Guia de Resumo de Internação;
- Guia de Honorários;
- Anexo de Outras Despesas.



Campos Excluídos;



Campos Incluídos;



Campos Alterados.

## Novas Guias

- Anexo de Solicitações de Quimioterapia;
- Anexo de Solicitações de Radioterapia;
- Anexo de Solicitações de OPME;
- Solicitação de Prorrogação de Internação;
- Recurso de Glosa.



Legenda;



Campo Opcional;



Campo Condicionado.

# Guia de Consulta

## Alterações

Logo da Empresa		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890		
<b>GUIA DE CONSULTA</b>				
1 - Registro ANS <input type="text"/>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input type="text"/>			
<b>Dados do Beneficiário</b>				
4 - Número da Carteira <input type="text"/>	5 - Validade da Carteira <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não) <input type="checkbox"/>		
7 - Nome <input type="text"/>	8 - Cartão Nacional de Saúde <input type="text"/>			
<b>Dados do Contratado</b>				
9- Código na Operadora <input type="text"/>	10 - Nome do Contratado <input type="text"/>	11 - Código CNES <input type="text"/>		
12 - Nome do Profissional Executante <input type="text"/>	13 - Conselho Profissional <input type="text"/>	14 - Número no Conselho <input type="text"/>	15 - UF <input type="text"/>	16 - Código CBO <input type="text"/>
<b>Dados do Atendimento / Procedimento Realizado</b>				
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <input type="checkbox"/>				
18 - Data do Atendimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	19 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/>	20 - Tabela <input type="checkbox"/>	21 - Código do Procedimento <input type="text"/>	22 - Valor do Procedimento <input type="text"/>
23 - Observação / Justificativa     				
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		

# Guia de Consulta Parte 1

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 3 (Data de Emissão) e 5 (Plano) foram excluídos

Logo da Empresa		GUIA DE CONSULTA		2- Nº	123456789012
1 - Registro ANS		3 - Data de Emissão da Guia			
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira		5 - Plano			
7 - Nome		8 - Número do Cartão Nacional			

**IMPORTANTE !!!**

Em todas as Guias o campo  
(Número da Guia no Prestador)  
estará nas guia em branco, este  
campo é exclusivo do prestador  
para seu controle

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 3 (Número Guia Operadora) e Campo 6 (Atendimento ao RN) foram incluídos

Logo da Empresa		GUIA DE CONSULTA		2- Nº Guia no Prestador	12345678901234567890
1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira		5 - Validade da Carteira		6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)	
7 - Nome		8 - Cartão Nacional de Saúde			

# Guia de Consulta Parte 2

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 12 ao 19, 25 e 26, 28 ao 31 foram excluídos

Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	10- Nome do Contratado	11 - Código CNES			
12-T.L	13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento	16 - Município	17 - UF	18 - Código IBGE	19 - CEP
20 - Nome do Profissional Executante	21 - Conselho Profissional	22-Número no Conselho	23 - UF	24 - Código CBO S	
Hipóteses Diagnósticas					
25 -Tipo de Doença	26 -Tempo de Doença	27 - Indicação de Acidente			
A-Aguda C-Crônica	A-Anos M-Meses D-Dias	0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho    1 - Trânsito    2 - Outros			
28 - CID Principal	29 - CID (2)	30 - CID (3)	31 - CID (4)		

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Nenhum Campo Novo

Dados do Contratado		
9- Código na Operadora	10 - Nome do Contratado	11 - Código CNES
12 - Nome do Profissional Executante	13 - Conselho Profissional	14 - Número no Conselho
15 - UF	16 - Código CBO	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		

# Guia de Consulta Parte 3

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campo 36 (Tipo de Saída) foi excluído da Guia

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado				
32 - Data do Atendimento [ ] / [ ] / [ ]	33-Código Tabela [ ]	34-Código Procedimento [ ]		
35 - Tipo de Consulta [ ] - 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal	36 - Tipo de Saída [ ] - 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta			
37 - Observação    				
38-Data e Assinatura do Médico		39-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Incluído campo 22 (Valor do Procedimento)

18 - Data do Atendimento [ ] / [ ] / [ ]	19 - Tipo de Consulta [ ]	20 - Tabela [ ]	21 - Código do Procedimento [ ]	22 - Valor do Procedimento [ ]
23 - Observação / Justificativa    				
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		

# Guia de Consulta

## Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

**GUIA DE CONSULTA**

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído p...

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

7 - Nome

Dados do Contratado

9- Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

**IMPORTANTE !!!**

Campo CBOS que antes era opcional da TISS 2.02.03 agora é obrigatório na TISS 3.01.00 (em todas as guias)

Legenda  
S = Sim  
N = Não

Conselho Profissional tabela de domínio 26 (06 Conselho Regional de Medicina (CRM))

Campo CNS optional

Campo 15 (UF) tabela de domínio 59 (33 Rio de Janeiro RJ)

Campo 16 CBOS tabela de domínio 24 (Ex: 225250 Médico ginecologista e obstetra)

# Guia de Consulta

## Legenda / Campos Opcionais

Indicação de Acidente  
tabela de domínio 36  
**0 Trabalho**  
**1 Trânsito**  
**2 Outros**  
**9 Não Acidente**

Tipo de Consulta  
tabela de domínio 52  
**1 Primeira Consulta**  
**2 Retorno**  
**3 Pré-natal**  
**4 Por encaminhamento**

Tabela (tabela de domínio 87)  
**16 Procedimentos Médicos**  
**18 Diárias, taxas e gases medicinais**  
**19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)**  
**20 Medicamentos**

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)					
18 - Data do Atendimento		19 - Tipo de consulta		20 - Tabelas	
				21 - Código do Procedimento	
22 - Valor do Procedimento					
23 - Observação / Justificativa					
24 - Assinatura do Profissional Executante			25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		

Campo opcional  
(Observação /  
Justificativa)

# Guia SADT (Alterações)

Logo da Empresa		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT										2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
1 - Registro ANS	3 - Número do Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24-Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Ord. Solic.	28-Ord. Aut.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Dados do Atendimento		32 - Tipo do Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Ord.	43-Via	44-Tec.	45 - Fator Rel./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Identificação do(s) Profissional(es) Executante(s)		48-Seq. Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPP	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
56-Data de Realização de Procedimentos em Série		57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58-1	59-2	60-3	61-4	62-5	63-6	64-7	65-8	66-9	67-10	68-11	69-12	70-13	71-14	72-15	73-16	74-17	75-18	76-19	77-20	78-21	79-22	80-23	81-24	82-25	83-26	84-27	85-28	86-29	87-30	88-31	89-32	90-33	91-34	92-35	93-36	94-37	95-38	96-39	97-40	98-41	99-42	100-43	101-44	102-45	103-46	104-47	105-48	106-49	107-50	108-51	109-52	110-53	111-54	112-55	113-56	114-57	115-58	116-59	117-60	118-61	119-62	120-63	121-64	122-65	123-66	124-67	125-68	126-69	127-70	128-71	129-72	130-73	131-74	132-75	133-76	134-77	135-78	136-79	137-80	138-81	139-82	140-83	141-84	142-85	143-86	144-87	145-88	146-89	147-90	148-91	149-92	150-93	151-94	152-95	153-96	154-97	155-98	156-99	157-100	158-101	159-102	160-103	161-104	162-105	163-106	164-107	165-108	166-109	167-110	168-111	169-112	170-113	171-114	172-115	173-116	174-117	175-118	176-119	177-120	178-121	179-122	180-123	181-124	182-125	183-126	184-127	185-128	186-129	187-130	188-131	189-132	190-133	191-134	192-135	193-136	194-137	195-138	196-139	197-140	198-141	199-142	200-143	201-144	202-145	203-146	204-147	205-148	206-149	207-150	208-151	209-152	210-153	211-154	212-155	213-156	214-157	215-158	216-159	217-160	218-161	219-162	220-163	221-164	222-165	223-166	224-167	225-168	226-169	227-170	228-171	229-172	230-173	231-174	232-175	233-176	234-177	235-178	236-179	237-180	238-181	239-182	240-183	241-184	242-185	243-186	244-187	245-188	246-189	247-190	248-191	249-192	250-193	251-194	252-195	253-196	254-197	255-198	256-199	257-200	258-201	259-202	260-203	261-204	262-205	263-206	264-207	265-208	266-209	267-210	268-211	269-212	270-213	271-214	272-215	273-216	274-217	275-218	276-219	277-220	278-221	279-222	280-223	281-224	282-225	283-226	284-227	285-228	286-229	287-230	288-231	289-232	290-233	291-234	292-235	293-236	294-237	295-238	296-239	297-240	298-241	299-242	300-243	301-244	302-245	303-246	304-247	305-248	306-249	307-250	308-251	309-252	310-253	311-254	312-255	313-256	314-257	315-258	316-259	317-260	318-261	319-262	320-263	321-264	322-265	323-266	324-267	325-268	326-269	327-270	328-271	329-272	330-273	331-274	332-275	333-276	334-277	335-278	336-279	337-280	338-281	339-282	340-283	341-284	342-285	343-286	344-287	345-288	346-289	347-290	348-291	349-292	350-293	351-294	352-295	353-296	354-297	355-298	356-299	357-300	358-301	359-302	360-303	361-304	362-305	363-306	364-307	365-308	366-309	367-310	368-311	369-312	370-313	371-314	372-315	373-316	374-317	375-318	376-319	377-320	378-321	379-322	380-323	381-324	382-325	383-326	384-327	385-328	386-329	387-330	388-331	389-332	390-333	391-334	392-335	393-336	394-337	395-338	396-339	397-340	398-341	399-342	400-343	401-344	402-345	403-346	404-347	405-348	406-349	407-350	408-351	409-352	410-353	411-354	412-355	413-356	414-357	415-358	416-359	417-360	418-361	419-362	420-363	421-364	422-365	423-366	424-367	425-368	426-369	427-370	428-371	429-372	430-373	431-374	432-375	433-376	434-377	435-378	436-379	437-380	438-381	439-382	440-383	441-384	442-385	443-386	444-387	445-388	446-389	447-390	448-391	449-392	450-393	451-394	452-395	453-396	454-397	455-398	456-399	457-400	458-401	459-402	460-403	461-404	462-405	463-406	464-407	465-408	466-409	467-410	468-411	469-412	470-413	471-414	472-415	473-416	474-417	475-418	476-419	477-420	478-421	479-422	480-423	481-424	482-425	483-426	484-427	485-428	486-429	487-430	488-431	489-432	490-433	491-434	492-435	493-436	494-437	495-438	496-439	497-440	498-441	499-442	500-443	501-444	502-445	503-446	504-447	505-448	506-449	507-450	508-451	509-452	510-453	511-454	512-455	513-456	514-457	515-458	516-459	517-460	518-461	519-462	520-463	521-464	522-465	523-466	524-467	525-468	526-469	527-470	528-471	529-472	530-473	531-474	532-475	533-476	534-477	535-478	536-479	537-480	538-481	539-482	540-483	541-484	542-485	543-486	544-487	545-488	546-489	547-490	548-491	549-492	550-493	551-494	552-495	553-496	554-497	555-498	556-499	557-500	558-501	559-502	560-503	561-504	562-505	563-506	564-507	565-508	566-509	567-510	568-511	569-512	570-513	571-514	572-515	573-516	574-517	575-518	576-519	577-520	578-521	579-522	580-523	581-524	582-525	583-526	584-527	585-528	586-529	587-530	588-531	589-532	590-533	591-534	592-535	593-536	594-537	595-538	596-539	597-540	598-541	599-542	600-543	601-544	602-545	603-546	604-547	605-548	606-549	607-550	608-551	609-552	610-553	611-554	612-555	613-556	614-557	615-558	616-559	617-560	618-561	619-562	620-563	621-564	622-565	623-566	624-567	625-568	626-569	627-570	628-571	629-572	630-573	631-574	632-575	633-576	634-577	635-578	636-579	637-580	638-581	639-582	640-583	641-584	642-585	643-586	644-587	645-588	646-589	647-590	648-591	649-592	650-593	651-594	652-595	653-596	654-597	655-598	656-599	657-600	658-601	659-602	660-603	661-604	662-605	663-606	664-607	665-608	666-609	667-610	668-611	669-612	670-613	671-614	672-615	673-616	674-617	675-618	676-619	677-620	678-621	679-622	680-623	681-624	682-625	683-626	684-627	685-628	686-629	687-630	688-631	689-632	690-633	691-634	692-635	693-636	694-637	695-638	696-639	697-640	698-641	699-642	700-643	701-644	702-645	703-646	704-647	705-648	706-649	707-650	708-651	709-652	710-653	711-654	712-655	713-656	714-657	715-658	716-659	717-660	718-661	719-662	720-663	721-664	722-665	723-666	724-667	725-668	726-669	727-670	728-671	729-672	730-673	731-674	732-675	733-676	734-677	735-678	736-679	737-680	738-681	739-682	740-683	741-684	742-685	743-686	744-687	745-688	746-689	747-690	748-691	749-692	750-693	751-694	752-695	753-696	754-697	755-698	756-699	757-700	758-701	759-702	760-703	761-704	762-705	763-706	764-707	765-708	766-709	767-710	768-711	769-712	770-713	771-714	772-715	773-716	774-717	775-718	776-719	777-720	778-721	779-722	780-723	781-724	782-725	783-726	784-727	785-728	786-729	787-730	788-731	789-732	790-733	791-734	792-735	793-736	794-737	795-738	796-739	797-740	798-741	799-742	800-743	801-744	802-745	803-746	804-747	805-748	806-749	807-750	808-751	809-752	810-753	811-754	812-755	813-756	814-757	815-758	816-759	817-760	818-761	819-762	820-763	821-764	822-765	823-766	824-767	825-768	826-769	827-770	828-771	829-772	830-773	831-774	832-775	833-776	834-777	835-778	836-779	837-780	838-781	839-782	840-783	841-784	842-785	843-786	844-787	845-788	846-789	847-790	848-791	849-792	850-793	851-794	852-795</td

# Guia SADT Parte 1

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 7 (Data de Emissão) e 9 (Plano) foram excluídos

Logo da Empresa	GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT						2- Nº	123456789012
1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data de Autorização	5-Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia			
Dados do Beneficiário			8 - Número da Carteira	9-Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNEB			
16 - Nome do Profissional Solicitante			17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO		

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 7 (Número Guia Operadora) foi incluído

Campo 20 (Assinatura do Profissional Solicitante) teve sua posição na Guia SADT alterada.

Logo da Empresa	GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT						2- Nº Guia no Prestador	12345678901234567890		
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
Dados do Beneficiário			8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN			
Dados do Solicitante			13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

# Guia SADT Parte 2

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campo 23 CID e os campos 32 ao 45, exceto campo 40 CNES, foram excluídos da guia.

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Caráter da Solicitação	23 - CID 10	Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)			
21 - Data/Hora da Solicitação		E-Eletiva U-Urgência/Emergência					
25-Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição		28-Qtd.Solic.	29-Qtd.Autoriz.		
1 -							
2 -							
3 -							
4 -							
5 -							
Dados do Contratado Executante							
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32-T.I.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP
40 - Código na Operadora / CPF do exec. complementar	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO 8	46a - Ordem de Participação	40- Código CNES

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Nenhuma inclusão de campo nesta parte da guia.

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
24-Tabela	26 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	28 - Descrição
1 -		
2 -		
3 -		
4 -		
5 -		
Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
Dados do Atendimento		

# Guia SADT Parte 3

**Versão TISS 2.02.03 (Atual)**

**Campos 48 a 50 (Tipo de Saída , Tipo e Tempo de Doença) foram excluídos**

46-Tipo Atendimento						47 - Indicação de Adente						48 - Tipo de Saída																																																											
01 - Remoção		02 - Pequena Cirurgia		03 - Terapias		04 - Consulta		05 - Exame		06-Atendimento Domiciliar		0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho		1 - Trânsito		2 - Outros		- 1-Retorno		2-Retorno SADT		3-Referência		4-Internação		5-Alta		6-Óbito																																											
<input type="checkbox"/> 07-SADT Internado		<input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia		<input type="checkbox"/> 09-Radioterapia		<input type="checkbox"/> 10-TRG-Terapia Renal Substitutiva																																																																	
49 -Tipo de Doença						50 -Tempo de Doença																																																																	
<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																																																																	
Procedimentos						52-Hora Inicial						53-Hora Final						54-Tabela						55-Código do Procedimento						56-Descrição						57-Últida						58-Via						59-Teo.						60% Red./Aoreco.						61-Valor Unitário - R\$						62-Valor Total - R\$					
51-Data						52-Hora Inicial						53-Hora Final						54-Tabela						55-Código do Procedimento						56-Descrição						57-Últida						58-Via						59-Teo.						60% Red./Aoreco.						61-Valor Unitário - R\$						62-Valor Total - R\$					
1- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						52-Hora Inicial						53-Hora Final						54-Tabela						55-Código do Procedimento						56-Descrição						57-Últida						58-Via						59-Teo.						60% Red./Aoreco.						61-Valor Unitário - R\$						62-Valor Total - R\$					
2- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						52-Hora Inicial						53-Hora Final						54-Tabela						55-Código do Procedimento						56-Descrição						57-Últida						58-Via						59-Teo.						60% Red./Aoreco.						61-Valor Unitário - R\$						62-Valor Total - R\$					
3- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						52-Hora Inicial						53-Hora Final						54-Tabela						55-Código do Procedimento						56-Descrição						57-Últida						58-Via						59-Teo.						60% Red./Aoreco.						61-Valor Unitário - R\$						62-Valor Total - R\$					
4- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						52-Hora Inicial						53-Hora Final						54-Tabela						55-Código do Procedimento						56-Descrição						57-Últida						58-Via						59-Teo.						60% Red./Aoreco.						61-Valor Unitário - R\$						62-Valor Total - R\$					
5- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						52-Hora Inicial						53-Hora Final						54-Tabela						55-Código do Procedimento						56-Descrição						57-Últida						58-Via						59-Teo.						60% Red./Aoreco.						61-Valor Unitário - R\$						62-Valor Total - R\$					

**Versão TISS 3.01.00 (Nova)**

**Campos 35 (Tipo de Consulta) e 36 (Mostrar ou não o Encerramento do Atendimento) foram incluídos.**

**Foram inseridos também na guia de SADT (Campos 48 a 55) um conjunto de informações para identificar na guia o prestador executante do serviço informado, ou seja, é possível informar na mesma guia SADT executantes diferentes para cada serviço**

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>											
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42-Qtda.	43-Via	44-Tec.	45-Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1- <input type="checkbox"/>	/	/	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	/	/	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	/	/	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	/	/	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	/	/	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s).</b>											
48-Seq. Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Colegiado	53-Número no Conselho Profissional	54-UF	55-Código CBO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox								

# Guia SADT Parte 4

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campo 89 (Assinatura do solicitante) foi alterado para o campo 20 da guia TISS 3.01.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1- _____ 2- _____	3- _____ 4- _____	5- _____ 6- _____	7- _____ 8- _____	9- _____ 10- _____		
84 - Observação						
85 - Total Procedimentos R\$ _____	86 - Total Taxas e Aluguéis R\$ _____	87 - Total Materiais R\$ _____	88 - Total Medicamentos R\$ _____	89 - Total Diárias R\$ _____	90 - Total Gases Medicinais R\$ _____	91 - Total Geral da Guia R\$ _____
92 - Data e Assinatura do Solicitante _____	Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _____		93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____		94 - Data e Assinatura do Prestador Executante _____	

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campo 62 (Total de OPME R\$) incluído, deve ser preenchido com o valor total em R\$ das OPMEs presentes da Guia de Outras Despesas.

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1- _____ 2- _____	5- _____ 6- _____	7- _____ 8- _____	9- _____ 10- _____		
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) _____	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____	61 - Total de Materiais (R\$) _____	62 - Total de OPME (R\$) _____	63 - Total de Medicamentos (R\$) _____	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) _____	65 - Total Geral (R\$) _____
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Novembro 2013	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado		

# Guia de SADT

## Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio 87) (Campo24)

**16 Procedimentos Médicos**

18 Diárias, taxas e gases

medicinas

**19 Materiais e Órteses, Próteses**

e Materiais Especiais (OPME)

20 Medicamentos

Campos 4 , 5 e 6 (Data, Senha e  
Validade da Autorização)  
obrigatórios somente se  
procedimento exige autorização  
da Operadora

Campos 23 (Indicação Clinica)  
Deve ser preenchido pelo  
solicitante no caso de pequena  
cirurgia, terapia, alta  
complexidade.

Legenda  
S = Sim  
N = Não

The form contains the following labels:

- Logo da Empresa
- Registro ANS
- 3 - Número da Guia Principal
- 4 - Data da Autorização
- 5 - Senha
- 6 - Data de Validade
- 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
- 8 - Dados do Beneficiário
- 9 - Número da Carteira
- 10 - Nome
- 11 - Cartão Nacional de Saúde
- 12 - Atendimento a RN
- 13 - Dados do Solicitante
- 14 - Nome do Contratado
- 15 - Nome do Profissional Solicitante
- 16 - Conselho Profissional
- 17 - Número no Conselho
- 18 - UF
- 19 - Código CBO
- 20 - Assinatura do Profissional Solicitante
- 21 - Caráter do Atendimento
- 22 - Data da Solicitação
- 23 - Indicação Clínica
- 24 - Tabelas
- 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
- 26 - Descrição
- 27 - Gide. Soli.
- 28 - Gide. Aut.
- 29 - Conselhos Executantes
- 30 - Nome do Contratado
- 31 - Código CRM

Caráter do Atendimento(Campo21)

tabela de domínio 23

1 - Eletivo

2 - Urgência

Conselho Profissional  
tabela de domínio 26  
**(06 Conselho Regional  
de Medicina (CRM))**

(UF)  
tabela de  
domínio 59  
(33 RJ)

Campo CBOS  
tabela de domínio 24  
**(Ex: 225250 Médico  
ginecologista e  
obstetra)**

Campo CNS  
opcional

# Guia de SADT

## Legenda / Campos Opcionais

<b>Tipo de Atendimento</b> tabela de domínio 50	<b>Indicação de Acidente</b> tabela de domínio 36 <b>0 Trabalho</b> <b>1 Trânsito</b> <b>2 Outros</b> <b>9 Não Acidente</b>	<b>Tipo de Consulta</b> tabela de domínio 52 <b>1 Primeira Consulta</b> <b>2 Retorno</b> <b>3 Pré-natal</b> <b>4 Por encaminhamento</b>	<b>Motivo de Encerramento</b> tabela de domínio 39	<b>Via de Acesso</b> tabela de domínio 61 <b>1 Única</b> <b>2 Mesma via</b> <b>3 Diferentes vias</b>	<b>Técnica Utilizada</b> tabela de domínio 48 <b>1 Convencional</b> <b>2 Video</b> <b>3 Robótica</b>																										
<p><b>Dados do Atendimento</b></p> <table border="1"> <tr> <td>32-Tipo de Atendimento</td> <td>33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)</td> <td>34 - Tipo de Consulta</td> <td>35 - Motivo de Encerramento do Atendimento</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b></p> <table border="1"> <tr> <td>36-Data</td> <td>37-Hora Inicial</td> <td>38-Hora Final</td> <td>39-Tabela</td> <td>40-Código do Procedimento</td> <td>41-Descrição</td> <td>42 - Qtd.</td> <td>43 - Un.</td> <td>44 - Tabelas</td> <td>45 - Fator Red./Acresc.</td> <td>46-Valor Unitário (R\$)</td> <td>47-Valor Total (R\$)</td> </tr> </table> <p><b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b></p> <table border="1"> <tr> <td>48-Seq. Ref</td> <td>49-Grau Part.</td> <td>50-Código na Operadora/CPF</td> <td>51-Nome do Profissional</td> <td>52-Conselho Profissional</td> <td>53-Número no Conselho</td> <td>54-UF</td> <td>55-Código CBO</td> </tr> </table> <p><b>Grau Participação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>00 Cirurgião</b></li> <li><b>01 Primeiro Auxiliar</b></li> <li><b>02 Segundo Auxiliar</b></li> <li><b>03 Terceiro Auxiliar</b></li> <li><b>06 Anestesista</b></li> <li><b>10 Pediatra na sala de parto</b></li> <li><b>12 Clínico</b></li> <li>Demais verificar na tabela de domínio 35</li> </ul> <p><b>Campo opcional (Observação / Justificativa)</b></p>						32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtd.	43 - Un.	44 - Tabelas	45 - Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)	48-Seq. Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																												
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtd.	43 - Un.	44 - Tabelas	45 - Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)																				
48-Seq. Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO																								
<p><b>Tabela (tabela de domínio 87)</b></p> <p><b>16 Procedimentos Médicos</b> <b>18 Diárias, taxas e gases medicinais</b> <b>19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)</b> <b>20 Medicamentos</b></p> <p><b>Conselho Profissional</b> tabela de domínio 26 <b>(06 Conselho Regional de Medicina (CRM))</b></p> <p><b>(UF)</b> tabela de domínio 59 <b>(33 RJ)</b></p> <p><b>Campo 16 CBOS</b> tabela de domínio 24 <b>(Ex: 225250 Médico ginecologista e obstetra)</b></p>																															

# Anexo de Outras Despesas Alterações

Logo da Empresa		ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)											
1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada												
Dados do Contratado Executante													
3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado												
E - Código CNES													
Despesas Realizadas													
6-CD 17-Registro ANVISA do Material	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item 16-Referência do material no fabricante	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red./Acrec.	15-Valor Unitário - R\$ 18-NF Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$			
01-.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....			
20-Descrição													
02-.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....			
20-Descrição													
03-.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....			
20-Descrição													
04-.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....			
20-Descrição													
05-.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....			
20-Descrição													
06-.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....			
20-Descrição													
07-.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....			
20-Descrição													
08-.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....			
20-Descrição													
09-.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....			
20-Descrição													
10-.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....			
20-Descrição													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)							

# Anexo de Outras Despesas Parte 1

## **Versão TISS 2.02.03 (Atual)**

**Não houve qualquer exclusão de campo nesta parte da guia.**

**Versão TISS 3.01.00 (Nova)**

**Campos 13 (Unidade de Medida), 17 (Registro ANVISA do Material), 18 (Referência do material do fabricante) e 19 (Num Autorização de Funcionamento) foram incluídos.**

## Anexo de Outras Despesas Parte 2

### Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Os campos 20 (Total Taxas) e 22 (Total de Aluguéis) foram agrupados em um único campo na TISS 3.01.00

17 - Total Gases Medicinais R\$	18 - Total Medicamentos R\$	19 - Total Materiais R\$	20 - Total Taxas Diversas R\$	21 - Total Diárias R\$	22 - Total Aluguéis R\$	23 - Total Geral R\$
---------------------------------	-----------------------------	--------------------------	-------------------------------	------------------------	-------------------------	----------------------

### Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campo 24 (Total de OPME) foi incluído

Agrupado o campo 25 (Total de Taxas e Aluguéis) que na TISS 2.02.03 eram separados.

10-_____	20-Descrição _____					
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)

# Anexo de Outras Despesas

## Legenda / Campos Opcionais

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)														
Logo da Empresa														
1 - Registro ANS <input type="text"/>		2 - Número da Guia Referenciada <input type="text"/>		Unidade de Medida Campo Opcional Tabela de Domínio 60										
Dados do Contratado Executante														
3 - Código na Operadora <input type="text"/>		4 - Nome do Contratado <input type="text"/>		Número de Autorização de Funcionamento Campo Opcional <input type="text"/>										
Despesas Realizadas														
6-CD 17-Registro ANVISA do Material	7-Data 18-Hora Inicial	8-Hora Final 19-Referência do material no fabricante	9-Tabela 10-Código do Item 11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade Medida 14-Fator Red./Acresc.	15-Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor T 20-Descrição							
01- <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>	 <input type="text"/>							
Código Despesa (tabela de domínio 25) <b>01 Gases medicinais</b> <b>02 Medicamentos</b> <b>03 Materiais</b> <b>05 Diárias</b> <b>07 Taxas e aluguéis</b> <b>08 OPME</b>														
Tabela (tabela de domínio 87) <b>(Campo10)</b> <b>16 Procedimentos Médicos</b> <b>18 Diárias, taxas e gases medicinais</b> <b>19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)</b> <b>20 Medicamentos</b>														
Registro ANVISA Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.														

# Guia de Honorários

## Alterações

Logo da Empresa		GUIA DE HONORÁRIOS (Somente para pacientes internados)										2-Nº Guia no Prestador 12345678901234567890		
1 - Registro AN3		3- Nº Guia de Solicitação de Internação		4 - Senha		5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora								
Dados do Beneficiário		6 - Número da Carteira		7 - Nome		8 - Atendimento a RN								
Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)														
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Hospital/Local		11-Código CNES										
Dados do Contratado Executante		12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado		14 - Código CNES								
Dados da Internação		15 - Data do Início do Faturamento		16 - Data do Fim do Faturamento										
Procedimentos Realizados														
17-Data	18-Hora Inicial	19-Hora Final	20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Qtds.	24-Via	25-Tec	26- Fator Rod / Acresc.	27-Valor Unitário - R\$	28-Valor Total - R\$			
01-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
02-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
03-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
04-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
05-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
06-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
07-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
08-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
09-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
10-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)														
29-Seq. Ref	30-Grau Par	31-Código na Operadora/CPF	32-Nome do Profissional		33-Conselho Profissional	34-Número no Conselho	35-UF	36-Código CBO						
_____	_____	_____	_____		_____	_____	_____	_____						
_____	_____	_____	_____		_____	_____	_____	_____						
_____	_____	_____	_____		_____	_____	_____	_____						
_____	_____	_____	_____		_____	_____	_____	_____						
37- Observação / Justificativa												38- Valor total dos honorários	_____	
39 - Data de emissão												40 - Assinatura do Profissional Executante		

# Guia de Honorários Parte 1

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 4 (Data Emissão) e 6 (Plano) foram excluídos

Campo 3 (Num. Guia de Solicitação / Senha) houve um desmembramento em dois campos na guia 3.01.00

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL			
1 - Registro ANS	3 - Nº Guia de Solicitação / Senha	4 - Data de Emissão da Guia	2 - Nº 123456789012
Dados do Beneficiário			
6 - Número da Carteira	7 - Plano	8 - Validade da Carteira	
9 - Nome	10 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)			
11 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	12 - Nome do Contratado	13 - Código CNES	
Data de Contratado Fornecedora			

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 3 a 5 e campo 8 (Atendimento a RN) foram incluídos.

GUIA DE HONORÁRIOS (Somente para pacientes internados)			
1 - Registro ANS	3 - Nº Guia de Solicitação de Internação	4 - Senha	2 - Nº Guia no Prestador 12345678901234567890
Dados do Beneficiário			
6 - Número da Carteira	7 - Nome	9 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)			
8 - Atendimento a RN	10 - Nome do Hospital/Local	11 - Código CNES	9 - Código na Operadora

## **Guia de Honorários Parte 2**

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

**Campo 16 (Tipo de Acomodação Autorizada) e 18 ao 21 (Dados Executante) foram excluídos**  
**Campos 17 (Grau Participação) e 22 (Número do CPF) foram alteradas suas posições na 3.01.00**

<b>Dados do Contratado Executante</b>		13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		14 - Nome do Contratado Executante		15- Código CNES		16 - Tipo da Acomodação Autorizada	
17-Órgão Part.		18 - Número de Identificação do Executante		19 - Conselho Profissional		20 - Número no Conselho			
21-Atividades Realizadas		22-Hora Inicial		23-Hora Final		24-Valor Total		25-Valor Total - R\$	
26-Atividade		27-Via		28-Tipo		29-% Red. / Aereo.		30-Valor Unitário - R\$	
1- I		I		I		I		I	
2- I		I		I		I		I	
3- I		I		I		I		I	
4- I		I		I		I		I	
5- I		I		I		I		I	
6- I		I		I		I		I	
7- I		I		I		I		I	
8- I		I		I		I		I	
9- I		I		I		I		I	
10- I		I		I		I		I	
31-Total Geral Honorários - R\$									

**Versão TISS 3.01.00 (Nova)**

**Campos 15 e 16 (Data de Início e Fim do Faturamento) e 31 ao 36 (Identificação do Executante) foram incluídos**  
**Campos 30 (Grau Participação) e 31 (Código na Operadora / CPF) foram alteradas suas posições.**

Dados do Contratado Executante		13 - Nome do Contratado		14 - Código CNES	
12 - Código na Operadora					
Data de Intermediação					
15 - Data do Início de Faturamento		Data do Fim do Faturamento			
Procedimentos Realizados					
16-Hora Inicial		17-Hora Final		21-Código do Procedimento	22-Descrição
01-		01-			
02-		02-			
03-		03-			
04-		04-			
05-		05-			
06-		06-			
07-		07-			
08-		08-			
09-		09-			
10-		10-			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
29-Seq. Ref. 30-Part. 31-Código na Operadora/CPP		32-Número Profissional		33-Número do Conselho Profissional	
				34-Número no Conselho	
				35-UF	36-Código CBO

# Guia de Honorários Parte 3

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campo 38 (Data e Assinatura do Beneficiário) foi excluído.

Campo 37 foi desmembrado em dois campos na Guia 3.01.00

38 - Observação:	
37-Data/Hora e Assinatura do Prestador ____/____/____	38-Data/Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 39 e 40 foram desmembrados em relação a Guia 2.02.03

37- Observação / Justificativa	
39 - Data de emissão ____/____/____	40 - Assinatura do Profissional Executante ____/____/____
38- Valor total dos honorários _____	

# Guia de Honorários

## Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa

**GUIA DE HONORÁRIOS**  
(Somente para pacientes internados)

2- Nº Guia no Prestador 12345678 567890

Atendimento RN  
S = Sim  
N = Não

1 - Registro ANS	3- Nº Guia de Solicitação de Internação	4 - Senha	5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		6 - Número da Carteira	7 - Nome	8 - Atendimento a RN
Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)		9 - Código na Operadora	10 - Nome do Hospital/Local	11-Código CNES
Dados do Contratado Executante		12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
Dados da internação		15 – Data do Início do Faturamento	16 – Data do Fim do Faturamento	

# **Guia de Honorários**

## **Legenda / Campos Opcionais**

## Tabela (tabela de domínio 87)

- 16 Procedimentos Médicos
- 18 Diárias, taxas e gases medicinais
- 19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
- 20 Medicamentos

- 1 Via de Acesso
- tabela de domínio 61
- 1 Única**
- 2 Mesma via**
- 3 Diferentes vias**

- Técnica Utilizada
- tabela de domínio 48
- 1 Convencional**
- 2 Vídeo**
- 3 Robótica**

Procedimentos Realizados		17-Data	18-Hora Inicial	19-Hora Final	20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Qtd.	24-Via	25-	Fator Red / Acresc	27-Valor Unitário - R\$	28-Valor Total - R\$
01-													
02-													
03-													
04-													
05-													
06-													
07-													
08-													
09-													
10-													

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

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

Grau Participação  
00 Cirurgião  
01 Primeiro Auxiliar  
02 Segundo Auxiliar

**Grau Participação**  
**00 Cirurgião**  
**01 Primeiro Auxiliar**  
**02 Segundo Auxiliar**  
**03 Terceiro Auxiliar**  
**06 Anestesista**  
**10 Pediatria na sala de**  
**parto**  
**12 Clínico**  
**Demais verificar na**  
**tabela de domínio 35**

## **(06 Conselho Regional de Medicina (CRM))**

(UF)  
tabela de domínio 59  
(33 RJ)

Campo 16 CBOS  
tabela de domínio 24  
(Ex: 225250 Médico  
ginecologista e obstetra)

# Guia de Solicitação de Internação (Alterações)

Logo da Empresa		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN			
10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado Sólicitante					
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado				
14 - Nome do Profissional Sólicitante	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF	18 - Código CBO	
Dados do Hospital /Local Sólicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital /Local Sólicitado	21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica					
29 - CID 10 Principal	30 - CID 15 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Sólicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut	
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
Dados da Autorização					
39 - Data Prevável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa					
46 - Data da Sólicitação	47 - Assinatura do Profissional Sólicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

# Guia de Solicitação de Internação Parte 1

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 6 (Data de Emissão), 8 (Plano) e 14 (CNES) foram excluídos

Logo da Empresa		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO						2- Nº	123456789012		
1 - Registro ANS	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Plano	9 - Validade da Carteira							
10 - Nome						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado						14 - Código CNES				
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - CBO					

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 3 (Número Guia Operadora) e 9 (Atendimento a RN) foram incluídos

Logo da Empresa:		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO						2- Nº Guia no Prestador	12345678901234567890		
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN							
10 - Nome						11 - Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado										
14 - Nome do Profissional Solicitante			15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF	18 - Código CBO					

# Guia de Solicitação de Internação Parte 2

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 27 e 28 (Tipo e Tempo de Doença) foram excluídos

Dados do Contratado/Solicitado / Dados da Internação			
20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador		
22 - Caráter da Internação: <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação: <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		
24 - Regime de Internação: <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input type="checkbox"/>		
26 - Indicação Clínica   			
Hipóteses Diagnósticas			
27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias		
30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
Dermatologista Consultante			

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 21 (Data Sugerida para Internação), 26 (Uso OPME) e 27 (Uso Quimioterápico) foram incluídos

Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado				
21 - Data sugerida para Internação <input type="text"/>					
22 - Caráter do Atendimento <input type="checkbox"/>	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/>	24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input type="checkbox"/>	26 - Previsão de uso de OPME <input type="checkbox"/>	27 - Previsão de uso de quimioterápico <input type="checkbox"/>
28 - Indicação Clínica   					
29 - CID 10 Principal <input type="checkbox"/>	30 - CID 10 (2) <input type="checkbox"/>	31 - CID 10 (3) <input type="checkbox"/>	32 - CID 10 (4) <input type="checkbox"/>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <input type="checkbox"/>	

# Guia de Solicitação de Internação Parte 3

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 39 a 44 referentes a OPME foram excluídos, esses dados devem ser solicitados na Guia de Anexo de OPME

Procedimentos Solicitados				37 - Qtde. Solict	38 - Qtde. Aut.
34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					

  

OPM Solicitados				37 - Qtde. Solict	38 - Qtde. Aut.
34-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM	42-Qtde.	43-Fabricante	Valor Unitário R\$
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Não houve inclusões de campos nesta parte da Guia.

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição			
01-					
02-					
03-					
04-					
05-					
06-					
07-					
08-					
09-					
10-					
11-					
12-					

# Guia de Solicitação de Internação Parte 4

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 52 a 54 houve o desmembramento dos campos, ficam apenas um campo de data e três campos para as assinaturas

Dados da Autorização			
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	46 - Qtde. Diárias Autorizadas <input type="text"/> / <input type="text"/>	47 - Tipo da Acomodação Autorizada <input type="text"/>	
48 - Código na Operadora / CNPJ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	49 - Nome do Prestador Autorizado <input type="text"/>	50 - Código CNES <input type="text"/>	
51 - Observação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Desmembramento dos campos de Data e Assinatura.

Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	40 - Qtde. Diárias Autorizadas <input type="text"/> / <input type="text"/>	41 - Tipo da Acomodação Autorizada <input type="text"/>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <input type="text"/> / <input type="text"/>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <input type="text"/>	44 - Código CNES <input type="text"/>	
45 - Observação / Justificativa <input type="text"/> <input type="text"/>			
46-Data da Solicitação <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	47-Assinatura do Profissional Solicitante <input type="text"/>	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/>	49-Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text"/>

# Guia de Solicitação de Internação

## Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade
Dados do Beneficiário		7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		9-Atendimento a RN
Dados do Contratado Solicitante		12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF 18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação		19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - UF sugerida para internação		

**Atendimento RN**  
S = Sim  
N = Não

Conselho Profissional  
tabela de domínio 26  
**(06 Conselho Regional de Medicina (CRM))**

Campo CNS  
opcional

(UF)  
tabela de domínio 59  
**(33 RJ)**

Campo 16 CBOS  
tabela de domínio 24  
**(Ex: 225250 Médico ginecologista e obstetra)**

# Guia de Solicitação de Internação

## Legenda / Campos Opcionais

Caráter Atendimento 1 - Eletivo 2- Urgência Tabela de Domínio 23	Tipo de Internação <b>1 Clínica</b> <b>2 Cirúrgica</b> <b>3 Obstétrica</b> <b>4 Pediátrica</b> <b>5 Psiquiátrica</b> Tabela de Domínio 57	Regime de Internação <b>1 Hospitalar</b> <b>2 Hospital–dia</b> <b>3 Domiciliar</b> Tabela de Domínio 41	Uso OPME S = Sim N = Não	Uso Quimio S = Sim N = Não	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Soltadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica					
Campo CID opcional					
29-CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solticados					
34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut	
01-1					
Tabela (tabela de domínio 87) <b>16 Procedimentos Médicos</b> <b>18 Diárias, taxas e gases medicinais</b> <b>19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)</b> <b>20 Medicamentos</b>					
Indicação de Acidente tabela de domínio 36 <b>0 Trabalho</b> <b>1 Trânsito</b> <b>2 Outros</b> <b>9 Não Acidente</b>					

# Guia de Solicitação de Internação

## Legenda / Campos Opcionais

Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	40 - Qtde. Diárias Autorizadas <input type="text"/>	41 - Tipo de Acomodação Autorizada <input type="text"/>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <input type="text"/>	44 - Código CNES <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
45 – Observação / Justificativa  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
46-Data da Solicitação <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	47-Assinatura do Profissional Solicitante <input type="text"/>	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/>	49-Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text"/>

Tipo de Acomodação  
Tabela de domínio 49  
Ex: 12 APARTAMENTO  
SIMPLES  
41 QUARTO COLETIVO  
DE 2 LEITOS

Campo Observação /  
Justificativa  
opcional

# Guia de Resumo de Internação

## Alterações

Logo da Empresa		GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO										2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890							
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora														
Dados do Beneficiário:																			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN															
Dados do Contratado Executante																			
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado									15 - Código CNES									
Dados da Internação																			
16 - Caráter do Atendimento	17 - Tipo de Faturamento	18 - Data do Início do Faturamento	19 - Hora do Início do Faturamento	20 - Data do Fim do Faturamento	21 - Hora do Fim do Faturamento	22 - Tipo de Internação	23 - Regime de Internação												
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 (2)	26 - CID 10 (3)	27 - CID 10 (4)	28 - Indicação de Adesente (adesente ou coespa relacionado)	29 - Motivo de Encerramento da Internação	30 - Número da declaração de nascido vivo	31 - CID 10 Óbito	32 - Número da declaração de óbito	33 - Indicador D.O. de RN										
Procedimentos e Exames Realizados																			
34 - Data	35 - Hora Inicial	36 - Hora Final	37 - Tabela	38 - Código do Procedimento	39 - Descrição	40 - Grau	41 - Via	42 - Téc	43 - Fator Rad/Acresc	44 - Valor Unitário (R\$)	45 - Valor Total (R\$)								
01-																			
02-																			
03-																			
04-																			
05-																			
06-																			
07-																			
08-																			
09-																			
10-																			
Identificação da Equipe																			
46 - Seq. Ref.	47 - Grau Part.	48 - Código na Operadora/CPF	49 - Nome do Profissional	50 - Conselho Profissional	51 - Número no Conselho	52 - UF	53 - Código CBO												
54 - Total de Procedimentos (R\$)	55 - Total de Diárias (R\$)	56 - Total de Taxas Alugueis (R\$)	57 - Total de Materiais (R\$)	58 - Total de OPME (R\$)	59 - Total de Medicamentos (R\$)	60 - Total de Gases Medicinais (R\$)	61 - Total Geral (R\$)												
62 - Data da assinatura do contratado	63 - Assinatura do contratado									64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora									
65 - Observações / Justificativa																			

# Guia de Resumo de Internação Parte 1

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 7 (Data de Emissão), 9 (Plano) e 16 ao 23 (Endereço do Executante) foram excluídos

Logo da Empresa		GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO					2- Nº	123456789012
1 - Registro ANS	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia			
Dados do Beneficiário								
8 - Número da Carteira	9 - Plano	Validade da Carteira						
11 - Nome		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde						
Dados do Contratado Executante								
13 - Código na Operadora / CNPJ	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES						
17-19-20 - Logradouro - Número - Complemento	20 - Município	21 - UF	22 - Cód. IBGE	23 - CEP				
Dados da Internação								

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 7 (Número Guia Operadora) e 12 (Atendimento a RN) foram incluídos

Logo da Empresa		GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO					2- Nº Guia no Prestador	12345678901234567890
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário								
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN				
Dados do Contratado Executante								
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES						

# Guia de Resumo de Internação Parte 2

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 30 ao 32 (Informações obstétricas e neonatal) foram excluídos

Dados da Internação											
24 - Caráter da Internação	25 - Tipo Acomodação Autorizada	26 - Data/Hora da Internação	27 - Data/Hora da Saída Internação	28 - Tipo Internação	29 - Regime de Internação						
<input type="checkbox"/> Letiva U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-Clinica 2-Chirurgica 3-Obstétrica 4-Pediatrica 5-Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Doméstica						
30 - Internação Obstétrica - (selecionar mais de um se necessário com "X")											
<input type="checkbox"/> Em gestação	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Transtorno materno relacionado a gravidez	<input type="checkbox"/> Complic. Puerperio	<input type="checkbox"/> Atend. ao parto	<input type="checkbox"/> Complicação Neonatal	<input type="checkbox"/> Bx. Peso <2,5 Kg.	<input type="checkbox"/> Parto Cesáreo	<input type="checkbox"/> Parto Normal			
31 - Se óbito em mulher											
32 - Se óbito em bebê											
33 - N° Decl. Nasc. Vivos 34 - Óbito. Nasc. Vivos a Termo 35 - Óbito. Nasc. Mortos 36 - Óbito. Nasc. Vivos Prematuro											
Dados da Saída da Internação											
37 - CID 10 Principal	38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	41 - Indicador de Acidente	42 - Motivo Saída	43 - CID 10 Óbito	44 - N° Declaração do Óbito				
45-Datas 46-Hora Inicial 47-Hora Final 48-Tabela 49-Código do Procedimento 50-Descrição 51-Óbito 52-Via 53-Tec. 54-% Red./Acrec. 55-Valor Unitário - R\$ 56-Valor Total - R\$											
1-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimentos e Exames Realizados											
34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Óbito	41-Via	42-Tec	43-Fator Radi/Acrec	44-Valor Unitário (R\$)	45-Valor Total (R\$)
01-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Única inclusão de campo nesta parte da guia foi o campo 33 (Indicador Declaração de Óbito de RN)

Dados da Internação											
16 - Caráter do Atendimento	17 - Tipo de Faturamento	18 - Data do Início do Faturamento	19 - Hora do Início do Faturamento	20 - Data do Fim do Faturamento	21 - Hora do Fim do Faturamento	22 - Tipo de Internação	23 - Regime de Internação				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 (2)	26 - CID 10 (3)	27 - CID 10 (4)	28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	29 - Motivo de Encerramento da Internação	30 - Número da declaração de nascido vivo	31 - CID 10 Óbito	32 - Número da declaração de óbito	33 - Indicador D.O. de RN		
Procedimentos e Exames Realizados											
34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Óbito	41-Via	42-Tec	43-Fator Radi/Acrec	44-Valor Unitário (R\$)	45-Valor Total (R\$)
01-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obs: Se o campo 33 for informado com S=Sim os dados de óbito na guia referem-se ao óbito do RN, sendo preenchido com N=Não referem-se ao óbito da Mãe, uma vez preenchido o campo 33 o campo 32 (Número da Declaração de Óbito) torna-se obrigatório.

# Guia de Resumo de Internação Parte 3

## Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Desmembramento dos campos de Data e Assinatura.

Identificação da Equipe				80-Nome do Profissional				81-Conselho Prof.		82-Número Conselho		83-UF		84-CPF	
57-Seq.Ref	58-Dr.Part.	59-Código na Operadora/CPF	60-Nome do Profissional	81-Conselho Prof.		82-Número Conselho		83-UF		84-CPF					
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
73 - Tipo Faturamento R\$		74 - Total Procedimentos R\$		75 - Total Diárias R\$		76 - Total Taxas e Alugueis R\$		77 - Total Materiais R\$		78 - Total Medicamentos R\$		79 - Total Gases Medicinais R\$		80 - Total Geral R\$	
[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total
82-Data e Assinatura do Contratado				83-Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora											
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

## Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campo 53 (CBOS), 58 (Valor OPME) e 65 (Observações / Justificativa) foram incluídos.

Desmembramento dos campos de Data e Assinatura.

Identificação da Equipe				45-Nome do Profissional				50-Conselho Profissional		51-Número no Conselho		52-		53-Código CBO	
46-Seq.Ref	47-Grau Part.	48-Código na Operadora/CPF	49-Nome do Profissional	50-Conselho Profissional		51-Número no Conselho		52-		53-Código CBO					
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
54 - Total de Procedimentos (R\$)		55 - Total de Diárias (R\$)		56 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)		57 - Total de Materiais (R\$)		58 - Total de OPME (R\$)		59 - Total de Medicamentos (R\$)		60 - Total de Gases Medicinais (R\$)		61 - Total Geral (R\$)	
[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total
62-Data da assinatura do contratado				63-Assinatura do contratado				64-Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora							
[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total	[ ] - Total
65 - Observações / Justificativa															

# Guia de Resumo de Internação

## Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa		GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO								2- N° Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação							Atendimento RN S = Sim N = Não			
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN							
Dados do Contratado Executante											
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado				15 - Código CNES						
Dados da Internação											
16 - Caráter do Atendimento	17 - Tipo de Faturamento	18-Data do Início do Faturamento	19-Hora do Início do Faturamento	20-Data do Fim do Faturamento	21-Hora do Fim do Faturamento	22-Tipo de Internação	23-Régime de Internação				
Caráter Atendimento 1 - Eletivo 2- Urgência		Tipo de Faturamento 1 Parcial 2 Final 3 Complementar 4 Total			Tipo de Internação 1 Clínica 2 Cirúrgica 3 Obstétrica 4 Pediátrica 5 Psiquiátrica			Regime de Internação 1 Hospitalar 2 Hospital-dia 3 Domiciliar			
Tabela de Domínio 23		Tabela de Domínio 55			Tabela de Domínio 57			Tabela de Domínio 41			

# Guia de Resumo de Internação

## Legenda / Campos Opcionais

24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 (2)	26 - CID 10 (3)	27 - CID 10 (4)	28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	29 - Motivo de Encerramento da Internação	30-Número da declaração de nascido vivo	31 - CID 10 Óbito	32 - Número da declaração de óbito	33 - Indicador D.O. de RN		
Procedimentos e Exames Realizados											
34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtdde.	41-Via	42-Téc	43-Fator Red/Acresc	44-Valor Unitário (R\$)	45-Valor Total (R\$)
01- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Campo CID opcional**

**Indicação de Acidente**  
tabela de domínio 36  
**0 Trabalho**  
**1 Trânsito**  
**2 Outros**  
**9 Não Acidente**

**Motivo de Encerramento**  
tabela de domínio 39

**Campo CID Óbito**  
opcional

**Atendimento RN**  
**S = Sim**  
**N = Não**

**Tabela (tabela de domínio 87)**  
**16 Procedimentos Médicos**  
**18 Diárias, taxas e gases medicinais**  
**19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)**  
**20 Medicamentos**

**Via de Acesso**  
tabela de domínio 61  
**1 Única**  
**2 Mesma via**  
**3 Diferentes vias**

**Técnica Utilizada**  
tabela de domínio 48  
**1 Convencional**  
**2 Video**  
**3 Robótica**

# Guia de Resumo de Internação

## Legenda / Campos Opcionais

Grau Participação  
00 Cirurgião  
01 Primeiro Auxiliar  
02 Segundo Auxiliar  
03 Terceiro Auxiliar  
06 Anestesista  
10 Pediatra na sala de parto  
12 Clínico  
Demais verificar na (tabela de domínio 35)

Conselho Profissional  
tabela de domínio 26  
**(06 Conselho Regional de Medicina (CRM))**

(UF)  
tabela de domínio 59  
(33 RJ)

Campo 16 CBOS  
tabela de domínio 24  
(Ex: 225250 Médico ginecologista e obstetra)

Identificação do Profissional		Part. 48-Código na Operadora/CPF		49-Nome do Profissional		50- Conselho Profissional		51-Número no Conselho		52-UF		53-Código CBO	
46-Seq.Ref	47-Nome	54 - Total de Procedimentos (R\$)	55 - Total de Diárias (R\$)	56 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	57 - Total de Materiais (R\$)	58 - Total de OPME (R\$)	59 - Total de Medicamentos (R\$)	60 - Total de Gases Medicinais (R\$)	61 - Total Geral (R\$)	62- Data da assinatura do contratado	63-Assinatura do contratado	64-Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora	65 - Observações / Justificativa

Campo Observação /  
Justificativa  
opcional

# **Novas Guias**

- Anexo de Solicitações de Quimioterapia;
- Anexo de Solicitações de Radioterapia;
- Anexo de Solicitações de OPME;
- Solicitação de Prorrogação de Internação;
- Guia de Recurso de Glosa.

# Anexo de Solicitações de Quimioterapia

## Nova Guia

Logo da Empresa		ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA										2- Nº Guia no Prestador <b>12345678901234567890</b>
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora								
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Nome									
9 - Peso (Kg)	10 - Altura (Cm)	11 - Superfície Corporal (m <sup>2</sup> )	12 - Idade	13 - Sexo								
Dados do Profissional Solicitante												
14 - Nome do Profissional Solicitante				15 - Telefone	16 - E-mail							
Diagnóstico Oncológico												
17 - Data do diagnóstico	18 - CID 10 Principal	19 - CID 10 (2)	20 - CID 10 (3)	21 - CID 10 (4)	26 - PlanoTerapêutico							
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG									
27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico					28 - Informações relevantes							
Medicamentos e Drogas solicitadas												
29-Data Prevista para Administração	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Freqüência	Tratamentos Anteriores					
1-							36- Cirurgia					
2-							37 - Data da Realização					
3-							38 - Área Irradiada					
4-							39 - Data da Aplicação					
5-												
6-												
7-												
8-												
40-Observação / Justificativa												
41- Número de Ciclos Previstos	42 - Ciclo Atual	43-Intervalo entre Ciclos (em dias)	44 - Data da Solicitação	45-Assinatura do Profissional Solicitante			46-Assinatura do Responsável pela Autorização					

# Anexo de Solicitações de Quimioterapia

## Parte 1

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Logo da Empresa	ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA					2- Nº Guia no Prestador <b>12345678901234567890</b>
1 - Registro ANS <input type="text"/>	3 - Número da Guia Referenciada <input type="text"/>	4 - Senha <input type="text"/>	5 - Data da Autorização <input type="text"/>	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input type="text"/>		
<b>Dados do Beneficiário</b>						
7 - Número da Carteira <input type="text"/>	8 - Nome <input type="text"/>					
9 - Peso (Kg) <input type="text"/>	10 - Altura (Cm) <input type="text"/>	11 - Superfície Corporal (m <sup>2</sup> ) <input type="text"/>	12 - Idade <input type="text"/>	13 - Sexo <input type="text"/>		
<b>Dados do Profissional Solicitante</b>						
14 - Nome do Profissional Solicitante <input type="text"/>	15 - Telefone <input type="text"/>	16 - E-mail <input type="text"/>				
<b>Diagnóstico Oncológico</b>						
17 - Data do diagnóstico <input type="text"/>	18 - CID 10 Principal <input type="text"/>	19 - CID 10 (2) <input type="text"/>	20 - CID 10 (3) <input type="text"/>	21 - CID 10 (4) <input type="text"/>	26 - PlanoTerapêutico <input type="text"/>	
22 - Estadiamento <input type="text"/>	23 - Tipo de Quimioterapia <input type="text"/>	24 - Finalidade <input type="text"/>	25 - ECOG <input type="text"/>			
27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico <input type="text"/>	28 - Informações relevantes <input type="text"/>					

# Anexo de Solicitações de Quimioterapia

## Parte 2

### Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Medicamentos e Drogas solicitadas						Tratamentos Anteriores	
29-Data Prevista para Administração	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Freqüência	36-Cirurgia
1-							
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
7-							
8-							
40-Observação / Justificativa							
41-Número de Ciclos Previstos	42 - Círculo Atual	43-Intervalo entre Ciclos ( em dias)	44 - Data da Solicitação	45-Assinatura do Profissional Solicitante			46-Assinatura do Responsável pela Autorização

# Anexo de Quimioterapia

## Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
<b>Dados do Beneficiário</b>				
7 - Número da Carteira	8 - Nome			
9 - Peso (Kg)	10 - Altura (Cm)	11 - Superfície Corporal (m <sup>2</sup> )	12 - Idade	13 - Sexo
<b>Dados do Profissional Solicitante</b>				
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Telefone	16 - E-mail		
<b>Diagnóstico Oncológico</b>				
17 - Data do diagnóstico	18 - CID 10 Principal	19 - CID 10 (2)	20 - CID 10 (3)	21 - CID 10 (4)
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG	26 - PlanoTerapêutico
27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	Informações relevantes			

CID  
Campo  
Opcional

Estadiamento  
do tumor  
(tabela de  
domínio 31)

- 1 - I
- 2 - II
- 3 - III
- 4 - IV
- 5 - Não se aplica

Tipo de  
Quimioterapia  
(tabela de  
domínio 58)

- 1 - 1a linha
- 2 - 2a linha
- 3 - 3a linha
- 4 - Outras linhas

Finalidade do  
Tratamento  
(tabela de  
domínio 33)

- 1 - Cura
- 2 - Neoadjuvante
- 3 - Adjuvante
- 4 - Palia
- 5 - Controle

Escala de capacidade funcional  
(tabela de domínio 30)

- 0 - Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exerce antes do diagnóstico.
- 1 - Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.
- 2 - Autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília.
- 3 - Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.
- 4 - Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.

# Anexo de Quimioterapia

## Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio  
87)

- 16 Procedimentos Médicos
- 18 Diárias, taxas e gases medicinais
- 19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
- 20 Medicamentos

Via de administração do medicamento

- Ex: 01 Bucal
- 02 Capilar
- 03 Dermatológica
- 04 Epidural

Demais (tabela de domínio 62)

Medicamentos e Drogas solicitadas		30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Frequência	Tratamentos Anteriores	
1-	/	/	/	/	/	/	/	36 - Cirurgia	
2-	/	/	/	/	/	/	/	37 - Data da Realização	
3-	/	/	/	/	/	/	/	38 - Área Irradiada	
4-	/	/	/	/	/	/	/	39 - Data da Aplicação	
5-	/	/	/	/	/	/	/		
6-	/	/	/	/	/	/	/		
7-	/	/	/	/	/	/	/		
8-	/	/	/	/	/	/	/		
40-Observação / Justificativa									
41-Número de Ciclos Previstos	42 - Ciclo Atual	43-Intervalo entre Ciclos ( em dias)	44 - Data da Solicitação	45-Assinatura do Profissional Solicitante	46-Assinatura do Responsável pela Autorização				

Campo Observação /  
Justificativa  
opcional

# Anexo de Solicitações de Radioterapia

## Nova Guia

Logo da Empresa		ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA										S-Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANB	2 - Número da Guia Referenciada	4 - Género	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
Dados do Beneficiário:		7 - Número do Cartão		8 - Nome	9 - Idade	10 - Sexo							
Dados do Profissional Solicitante:		11 - Nome do Profissional Solicitante		12 - Telefone	13 - E-mail								
Diagnóstico Oncológico:		14 - Data do Diagnóstico	15 - CID 10 Principal	16 - CID 10 (2)	17 - CID 10 (3)	18 - CID 10 (4)	19 - Diagnóstico por Imagem	20 - Estadiamento	21 - ECOG	22 - Finalidade			
23 - Diagnóstico Cito/Micropatológico		24 - Informações relevantes						Tratamentos Anteriores:					
						25 - Cirurgia							
						26 - Data da Realização							
						27 - Quimioterapia							
						28 - Data de Aplicação							
Procedimentos Complementares:													
29 - Cade. Previs.	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Cade.	29 - Cade. Previs.	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Cade.				
01 -					07 -								
02 -					08 -								
03 -					09 -								
04 -					10 -								
05 -					11 -								
06 -					12 -								
07 -					13 -								
34 - Número de Campos		35 - Dose por dia (em Gy)	36 - Dose Total (em Gy)	37 - Número de Dias	38 - Data Prevista para Início da Administração								
39 - Observações/Justificativa													
40 - Data da Solicitação		41 - Assinatura do Profissional Solicitante						42 - Assinatura do Autorizado da Operadora					

# Anexo de Solicitações de Radioterapia

## Parte 1

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Logo da Empresa	ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA					2- Nº Guia no Prestador <b>12345678901234567890</b>		
1 - Registro ANS <input type="text"/>	3 - Número da Guia Referenciada <input type="text"/>	4 - Senha <input type="text"/>	5 - Data da Autorização <input type="text"/>	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input type="text"/>				
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira <input type="text"/>	8 - Nome <input type="text"/>	9 - Idade <input type="text"/>	10 - Sexo <input type="text"/>					
Dados do Profissional Solicitante								
11 - Nome do Profissional Solicitante <input type="text"/>	12 - Telefone <input type="text"/>	13 - E-mail <input type="text"/>						
Diagnóstico Oncológico								
14 - Data do diagnóstico <input type="text"/>	15 - CID 10 Principal <input type="text"/>	16 - CID 10 (2) <input type="text"/>	17 - CID 10 (3) <input type="text"/>	18 - CID 10 (4) <input type="text"/>	19 - Diagnóstico por Imagem <input type="checkbox"/>	20 - Estadiamento <input type="checkbox"/>	21 - ECOG <input type="checkbox"/>	22 - Finalidade <input type="checkbox"/>

# Anexo de Solicitações de Radioterapia

## Parte 2

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	24 - Informações relevantes	Tratamentos Anteriores
		25 - Cirurgia
		26 - Data da Realização 
		27 - Quimioterapia
		28 - Data da Aplicação 

# Anexo de Solicitações de Radioterapia

## Parte 3

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Procedimentos Complementares				
29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtd.
01- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
34 - Número de Campos <input type="text"/>	35 - Dose por dia (em Gy) <input type="text"/>	36 - Dose Total ( em Gy) <input type="text"/>	37 - Número de Dias <input type="text"/>	38 - Data Prevista para Início da Administração <input type="text"/>
39-Observação/Justificativa				
40 - Data da Solicitação <input type="text"/>	41-Assinatura do Profissional Solicitante			42-Assinatura do Autorizador da Operadora

# Anexo de Radioterapia

## Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa

**ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA**

1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referenciada | 4 - Senha | 5 - Data da Autorização | 6 - N  
7 - Número da Carteira | 8 - Nome | 9 - Idade | 10 - Sexo  
11 - Nome do Profissional Solicitante | 12 - Telefone | 13 - E-mail  
14 - Data do diagnóstico | 15 - CID 10 Principal | 16 - CID 10 (2) | 17 - CID 10 (3) | 18 - CID 10 (4) | 19 - Diagnóstico por Imagem | 20 - Estadiamento | 21 - ECOG | 22 - Finalidade  
23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico | 24 - Informações relevantes | 25 - Cirurgia

**Campo CID Opcional**

**Diagnóstico Citopatológico e Histopatológico Campo Opcional**

**Diagnóstico por Imagem (tabela de domínio 29)**

- 1 Tomografia
- 2 Ressonância Magnética
- 3 Raios-X
- 4 Outras
- 5 Ultrassonografia
- 6 PET

**Finalidade do Tratamento (tabela de domínio 33)**

- 1 - Cura
- 2 - Neoadjuvante
- 3 - Adjuvante
- 4 - Palia
- 5 - Controle

**Estadiamento do tumor (tabela de domínio 31)**

- 1 - I
- 2 - II
- 3 - III
- 4 - IV
- 5 - Não se aplica

**Escala de capacidade funcional (tabela de domínio 30)**

- 0 - Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico.
- 1 - Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.
- 2 - Autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília.
- 3 - Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.
- 4 - Completely dependent. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.

# Anexo de Radioterapia

## Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio 87) <b>16 Procedimentos Médicos</b> <b>18 Diárias, taxas e gases medicinais</b> <b>19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)</b> <b>20 Medicamentos</b>					Tabela (tabela de domínio 87) <b>16 Procedimentos Médicos</b> <b>18 Diárias, taxas e gases medicinais</b> <b>19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)</b> <b>20 Medicamentos</b>					27 - Quimioterapia				
										28 - Data da Aplicação [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				
Procedimentos Complementares														
29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Qtde.	29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Qtde.	29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Qtde.
01-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	07-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	09-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
02-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	08-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	10-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
03-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	11-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	12-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
04-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]										
05-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]										
06-1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]										
34 - Número de Campos	35 - Dose por dia (em Gy)	36 - Dose Total ( em Gy)	37 - Número de Dias	38 - Data Prevista para Início da Administração										
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]										
39 - Observação/Justificativa														
40 - Data da Solicitação	41 - Assinatura do Profissional Solicitante					42 - Assinatura do Autorizador da Operadora								
[ ]														

Campo Observação /  
Justificativa  
opcional

# Anexo de Solicitações de OPME

## Nova Guia

Logo da Empresa	ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME					2- Nº Guia no Prestador <b>12345678901234567890</b>		
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		8 - Nome						
Dados do Profissional Solicitante								
9 - Nome do Profissional Solicitante		10 - Telefone	11 - E-mail					
Dados da Cirurgia								
12 - Justificativa Técnica								
OPME solicitadas								
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Referência do material no fabricante	17 - Qtd. solicitada	18 - Valor Unitário solicitado	19 - Qtd. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material	22 - Referência do material no fabricante						23 - Opção	24 - Autorização de Funcionamento
01 -								
02 -								
03 -								
04 -								
05 -								
06 -								
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do Responsável pela Autorização				

# Anexo de Solicitações de OPME

## Parte 1

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Logo da Empresa	ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME				2- N° Guia no Prestador 12345678901234567890
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira	8 - Nome				
Dados do Profissional Solicitante					
9- Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail			
Dados da Cirurgia					
12 - Justificativa Técnica					

# Anexo de Solicitações de OPME

## Parte 2

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

OPME Solicitadas	13-Tabela 21-Registro ANVISA do Material	14-Código do Material 22-Referência do material no fabricante	15-Descrição 23-Nº Autorização de Funcionamento	16-Opção 17- Qtde. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtde. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado
01-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Anexo de Solicitações de OPME

## Parte 3

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação



27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização

# Anexo de OPME

## Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa	ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME					2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	8 - Nome					
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail				
Dados da Cirurgia						
12 - Justificativa Técnica						

Email  
obrigatório somente  
se o solicitante  
possuir

# Anexo de OPME

## Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio  
87)

**16 Procedimentos Médicos**

**18 Diárias, taxas e gases  
medicinais**

**19 Materiais e Órteses,  
Próteses e Materiais  
Especiais (OPME)**

**20 Medicamentos**

OPME Série	13-Tabela de domínio	14-Código do Material	15-Descrição	16-Opção	17- Qtde. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtde. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado
	21-Registro ANVISA do Material		22-Referência do material no fabricante		23-Nº Autorização de Funcionamento			
01-								
02-								
03-								
04-								
05-								
06-								

Registro ANVISA

Deve ser preenchido em  
caso de cobrança de órteses,  
próteses e materiais  
especiais, quando for  
utilizado código de material  
ainda não cadastrado na  
TUSS.

# Solicitação de Prorrogação de Internação

## Nova Guia

Logo da Operadora		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890		
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização		
5-Senha		6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Nome			
Dados do Contratado Solicitante				
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado			
11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Conselho Profissional	13 - Número no Conselho	14 - UF	
15 - Código CBO				
Dados da Internação				
16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas	17 - Tipo da Acomodação Solicitada			
18 - Indicação Clínica				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados				
19-Tabela	20 - Código do Procedimento ou item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde Solic	23 - Qtde Aut
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
Dados da Autorização				
24 - Qtde Diárias Adicionais Autorizadas	25 - Tipo da Acomodação Autorizada			
26 - Justificativa da operadora				
27 - Observação / Justificativa				
28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

# Solicitação de Prorrogação de Internação

## Parte 1

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Logo da Operadora	GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO			2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890
1 - Registro ANS	3 – Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5-Senha				6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
<input type="text"/>				<input type="text"/>
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Nome			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Dados do Contratado Solicitante				
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Conselho Profissional	13 - Número no Conselho	14 - UF	15 - Código CBO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# **Solicitação de Prorrogação de Internação**

## **Parte 2**

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

# Solicitação de Prorrogação de Internação

## Parte 3

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados			
19 - Tabela	20 - Código do Procedimento ou item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde Solic 23 - Qtde Aut
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			

  

Dados da Autorização	
24 - Qtde Diárias Adicionais Autorizadas	25 - Tipo da Acomodação Autorizada

# **Solicitação de Prorrogação de Internação**

## **Parte 4**

**Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)**

**26 - Justificativa da operadora**

---

---

---

**27- Observação / Justificativa**

---

---

---

**28 - Data da Solicitação**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**29 - Assinatura do Profissional Solicitante**

**30 - Assinatura do Responsável pela Autorização**

# Guia de Prorrogação de Internação

## Legenda / Campos Opcionais

Logo da Operadora	GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO			2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890
1 - Registro ANS	3 – Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização		
5-Senha	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Nome			
Dados do Contratado Solicitante				
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado			
11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Conselho Profissional	13 - Número no Conselho	14 - UF	15 - Código CBO
Dados da Internação				
16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas	17 – Tipo da Acomodação Solicitud			

Tipo de Acomodação  
Tabela de domínio 49  
Ex: 12 APARTAMENTO  
SIMPLES  
41 QUARTO COLETIVO  
DE 2 LEITOS

Conselho Profissional  
tabela de domínio 26  
**(06 Conselho Regional de  
Medicina (CRM))**

(UF)  
tabela de domínio 59  
**(33 RJ)**

Campo 16 CBOS  
tabela de domínio 24  
**(Ex: 225250 Médico  
ginecologista e  
obstetra)**

# Guia de Prorrogação de Internação

## Legenda / Campos Opcionais

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados			
19-Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde Solic 23 – Qtde Aut
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			

Dados da Acomodação

24 - Qtde. de Procedimentos ou Itens Assistenciais Autorizadas	25 - Tipo da Acomodação Autorizada
--	------------------------------------

Tabela (tabela de domínio 87)  
**16 Procedimentos Médicos**  
**18 Diárias, taxas e gases medicinais**  
**19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)**  
**20 Medicamentos**

Tipo de Acomodação  
Tabela de domínio 49  
**Ex: 12 APARTAMENTO SIMPLES**  
**41 QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS**

# Guia de Prorrogação de Internação

## Legenda / Campos Opcionais

26 - Justificativa da operadora		
<hr/> <hr/> <hr/>		
27- Observação / Justificativa		
<hr/> <hr/> <hr/>		
28 - Data da Solicitação <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Campo Observação /  
Justificativa  
opcional

# Guia de Recurso de Glosa

## Nova Guia

Logo da Empresa		GUIA DE RECURSO DE GLOSAS		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosa Atribuído pela Operadora:		
Detalhes do Contratado					
6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado				
Detalhes do recurso do protocolo:					
8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)	12 - Acatado	
Detalhes do recurso da glosa:					
13 - Número da glosa no prestador	14 - Número da glosa atribuído pela operadora	15 - Gerais			
16 - Código da glosa da glosa	17 - Justificativa (no caso de recurso integral da glosa)	18 - Acatado			
Detalhes do recurso do procedimento no item assistencial:					
19 - Data de realização 20 - Data final período 21 - Tabela 22 - Procedimento/Item assistencial 23 - Descrição	24 - Grau de Participação	25 - Código da glosa			
26 - Valor Recurrido 27 - Justificativa do Prestador 28 - Justificativa da Operadora					
29 - Valor Total Recorrido (R\$)	30 - Valor Total Acatado (R\$)				
31 - Data do Recurso	32 - Assinatura do Contratado	33 - Data da Assinatura da Operadora	34 - Assinatura da Operadora		

# Guia de Recurso de Glosa

## Parte 1

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Logo da Empresa	GUIA DE RECURSO DE GLOSAS				2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890
1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora		
Dados do Contratado					
6- Código na Operadora	7 - Nome do Contratado				
Dados do recurso do protocolo					
8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)	12 - Acatado	
Dados do recurso da guia					
13- Número da guia no prestador	14- Número da guia atribuído pela operadora	15-Senha			
16-Código da glosa da guia	17-Justificativa (no caso de recurso integral da guia)	18 - Acatado			

# Guia de Recurso de Glosa

## Parte 2

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Dados do recurso do procedimento ou item assistencial						
19-Data de realização	20-Data final período	21-Tabela	22-Procedimento/Item assistencial	23-Descrição	24-Grau de Participação	25-Código da glosa
26-Valor Recursado	27-Justificativa do Prestador					
28-Valor Acatado	29-Justificativa da Operadora					
01- _____						_____
_____						_____
_____						_____
02- _____						_____
_____						_____
_____						_____
_____						
30 - Valor Total Recursado (R\$) _____		31 - Valor Total Acatado (R\$) _____				
32 - Data do Recurso _____		33 - Assinatura do Contratado _____		34 - Data da Assinatura da Operadora _____		35 - Assinatura da Operadora _____

# Guia de Recursos de Glosa

## Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa		GUIA DE RECURSO DE GLOSAS				2- Nº Guia no Prestador	12345678901234567890
1- Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora				
Dados do Contratado							
6- Código na Operadora	7 - Nome do Contratado						
Dados do recurso do protocolo							
8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)	12 - Acatado			
Dados do recurso da guia							
13- Número da guia no prestador	14- Número da guia atribuído pela operadora	15-Senha					
16-Código da glosa da guia	17-Justificativa (no caso de recurso integral da guia)						
Código da Glosa da Guia Ex.: <b>1001 NÚMERO DA CARTEIRA INVÁLIDO</b> <b>1008 ASSINATURA DIVERGENTE</b> <b>1009 BENEFICIÁRIO COM PAGAMENTO EM ABERTO</b> <b>1010 ASSINATURA DO TITULAR / RESPONSÁVEL INEXISTENTE</b> Demais Glosas na (tabela de domínio 38)							
Código da Glosa do Protocolo Ex.: <b>1001 NÚMERO DA CARTEIRA INVÁLIDO</b> <b>1008 ASSINATURA DIVERGENTE</b> <b>1009 BENEFICIÁRIO COM PAGAMENTO EM ABERTO</b> <b>1010 ASSINATURA DO TITULAR / RESPONSÁVEL INEXISTENTE</b> Demais Glosas na (tabela de domínio 38)							
Acatado S = Sim N = Não							

# Guia de Recursos de Glosa

## Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio 87)

- 16 Procedimentos Médicos
- 18 Diárias, taxas e gases medicinais
- 19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
- 20 Medicamentos

Grau Participação

- 00 Cirurgião
- 01 Primeiro Auxiliar
- 02 Segundo Auxiliar
- 03 Terceiro Auxiliar
- 06 Anestesista
- 10 Pediatra na sala de parto
- 12 Clínico
- Demais verificar na (tabela de domínio 35)

Código da Glosa do Protocolo  
**1001 NÚMERO DA CARTEIRA INVÁLIDO**  
**1008 ASSINATURA DIVERGENTE**  
**1009 BENEFICIÁRIO COM PAGAMENTO EM ABERTO**  
**1010 ASSINATURA DO TITULAR / RESPONSÁVEL INEXISTENTE**  
Demais Glosas na (tabela de domínio 38)

Dados do recurso do procedimento ou item assistencial		21-Tabela	22-Procedimento/Item assistencial	23-Descrição	24-Grau de Participação	25-Código da glosa
19-Data de realização	20-Data final período					
26-Valor Recurso	27-Justificativa do Prestador					
28-Valor Acatado	29-Justificativa da Operadora					
01- _____						
_____						
_____						
30 - Valor Total Recursado (R\$)		31 - Valor Total Acatado (R\$)				
_____		_____				
32 - Data do Recurso		33 - Assinatura do Contratado		34 - Data da Assinatura da Operadora	35 - Assinatura da Operadora	
_____				_____		

**Fonte: Conteúdo do Sistema Unimed**