



TISS Troca de Informação em Saúde Suplementar

ANEXO I

ESTRUTURA FÍSICA DOS CAMPOS DAS GUIAS E DOS DEMONSTRATIVOS

1. Documentos preenchidos pelos prestadores e encaminhados às operadoras

1.1. Guia de Consulta

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 _____		6 - Validade da Carteira ____/____/_____ ____/____/_____ _____	
7 - Nome _____			8 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____		
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 _____
20 - Nome do Profissional Executante _____	21 - Conselho Profissional _____		22-Número no Conselho _____	23 - UF _____	24 - Código CBO S _____
Hipóteses Diagnósticas					
25 -Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica		26 -Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias		27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
28 - CID Principal _____	29 - CID (2) _____	30 - CID (3) _____	31 - CID (4) _____		
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
32 - Data do Atendimento ____/____/_____ _____ _____		33-Código Tabela _____ _____ _____		34-Código Procedimento _____ _____ _____	
35 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> - 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal			36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> - 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 ____/____/_____ _____ _____		

1.1.1. Legenda da guia de consulta

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia	String (20)	SIM
3	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
Dados do beneficiário				
4	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
5	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
6	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
7	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
8	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
Dados do contratado				
9	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	String (14)	SIM
10	Nome do contratado	Nome do contratado	String (70)	SIM
11	Código CNES	Código CNES do prestador contratado	String (7)	NÃO
12	T.L	Tipo de Logradouro conforme tabela de domínio	String (3)	NÃO
13	Logradouro	Nome do logradouro do endereço do contratado	String (40)	NÃO
14	Número	Número do endereço do contratado	String (5)	NÃO
15	Complemento	Complemento do endereço do contratado	String (15)	NÃO
16	Município	Município do contratado	String (40)	NÃO
17	UF	Sigla da Unidade Federativa do contratado	String (2)	NÃO
18	Código IBGE do município	Código IBGE do município do contratado	String (7)	NÃO
19	CEP	CEP do contratado	String (8)	NÃO
20	Nome do profissional executante	Nome do profissional executante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 10 se referir à pessoa jurídica	String (70)	Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 10 se referir à pessoa jurídica
21	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (7)	SIM
22	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (15)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
23	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	String (2)	SIM
24	Código CBO-S	Código da especialidade do contratado conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO

Hipótese diagnóstica

25	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	String (1)	NÃO
26	Tempo de doença referida pelo paciente	Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo: "A"= anos; "M"=meses; "D"=dias	QTDE = Integer Unidade de Tempo = string (1)	NÃO
27	Indicação de Acidente	Indica se houve: acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho = 0 acidente de trânsito= 1 outros acidentes = 2	Integer (1)	NÃO
28	CID10 Principal	Código CID10 do diagnóstico principal	String (5)	NÃO
29	CID10 (2)	Código CID10 do segundo diagnóstico	String (5)	NÃO
30	CID10 (3)	Código CID10 do terceiro diagnóstico	String (5)	NÃO
31	CID10 (4)	Código CID10 do quarto diagnóstico	String (5)	NÃO

Dados do atendimento/ Procedimento realizado

32	Data do atendimento	Data de realização do atendimento	DD/MM/AA	SIM
33	Código da Tabela	Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio	String (2)	SIM
34	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM
35	Tipo de consulta	Código do tipo de consulta Primeira consulta="1" Seguimento="2" Pré-Natal="3"	String (1)	SIM
36	Tipo de saída	Código do tipo de saída Retorno= 1 Retorno com SADT= 2 Referência = 3 Internação = 4 Alta= 5	Integer (1)	SIM
37	Observação	Observações	String (240)	NÃO
38	Data e assinatura do medico	Data e assinatura do médico		NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
39	Data e assinatura do beneficiário / responsável	Data e assinatura do beneficiário / responsável		NÃO

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

**1.2. Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia
(SP/SADT)**

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 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 CHES
---------------------------------------	-------------------------	------------------

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
-------------------------------	-----------------------------	-------------	--

E-Eletiva U-Urgência/Emergência

25-Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28.Qt.Solic.	29.Qt.Autoriz.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32-T.L.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
40a - 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 S	46a - Grau de Participação		

Dados do Atendimento

46-Tipo Atendimento	01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06-Atendimento Domiciliar	07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de Saída
---------------------	---	--	----------------------------	--------------------

0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

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

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
---------------------	----------------------

A-Aguda C-Crônica

- A-Anos M-Meses D-Dias

51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição	57-Otde.	58-Via	59-Tec.	60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1 -	3 -	5 -	7 -	9 -
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxes e Alugueis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

66 - Data e Assinatura do Solicitante	67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	68-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69-Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--

OPM Solicitados		72-Tabela 73-Código do OPM	74-Descrição OPM	75-Qtd.	76-Fabricante	77- Valor Unitário R\$
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						

OPM Utilizados		78-Tabela 79-Código do OPM	80-Descrição OPM	81-Qtd.	82- Código de Barras	83- Valor Unitário R\$	84-Valor Total R\$
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							

85- Total OPM R\$

Verso

1.2.1. Legenda da Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
Dados da autorização				
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia	String (20)	SIM
3	Número da guia principal	Número da guia principal	String (20)	Obrigatório quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado
4	Data da autorização	Data da autorização	DD/MM/AA	NÃO
5	Senha	Senha de autorização	String (20)	NÃO
6	Validade da Senha	Data de validade da senha	DD/MM/AA	NÃO
7	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
Dados do beneficiário				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
11	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
Dados do contratado solicitante				
13	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	String (14)	SIM
14	Nome do contratado	Nome do contratado solicitante	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	String (7)	NÃO
16	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante	String (70)	Obrigatório apenas quando o campo 14 se referir à pessoa jurídica
17	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional conforme tabela de domínio	String (7)	SIM
18	Número no conselho	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
19	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
20	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
Dados da solicitação/procedimentos/exames solicitados				
21	Data/ hora da solicitação	Data/ hora da solicitação	DD/MM/AA HH:MM	NÃO
22	Caráter da solicitação	Código do caráter da solicitação Eletivo= "E" Urgência/Emergência = "U"	String (1)	SIM
23	CID10	Código CID10 do diagnóstico principal	String (5)	Obrigatório se solicitação de pequena cirurgia, terapias, ou procedimentos em série
24	Indicação clínica	Deve ser preenchido pelo profissional solicitante	String (500)	Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo
25	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
26	Código do procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO
27	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento solicitado	String (60)	SIM, pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
28	Quantidade solicitada	Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento	Integer (2)	SIM
29	Quantidade autorizada	Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento	Integer (2)	SIM
Dados do contratado executante				
30	Código na Operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
31	Nome do contratado	Nome do contratado	String (70)	SIM
32	Tipo de logradouro	Tipo de Logradouro conforme tabela de domínio	String (3)	NÃO
33	Logradouro	Nome do logradouro	String (40)	NÃO
34	Número	Número do endereço do contratado executante	String (5)	NÃO
35	Complemento	Complemento do endereço do contratado executante	String (15)	NÃO
36	Município	Município do contratado executante	String (40)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
37	UF	Sigla da UF do contratado executante	String (2)	NÃO
38	Código IBGE do município	Código IBGE do município do contratado executante	String (7)	NÃO
39	CEP	CEP do contratado executante	String (8)	NÃO
40	Código CNES	Código CNES do contratado executante	String (7)	Obrigatório quando o contratado executante for hospital
40a	Código na Operadora / CPF do exec. complementar	Este campo identifica o profissional executante / complementar em qualquer procedimento não laboratorial	String (14)	NÃO
41	Nome do profissional executante / complementar	Este campo identifica o profissional executante / complementar em qualquer procedimento não laboratorial	String (70)	NÃO
42	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (7)	Obrigatório quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a /41 forem preenchidos
43	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (15)	Obrigatório quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a /41 forem preenchidos
44	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	String (2)	Obrigatório quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a /41 forem preenchidos
45	Código CBO-S	Código da especialidade do executante conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
45a	Grau de Participação	Grau de participação do profissional na equipe médica de acordo com a tabela de domínio	String (2)	Obrigatório quando houver procedimentos em equipe
Dados do atendimento				

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
46	Tipo de atendimento	Código do tipo de atendimento da guia de SP/SADT Remoção=1 Pequena Cirurgia=2 Terapia=3 Consulta=4 Exame=5 Atendimento Domiciliar=6 SADT Internado=7 Quimioterapia=8 Radioterapia=9 TRS Terapia Renal Substitutiva=10	Integer (2)	SIM, selecionar uma das opções
47	Indicação de Acidente	Indica se houve acidente ou doença relacionado ao trabalho = 0 trânsito = 1 outros = 2	Integer (1)	NÃO
48	Tipo de saída	Código do tipo de saída: Retorno= 1 Retorno com SADT= 2 Referência = 3 Internação = 4 Alta= 5 Óbito=6	Integer (1)	SIM

Consulta de Referência

49	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	String (1)	NÃO
50	Tempo de doença referida pelo paciente	Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo: "A" = anos; "M" = meses; "D" = dias	QTDE = Integer Unidade de Tempo = string (1)	NÃO

Procedimentos e exames realizados

51	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
52	Hora inicial	Hora inicial de realização do procedimento	HH:MM	NÃO
53	Hora final	Hora final de realização do procedimento	HH:MM	NÃO
54	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio	String (2)	SIM Pelo menos um procedimento deve ser informado
55	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM Pelo menos um procedimento deve ser informado

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
56	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento realizado	String (60)	SIM, pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
57	Quantidade realizada	Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/procedimento realizado	Integer (2)	SIM
58	Via de acesso	Código da via de acesso Única= "U" Mesma via="M" Diferentes vias="D"	String (1)	NÃO
59	Técnica utilizada	Código da técnica utilizada Convencional= "C" Vídeolaparoscopia="V"	String (1)	NÃO
60	% de redução/acréscimo	% de redução/ acréscimo no caso de cirurgia múltipla/radiologia de múltiplas áreas	Double (3,2)	NÃO
61	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ do procedimento/serviço realizado	Double (5,2)	NÃO
62	Valor total (R\$)	Valor total em R\$ dos procedimentos/serviços realizado	Double (5,2)	NÃO
63	Data e assinatura dos procedimentos em série	-	-	-
64	Observação	Observações	String (240)	NÃO
65	Total Procedimentos	Valor em R\$ de procedimentos	Double (7,2)	NÃO
66	Total Taxas e Aluguéis	Valor em R\$ de taxas e aluguéis	Double (7,2)	NÃO
67	Total Materiais	Valor em R\$ de materiais	Double (7,2)	NÃO
68	Total Medicamentos	Valor em R\$ de medicamentos	Double (7,2)	NÃO
69	Total Diárias	Valor em R\$ de diárias	Double (7,2)	NÃO
70	Total Gases Medicinais	Valor em R\$ de gases medicinais	Double (7,2)	NÃO
71	Total Geral da guia	Valor em R\$ do total geral	Double (8,2)	NÃO

OPM solicitadas

72	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
73	Código OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	NÃO
74	Descrição OPM	Descrição OPM solicitada	String (60)	NÃO
75	Qtde de OPM	Quantidade de OPM solicitadas	Integer (2)	NÃO
76	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
77	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO

OPM utilizadas

78	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
79	Código OPM	Código da OPM utilizada	String (10)	NÃO
80	Descrição OPM	Descrição da OPM utilizada	String (60)	NÃO
81	Qtde de OPM	Quantidade utilizada de OPM	Integer (2)	NÃO
82	Código de Barras	Código de barra identificador da OPM utilizada	String (20)	NÃO
83	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
84	Valor Total (R\$)	Valor total em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
85	Valor Total OPM (R\$)	Valor total de OPM em R\$	Double (7,2)	NÃO
86	Data e assinatura do solicitante	-	-	NÃO
87	Data e assinatura do responsável pela autorização	-	-	NÃO
88	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	-	-	NÃO
89	Data e assinatura do prestador executante	-	-	NÃO

1.3. Guia de Solicitação de internação

Logo da Empresa	GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO					2- N°	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 - Código CBO S			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação									
20 - Código na Operadora / CNPJ		21 - Nome do Prestador							
22 - Caráter da Internação		23 - Tipo de Internação							
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		<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		25 - Qtde. Diárias Solicitadas							
<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		<input type="checkbox"/> _____							
26 - Indicação Clínica									
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente		29 - Indicação de Acidente					
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		<input type="checkbox"/> _____ - A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias		<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros					
30 - CID 10 Principal		31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)					
Procedimentos Solicitados									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		37 - Qtde. Solut 38 - Qtde. Aut				
1-					<input type="checkbox"/> _____				
2-					<input type="checkbox"/> _____				
3-					<input type="checkbox"/> _____				
4-					<input type="checkbox"/> _____				
5-					<input type="checkbox"/> _____				
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM		42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$		
1-					<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____		
2-					<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____		
3-					<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____		
4-					<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____		
5-					<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____		
Dados da Autorização									
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar		46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo da Acomodação Autorizada					
<input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____					
48 - Código na Operadora / CNPJ		49 - Nome do Prestador Autorizado					50 - Código CNES		
51 - Observação									
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante									
<input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____			
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
<input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____			
54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização									
<input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____ / <input type="checkbox"/> _____			

Frente

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

Verso

1.3.1. Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia de solicitação	String (20)	SIM
3	Data da autorização	Data que a autorização foi concedida	DD/MM/AA	NÃO
4	Senha	Senha de autorização	String (20)	NÃO
5	Validade da Senha	Data de validade da senha	DD/MM/AA	NÃO
6	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
Dados do beneficiário				
7	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
8	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
9	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
10	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
Dados do contratado solicitante				
12	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	String (14)	SIM
13	Nome do contratado	Nome do contratado solicitante	String (70)	SIM
14	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	String (7)	NÃO
15	Nome do profissional solicitante	Nome do contratado solicitante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 13 se referir a pessoa jurídica	String (70)	NÃO
16	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional	String (7)	SIM
17	Número no conselho	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
18	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
19	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
Dados do contratado solicitado/ Dados da internação				

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
20	Código na Operadora/CNPJ	Código do contratado solicitado ou CNPJ do contratado solicitado	String (14)	NÃO
21	Nome do Prestador	Nome do contratado solicitado	String (70)	NÃO
22	Caráter da internação	Caráter da internação: Eletiva = "E" Urgência/Emergência = "U"	String (1)	SIM
23	Tipo de internação	Código tipo de internação Clínica=1 Cirúrgica=2 Obstétrica=3 Pediátrica=4 Psiquiátrica=5	Integer (1)	SIM
24	Regime de internação	Código regime de internação Hospitalar=1 Hospital-dia=2 Domiciliar=3	Integer (1)	SIM
25	Qtde diárias solicitadas	Quantidade de diárias solicitadas	Integer (3)	SIM
26	Indicação clínica	Texto livre preenchido pelo profissional médico solicitante da internação	String (500)	SIM
Hipóteses diagnósticas				
27	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	String (1)	NÃO
28	Tempo de doença referida pelo paciente	Quantidade e unidade de tempo de doença referida pelo paciente "A"= anos; "M"=meses; "D"=dias	QTDE = Integer Unidade de Tempo = string (1)	NÃO
29	Indicador de Acidente	Indica se houve: acidente ou doença relacionada ao trabalho = 0 trânsito= 1 outros = 2	Integer (1)	NÃO
30	CID10 Principal	Código CID10 do diagnóstico principal	String (5)	SIM
31	CID10 (2)	Código CID10 do segundo diagnóstico	String (5)	NÃO
32	CID10 (3)	Código CID10 do terceiro diagnóstico	String (5)	NÃO
33	CID10 (4)	Código CID10 do quarto diagnóstico	String (5)	NÃO
Procedimentos solicitados				

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
34	Código da Tabela	Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
35	Código do Procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO
36	Descrição	Descrição do procedimento	String (60)	SIM - pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
37	Qtde solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	Integer (2)	SIM - pelo menos um procedimento deve ser informado
38	Qtde Autorizada	Quantidade de procedimentos autorizados pela operadora	Integer (2)	SIM – caso exista algum procedimento informado
OPM solicitadas				
39	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
40	Código OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	NÃO
41	Descrição OPM	Descrição OPM solicitada	String (60)	NÃO
42	Qtde de OPM	Quantidade solicitada de OPM	Integer (2)	NÃO
43	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO
44	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
Dados da autorização				
45	Data provável da admissão hospitalar	Data provável da admissão no hospital	DD/MM/AA	SIM
46	Qtde diárias autorizadas	Número de dias autorizados para a internação	Integer (3)	SIM
47	Tipo da acomodação autorizada	Código do tipo da acomodação autorizada conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
48	Código na Operadora/CNPJ	Código do prestador autorizado ou CNPJ do prestador autorizado	String (14)	SIM
49	Nome do Prestador Autorizado	Nome do prestador autorizado	String (70)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
50	Código CNES	Código CNES do prestador autorizado	String (7)	NÃO
51	Observação	Observações	String (240)	NÃO
52	Data e assinatura do médico solicitante	-		
53	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	-		
54	Data e assinatura do responsável pela autorização	-		
Prorrogações				
55	Data	Data da prorrogação	DD/MM/AA	SIM
56	Senha	Senha da prorrogação	String (20)	NÃO
57	Responsável pela prorrogação	Nome do responsável pela prorrogação	String (70)	SIM
58	Tipo da acomodação	Tipo da acomodação autorizada conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
59	Acomodação	Descrição da acomodação	String (40)	NÃO
60	Qtde autorizada	Quantidade autorizada	String (2)	SIM
61	Código da Tabela	Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
62	Código do Procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO
63	Descrição	Descrição do procedimento	String (60)	SIM - pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
64	Qtde solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	Integer (2)	SIM - pelo menos um procedimento deve ser informado
65	Qtde. Autorizada	Quantidade de procedimentos autorizados	Integer (2)	SIM - pelo menos um procedimento deve ser informado
66	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
67	Código da OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	NÃO
68	Descrição da OPM	Descrição da OPM solicitada	String (60)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
69	Qtde de OPM	Quantidade solicitada de OPM	Integer (2)	NÃO
70	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO
71	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

1.4. Guia de Resumo de Internação

Logo da Empresa

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2-Nº

123456789012

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data 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 Executante											
13 - Código na Operadora / CNPJ	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES									
16 - I.L.	17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento	20 - Município	21 - UF	22 - Cód. IBGE	23 - CEP						
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"/> E - Eletiva	<input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-Clinica	<input type="checkbox"/> 2-Cirurgica						
<input type="checkbox"/> Transtorno materno relacionado a gravidez	<input type="checkbox"/> Complic. Puerpério	<input type="checkbox"/> Atend. ao RN na sala de parto	<input type="checkbox"/> Complicação Neonatal	<input type="checkbox"/> Bx. Peso <2,5 Kg.	<input type="checkbox"/> Parto Cesáreo						
<input type="checkbox"/> Em gestação	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Complic. Puerpério	<input type="checkbox"/> Atend. ao RN na sala de parto	<input type="checkbox"/> Complicação Neonatal	<input type="checkbox"/> Parto Normal						
31 - Se óbito em mulher	32 - Se óbito neonatal	33 - Nº Decl. Nasc. Vivos	34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo	35 - Qtde. Nasc. Mortos	36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro						
<input type="checkbox"/> 1 - Grávida	<input type="checkbox"/> 2 - até 42 dias após término gestação	<input type="checkbox"/> 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação	<input type="checkbox"/> 4 - Qtde. óbito neonatal precoce	<input type="checkbox"/> 5 - Qtde. óbito neonatal tardio							
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 - Nº Declaração do Óbito				
<input type="checkbox"/> 0-Accidente ou doença relacionado ao trabalho	<input type="checkbox"/> 1-Trânsito	<input type="checkbox"/> 2-Outros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Procedimentos e Exames Realizados											
45 - Data	46 - Hora Inicial	47 - Hora Final	48 - Tabela	49 - Código do Procedimento	50 - Descrição	51 - Qtde.	52 - Via	53 - Tec.	54 - % Red. / Acresc.	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Identificação da Equipe											
57 - Seq. Ref	58 - Gr. Part.	59 - Código na Operadora/CPF	60 - Nome do Profissional	61 - Conselho Prof.	62 - Número Conselho	63 - UF	64 - CPF				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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\$			
<input type="checkbox"/> - Total	<input type="checkbox"/> - Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
82 - Data e Assinatura do Contratado				83 - Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora							
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>							

Frente

Procedimentos e Exames Realizados (Continuação)					
45-Data	46-Hora Inicial	47-Hora Final	48-Tabela	49-Código do Procedimento	50-Descrição
6 - []	[]	[]	[]	[]	[]
7 - []	[]	[]	[]	[]	[]
8 - []	[]	[]	[]	[]	[]
9 - []	[]	[]	[]	[]	[]
11 - []	[]	[]	[]	[]	[]
12 - []	[]	[]	[]	[]	[]
13 - []	[]	[]	[]	[]	[]
14 - []	[]	[]	[]	[]	[]
15 - []	[]	[]	[]	[]	[]
Identificação da Equipe (Continuação)					
57-Seq.Ref	58-Gr.Part.	59-Código na Operadora/CPF	60-Nome do Profissional	61-Conselho Prof.	62-Número Conselho
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
OPM Utilizados					
65-Tabela	66-Código do OPM	67-Descrição OPM	68-Qtd.	69-Código de Barras	70- Valor Unitário R\$
1-[]	[]	[]	[]	[]	[]
2-[]	[]	[]	[]	[]	[]
3-[]	[]	[]	[]	[]	[]
4-[]	[]	[]	[]	[]	[]
5-[]	[]	[]	[]	[]	[]
72- Total Geral R\$ []					
81 - Observação					

verso

1.4.1. Legenda da guia de resumo de internação

Nºm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia	String (20)	SIM
3	Nº Guia Solicitação	Número da guia de solicitação.	String (20)	NÃO
4	Data da autorização	Data de emissão da autorização	DD/MM/AA	NÃO
5	Senha	Número da senha de autorização	String (20)	NÃO
6	Data Validade da Senha	Data de validade da senha de autorização	DD/MM/AA	NÃO
7	Data de emissão da guia	Data de emissão da referida guia	DD/MM/AA	SIM
Dados do beneficiário				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
11	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
Dados do contratado Executante				
13	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
14	Nome do contratado executante	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado executante	String (7)	SIM
16	Tipo Logradouro	Tipo do logradouro de acordo com a tabela de domínio	String (3)	NÃO
17	Logradouro	Nome completo do logradouro	String (40)	NÃO
18	Número	Número do endereço	String (5)	NÃO
19	Complemento	Complemento do endereço	String (15)	NÃO
20	Município	Nome do município / localidade	String (40)	NÃO
21	UF	Sigla da unidade federativa	String (2)	NÃO
22	Código IBGE	Código do município da Tabela do IBGE	String (7)	NÃO
23	CEP	CEP do endereço do contratado executante	String (8)	NÃO
Dados da Internação				
24	Caráter da Internação	Caráter da internação de acordo com a tabela de domínio Eletivo = "E" Urgência / Emergência = "U"	String (1)	SIM
25	Tipo de Acomodação Autorizada	Tipo da acomodação autorizada para internação de acordo com a tabela de domínio	String (2)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
26	Data e hora da internação	Data e hora do início da internação.	DD/MM/AA HH:MM	SIM
27	Data e hora da saída da internação	Data e hora da alta da internação	DD/MM/AA HH:MM	NÃO
28	Tipo da Internação	Tipo da internação realizada de acordo com a tabela de domínio	String (1)	SIM
29	Regime Internação	Regime da internação de acordo com tabela de domínio	String (1)	SIM
30	Internação Obstétrica	Campos (30 a 36) a serem preenchidos no caso de internação obstétrica	String (1)	SIM, no caso de ser uma internação obstétrica
31	Se óbito em mulher	Condição da mulher em caso de óbito: 1 - grávida 2 - até 42 dias apos termo gestação 3 - de 43 dias a 12 meses após termo da gestação.	String (1)	NÃO
32	Se óbito neonatal	Em caso de óbito neonatal, informar as quantidades referentes		
	Qtde óbito neonatal precoce	Número de óbitos neonatal precoce	Integer (1)	NÃO
	Qtde óbito neonatal tardio	Número de óbitos neonatal tardio	Integer (1)	NÃO
33	Nº da declaração dos nascidos vivos	Número da declaração de nascimento	String (15)	NÃO
34	Quantidade de nascidos vivos a termo	Quantidade de nascidos vivos	Integer (2)	NÃO
35	Quantidade Nascidos mortos	Quantidade de nascidos mortos	Integer (2)	NÃO
36	Quantidade Nascidos prematuro vivos	Quantidade de nascidos prematuro	Integer (2)	NÃO
Dados da Saída da Internação				
37	CID-10 Principal	Código Internacional de doença principal responsável pela internação	String (5)	SIM
38	CID-10 (2)	Código Internacional de doença responsável pela internação	String (5)	NÃO
39	CID-10 (3)	Código Internacional de doença responsável pela internação	String (5)	NÃO
40	CID-10 (4)	Código Internacional de doença responsável pela internação	String (5)	NÃO

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
41	Indicador de Acidente	Indica se houve acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho = 0 acidente de trânsito= 1 outros acidentes = 2	String (1)	NÃO
42	Motivo Saída	Código do motivo da saída da internação de acordo com tabela de domínio	String (2)	SIM
43	CID-10 Óbito	Código Internacional de Doença responsável pelo óbito do paciente	String (5)	SIM, apenas para caso de óbito
44	Nº Declaração de Óbito	Número da declaração de óbito do paciente	String (7)	SIM, apenas para o caso de óbito

Procedimentos e exames realizados

45	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
46	Hora Inicial	Horário inicial da realização do procedimento	HH:MM	NÃO
47	Hora Final	Horário final da realização do procedimento	HH:MM	NÃO
48	Tabela	Código da tabela de codificação dos procedimentos	String (2)	SIM
49	Código do Procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM
50	Descrição	Descrição do procedimento realizado	String (60)	SIM
51	Quantidade	Quantidade realizada do procedimento apresentado	Integer (2)	SIM
52	Via de acesso	Via de acesso de acordo com a tabela de domínio	String (1)	NÃO
53	Técnica utilizada	Técnica utilizada de acordo com a tabela de domínio	String (1)	NÃO
54	% Redução / Acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado	Double (3,2)	NÃO
55	Valor unitário	Valor monetário de cada procedimento	Double (5,2)	NÃO
56	Valor total	Valor monetário do procedimento levando-se em consideração a quantidade executada	Double (5,2)	NÃO

Identificação da Equipe

57	Seqüencial Referência	Número seqüencial do procedimento que relaciona à equipe executante	String (2)	SIM
58	Grau de Participação	Grau de participação do profissional na equipe médica de acordo com a tabela de domínio	String (2)	SIM
59	Código na Operadora / CPF	Código do profissional na Operadora ou CPF do profissional	String (14)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
60	Nome do Profissional	Nome do profissional participante da equipe médica	String (70)	SIM
61	Conselho Profissional	Código do conselho profissional	String (7)	SIM
62	Número no Conselho	Número da identificação do profissional no conselho profissional	String (15)	SIM
63	UF	Sigla identificadora da unidade federativa	String (2)	SIM
64	CPF	Número do CPF do profissional participante da equipe médica	String (11)	NÃO

OPM Utilizada

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

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
80	Total Geral	Somatório de todos os valores totais. Procedimento + Diárias + Taxas / Alugueis + Materiais + Medicamentos + Gases Medicinais	Double (7,2)	NÃO
81	Observação	Observações	String (240)	NÃO
82	Data e Assinatura do contratado			NÃO
83	Data e Assinatura do auditor da operadora			NÃO

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

1.5. Guia de Honorário Individual

Logo da Empresa

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2- Nº

123456789012

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

1.5.1. Legenda da Guia de Honorário Individual

Nºm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia	String (20)	SIM
3	Nº Guia Solicitação	Número da guia de solicitação ou senha.	String (20)	SIM
4	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
Dados do beneficiário				
5	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
6	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
7	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
8	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
9	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
Dados do contratado (onde foi executado o procedimento)				
10	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	String (14)	SIM
11	Nome do contratado	Nome do contratado	String (70)	SIM
12	Código CNES	Código CNES do contratado	String (7)	SIM, se prestador executante for hospital
Dados do contratado Executante				
13	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
14	Nome do contratado executante	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado executante	String (7)	SIM, se prestador executante for hospital
16	Tipo da acomodação autorizada	Tipo de acomodação conforme tabela de domínio.	String (2)	NÃO
17	Grau de participação	Grau de participação do profissional na equipe médica executante do serviço conforme tabela de domínio.	String (2)	SIM
18	Nome do Profissional executante	Nome do profissional que executou o serviço.	String (70)	Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 14 se referir a pessoa jurídica

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
19	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (7)	SIM
20	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante	String (15)	SIM
21	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	String (2)	SIM
22	Número do CPF	Número do CPF do profissional executante do serviço	String (11)	NÃO
Dados do atendimento/ Procedimento realizado				
23	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
24	Hora Inicial	Horário inicial da realização do procedimento	HH:MM	NÃO
25	Hora Final	Horário final da realização do procedimento	HH:MM	NÃO
26	Tabela	Código da tabela de codificação dos procedimentos	String (2)	SIM
27	Código do Procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM
28	Descrição	Descrição do procedimento realizado	String (60)	SIM
29	Quantidade	Quantidade realizada do procedimento apresentado	Integer (2)	SIM
30	Via de acesso	Via de acesso conforme tabela de domínio	String (1)	NÃO
31	Técnica utilizada	Técnica utilizada conforme tabela de domínio	String (1)	NÃO
32	% Redução / Acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado	Double (3,2)	NÃO
33	Valor unitário	Valor monetário de cada procedimento	Double (5,2)	NÃO
34	Valor total	Valor monetário do procedimento considerando a quantidade executada	Double (5,2)	NÃO
35	Total Geral Honorário	Valor final do honorário médico considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
36	Observação	Observações	String (240)	NÃO
37	Data / Assinatura	Campos destinados para data completa e assinatura do prestador	-	NÃO
38	Data / Assinatura	Campos destinados para data completa e assinatura do beneficiário / responsável	-	NÃO

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

1.6. Guia de Outras Despesas

Logo da Empresa

GUIA DE OUTRAS DESPESAS

1 - Registro ANS	2 - Nº Guia Referenciada												
Dados do Contratado Executante													
3 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES											
Código de Despesas Realizadas													
6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-% Red. / Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$				
1-													
16-Descrição _____													
2-													
16-Descrição _____													
3-													
16-Descrição _____													
4-													
16-Descrição _____													
5-													
16-Descrição _____													
6-													
16-Descrição _____													
7-													
16-Descrição _____													
8-													
16-Descrição _____													
9-													
16-Descrição _____													
10-													
16-Descrição _____													
11-													
16-Descrição _____													
12-													
16-Descrição _____													
13-													
16-Descrição _____													
17 - Total Gases Medicinais R\$		18 - Total Medicamentos R\$		19 - Total Materiais R\$		20 - Total Taxas Diversas R\$		21 - Total Diárias R\$		22 - Total Alugueis R\$		23 - Total Geral R\$	

1.6.1. Legenda da Guia de Outras Despesas

Nºm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia referenciada	Número da guia referenciada às despesas adicionais. Número da guia principal	String (20)	SIM
Dados do contratado executante				
3	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
4	Nome do contratado	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
5	Código CNES	Código CNES do prestador executante	String (7)	SIM, se prestador executante for hospital
6	Código da Despesa	Código da natureza da despesa. 1 – Gases Medicinais 2 – Medicamento 3 – Material 4 – Taxas Diversas 5 – Diárias 6 – Aluguéis	String (1)	SIM
7	Data	Data de realização das despesas	DD/MM/AA	SIM
8	Hora Inicial	Horário inicial da realização das despesas	HH:MM	NÃO
9	Hora Final	Horário final da realização das despesas	HH:MM	NÃO
10	Tabela	Código da tabela de codificação das despesas	String (2)	Obrigatório quando o campo 16 não for preenchido
11	Código do item	Código das despesas realizadas	String (10)	Obrigatório quando o campo 16 não for preenchido
12	Quantidade	Quantidade realizada da despesa apresentada	Double (3,2)	SIM
13	% Redução / Acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor da despesa realizada	Double (3,2)	NÃO
14	Valor unitário	Valor monetário de cada despesa	Double (6,2)	NÃO
15	Valor total	Valor monetário da despesa considerando a quantidade executada	Double (6,2)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
16	Descrição	Descrição da despesa realizada	String (60)	Obrigatório apenas quando os campos 10 e 11 não forem preenchidos
17	Total Gases Medicinais	Valor final de gases medicinais considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
18	Total Medicamentos	Valor final de medicamentos considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
19	Total Materiais	Valor final de materiais considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
20	Total Taxas Diversas	Valor final de taxas diversas considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
21	Total Diárias	Valor final de diárias considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
22	Total Aluguéis	Valor final de aluguéis considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO
23	Total Geral	Valor final do honorário médico considerando o somatório do campo 'valor total'	Double (7,2)	NÃO

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

1.7. Guia Odontológica – Cobrança

Logo da Empresa		GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - COBRANÇA						2- Nº	123456789012			
1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Principal							
Dados do Beneficiário												
8 - Número da Carteira		9- Plano	10- Empresa	11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde							
13 - Nome			14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano								
Dados do Contratado Executante												
16 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	17 - Nome do Contratado			18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CNES						
21 - Nome do Profissional Executante				22 - Número no CRO	23 - UF	24 - Código CBO S						
Procedimentos Executados												
25-Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28-Dente/Região	29-Face	30-Qtd	31-Quantidade US	32-Valor	33-Franquia/Co-participação R\$	34-Data Realização	35-Assinatura		
1-												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
36 - Data Previsão Término do Tratamento	37 - Tipo de Atendimento	38 - Tipo de Faturamento	39 - Total Quantidade US	40 - Valor Total R\$	41 - Total Franquia / Co-participação R\$							
	1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência	1 - Total 2 - Parcial										
Declaro, que o tratamento descrito acima foi realizado com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme												
42 - Observação												
43 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		44 - Data, local e Assinatura do Associado / Responsável			45-Data, local e Carimbo da Empresa							

1.7.1. Legenda da Guia Odontológica – Cobrança

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia de solicitação	String (20)	SIM
3	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
4	Data da autorização	Data que a autorização foi concedida	DD/MM/AA	NÃO
5	Senha	Senha de autorização	String (20)	NÃO
6	Data de Validade da Senha	Data de validade da senha	DD/MM/AA	NÃO
7	Número da Guia Principal	Número da guia principal a qual se refere a cobrança	String (20)	NÃO
Dados do beneficiário				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
10	Empresa	Nome da empresa a qual pertence o beneficiário	String (40)	NÃO
11	Data Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
13	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
14	Telefone	Número do telefone para contato do beneficiário	String (10)	NÃO
15	Nome titular do plano	Nome do titular do plano	String (40)	NÃO
Dados do contratado Executante				
16	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do solicitante	String (14)	SIM
17	Nome do contratado	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
18	Número do CRO	Número do CRO do profissional executante	String (15)	SIM
19	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
20	Código CNES	Código CNES do contratado executante	String (7)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
21	Nome do profissional Executante	Nome do profissional Executante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 13 se referir a pessoa jurídica	String (70)	SIM
22	Número no CRO	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
23	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
24	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
Procedimentos Executados				
25	Tabela	Código identificador da tabela de codificação dos procedimentos	String (2)	SIM
26	Código do Procedimento	Código identificador do procedimento realizado	String (10)	SIM
27	Descrição	Descrição do procedimento realizado	String (70)	NÃO
28	Dente/Região	Identificação do dente permanente, decíduo ou região de acordo com a tabela de domínio	String (5)	NÃO
29	Face(s)	Identificação da face do dente segundo tabela de domínio.	String (5)	NÃO
30	Quantidade	Quantidade de procedimento realizado	Integer (2)	NÃO
31	Quantidade de US	Quantidade de US do procedimento realizado	Double (5,2)	NÃO
32	Valor	Valor do procedimento realizado em Reais	Double (5,2)	NÃO
33	Franquia / Co-participação	Valor da franquia / co-participação de acordo com o valor do procedimento em Reais	Double (5,2)	NÃO
34	Data de realização	Data em que o procedimento foi realizado.	DD/MM/AA	NÃO
35	Assinatura	Assinatura do beneficiário dando ciência da realização do procedimento descrito		NÃO
36	Data de Previsão Término do tratamento	Data do término do tratamento	DD/MM/AA	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
37	Tipo do atendimento	Tipo do atendimento descrito na referida guia. Pode assumir os valores: 1-Tratamento odontológico 2-Exame radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/emergência	String (1)	NÃO
38	Tipo Faturamento	Informa o tipo de faturamento realizado. Pode assumir os valores: 1-Total 2-Parcial	String (1)	NÃO
39	Total Quantidade US	Somatório da quantidade de US dos procedimentos realizados	Double (6,2)	NÃO
40	Valor Total R\$	Somatório do valor total em Reais dos procedimentos realizados	Double (6,2)	NÃO
41	Total Franquia / Co-participação R\$	Somatório do valor total em Reais dos procedimentos realizados	Double (6,2)	NÃO
42	Observações	Texto livre para observações em geral	String (240)	NÃO
43	Data, local e assinatura do cirurgião-dentista	Data, local e assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento		SIM
44	Data, local e assinatura do associado ou responsável	Data, local e assinatura do associado ou responsável		SIM
45	Data, local e carimbo da empresa	Carimbo identificador da empresa		NÃO

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

1.8. Guia Odontológica – Solicitação

Logo da Empresa	GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - SOLICITAÇÃO										2. Nº 123456789012																
1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha																							
Dados do Beneficiário																											
7 - Número da Carteira			8- Plano			9- Empresa			10 - Data Validade da Carteira			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde															
12 - Nome						13 - Telefone			14 - Nome do titular do plano																		
Dados do Contratado Solicitante																											
15 - Código na Operadora / CNPJ / CPF			16 - Nome do Contratado									17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CNES													
20 - Nome do Profissional Solicitante												21 - Número no CRO	22 - UF	23 - Código CBO S													
Situação Inicial																											
Situação inicial															24 - Sinais clínicos de doença periodontal?	25 - Alteração dos tecidos moles?											
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não									
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65														
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75														
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38											
Situação inicial															LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL												
															SITUAÇÃO INICIAL: A - Ausente E - Extração Indicada H - Higida C - Cariado R - Restaurado												
															26 - Observações												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																											
27-Tabela	28 - Código do Procedimento	29 - Descrição	30-Dente/Região	31-Face	32-Qtd	33-Quantidade US	34-Valor R\$	35-Franquia/Co-participação R\$	36-Aut																		
1-																											
2-																											
3-																											
4-																											
5-																											
6-																											
7-																											
8-																											
9-																											
10-																											
11-																											
12-																											
13-																											
14-																											
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.															37 - Total Quantidade US	38 - Valor Total R\$	39 - Total Franquia / Co-participação R\$										
40 - Observação																											
41 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista						42 - Data, local e Assinatura do Associado / Responsável						43-Data, local e Carimbo da Empresa															
____/____/____						____/____/____						____/____/____															

1.8.1. Legenda da Guia Odontológica – Solicitação

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia de solicitação	String (20)	SIM
3	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
4	Data da autorização	Data que a autorização foi concedida	DD/MM/AA	NÃO
5	Senha	Senha de autorização	String (20)	NÃO
6	Data Validade da Senha	Data de validade da senha	DD/MM/AA	NÃO
Dados do beneficiário				
7	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
8	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
9	Empresa	Nome da empresa a qual pertence o beneficiário	String (40)	NÃO
10	Data Validade da carteira	Data da Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
12	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
13	Telefone	Número do telefone para contato do beneficiário	String (8)	NÃO
14	Nome titular do plano	Nome do titular do plano	String (40)	NÃO
Dados do contratado solicitante				
15	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do solicitante	String (14)	SIM
16	Nome do contratado	Nome do profissional solicitante	String (70)	SIM
17	Número no CRO	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
18	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
19	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	String (7)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
20	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 13 se referir a pessoa jurídica	String (70)	SIM
21	Número no CRO	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
22	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
23	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
Situação inicial				
		Preencher de situação inicial com informações de preenchimento de acordo com a tabela de domínio constante na guia		
24	Sinais clínicos de doença periodontal?	Indicador de sinais clínicos aparentes de doenças periodontais	String (1)	NÃO
25	Alteração dos tecidos moles?	Indicador de alteração dos tecidos moles aparente	String (1)	NÃO
26	Observações	Texto livre de observação sobre a situação inicial do paciente	String (240)	NÃO
Plano de tratamento / Procedimentos solicitados				
27	Tabela	Código identificador da tabela de codificação dos procedimentos	String (2)	SIM
28	Código do Procedimento	Código identificador do procedimento solicitado	String (10)	SIM
29	Descrição	Descrição do procedimento solicitado	String (70)	NÃO
30	Dente / Região	Identificação do dente permanente, decíduo ou região, segundo tabela de domínio	String (4)	NÃO
31	Face(s)	Identificação da face do dente segundo tabela de domínio constante na própria guia	String (5)	NÃO
32	Quantidade	Quantidade solicitada do procedimento	Integer (2)	NÃO
33	Quantidade de US	Quantidade de US do procedimento solicitado	Double (5,2)	NÃO
34	Valor R\$	Valor em Reais do procedimento solicitado	Double (5,2)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
35	Franquia / Co-participação R\$	Valor em Reais da franquia / co-participação de acordo com o valor do procedimento solicitado	Double (5,2)	NÃO
36	Aut	Indicador de existência de autorização para o procedimento solicitado	String (1)	NÃO
37	Total Quantidade US R\$	Somatório da quantidade de US dos procedimentos solicitados	Double (6,2)	NÃO
38	Valor Total R\$	Somatório do valor total em Reais dos procedimentos solicitados	Double (6,2)	NÃO
39	Total Franquia / Co-participação R\$	Somatório do valor total em Reais de franquia/co-participação com base nos procedimentos solicitados	Double (6,2)	NÃO
40	Observação	Texto livre para observações em geral	String (240)	NÃO
41	Data e assinatura do cirurgião-dentista	Data e assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento		SIM
42	Data e assinatura do associado ou responsável	Data e assinatura do associado ou responsável		SIM
43	Data e carimbo da empresa	Carimbo identificador da empresa		NÃO

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

2. Documentos preenchidos pelas Operadoras e encaminhados aos Prestadores

2.1. Demonstrativo de Análise de Conta Médica

DEMONSTRATIVO DE ANÁLISE DA CONTA MÉDICA

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

2.1.1. Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta Médica

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

		um mesmo protocolo.		
16	Número da guia / Senha	Número identificador das guias que compõem o lote	String (20)	SIM
17	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário dos serviços prestados	String (70)	NÃO
18	Código do beneficiário	Código identificador do beneficiário na operadora	String (20)	SIM
19	Data realização	Data de realização do serviço	DD/MM/AAAA	SIM
20	Descrição do serviço	Descrição do serviço realizado	String (70)	NÃO
21	Código Tabela	Código identificador da tabela de valoração	String (2)	NÃO
22	Código Serviço	Código identificador do serviço realizado	String (20)	NÃO
23	Grau de participação	Código da posição do profissional na equipe	String (2)	NÃO
24	Qtde executa	Quantidade executada do serviço	Integer (3)	SIM
25	Valor processado	Valor usado como base para o processamento de valores	Double (9,2)	SIM
26	Valor liberado	Valor liberado previsto para pagamento pela operadora sem impostos	Double (9,2)	SIM
27	Valor glosa	Valor glosado pela operadora	Double (9,2)	SIM
28	Código glosa	Código da glosa (N valores para um mesmo procedimento)	String (4)	NÃO
29	Valor processado guia	Valor total usado como base para o	Double (9,2)	SIM

		processamento de valores na guia		
30	Valor liberado guia	Valor total previsto para pagamento pela operadora nesta guia sem impostos	Double (9,2)	SIM
31	Valor glosa guia	Valor total glosada pela operadora na guia	Double (9,2)	NÃO
32	Código Glosa Guia	Código de glosa de guia (N valores para uma mesma guia)	String (4)	NÃO
33	Valor processado fatura	Valor total usado como base para o processamento de valores na fatura	Double (9,2)	SIM
34	Valor liberado fatura	Valor total previsto para pagamento pela operadora na fatura sem impostos	Double (9,2)	SIM
35	Valor glosa fatura	Valor total glosado pela operadora no lote	Double (9,2)	NÃO
36	Valor processado geral	Valor total do Demonstrativo usado como base para o processamento de valores da fatura	Double (9,2)	SIM
37	Valor liberado geral	Valor total do Demonstrativo liberado para pagamento pela operadora no lote sem impostos	Double (9,2)	SIM
38	Valor glosa geral	Valor total do Demonstrativo glosado pela operadora no lote	Double (9,2)	NÃO

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

2.2. Demonstrativo de Pagamento

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

2.2.1. Legenda de Demonstrativo de Pagamento

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
Dados da operadora				
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Nome da operadora	Nome da operadora	String (70)	SIM
3	CNPJ operadora	Número CNPJ da operadora	String (14)	SIM
4	Número do demonstrativo	Número identificador do demonstrativo	String (12)	SIM
5	Data emissão do demonstrativo	Data de emissão do demonstrativo	DD/MM/AAAA	SIM
Dados do prestador				
6	Código Prestador/CNPJ/CPF	Código identificador do prestador na operadora ou identificador de pessoa física ou pessoa jurídica	String (14)	SIM
7	Nome do Prestador	Nome do prestador	String (70)	SIM
8	Código CNES	Código do Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde	String (7)	SIM, se prestador hospitalar
Dados do pagamento				
9	Data do pagamento	Data para previsão do pagamento	DD/MM/AAAA	SIM
10	Forma de pagamento	Indicador da forma que o pagamento se realizará. 1- Crédito em conta 2- Carteira 3- Boleto bancário	Integer (1)	SIM
11	Banco	Código identificador do banco no qual prestador receberá a fatura	String (10)	Obrigatório quando o campo 10 for 1 = Crédito em Conta
12	Agência	Código da agência na qual o prestador receberá a fatura	String (10)	Obrigatório quando o campo 10 for 1 =

				Crédito em Conta
13	Número da conta / Cheque	Número da conta corrente na qual o prestador receberá a fatura. No caso de pagamentos em cheque informar número do mesmo.	String (20)	NÃO

Dados do resumo

14	Número da fatura	Número do documento fiscal	String (12)	NÃO
15	Número do Lote	Número identificador do lote. O lote é um número que identifica um conjunto de guias para o prestador, enviado através das mensagens eletrônicas à Operadora.	String (12)	SIM
16	Data de envio do lote	Data de envio do lote pelo prestador.	DD/MM/AAAA	SIM
17	Número do protocolo	Número do protocolo de recebimento do lote.	String (12)	SIM
18	Valor informado	Valor informado na fatura	Double (9,2)	SIM
19	Valor processado	Valor processado na fatura pela operadora	Double (9,2)	SIM
20	Valor liberado	Valor liberado para pagamento pela operadora	Double (9,2)	SIM
21	Valor da glosa	Valor da glosa	Double (9,2)	SIM
22	Total geral valor informado (R\$)	Total geral valor informado (R\$)	Double (9,2)	SIM
23	Total geral valor processado (R\$)	Total geral valor processado (R\$)	Double (9,2)	SIM
24	Total geral valor liberado (R\$)	Total geral valor liberado (R\$)	Double (9,2)	SIM
25	Total geral glosa (R\$)	Total geral glosa (R\$)	Double (9,2)	SIM
26	Total valor	Total valor liberado = Geral valor liberado - total geral de glosas sem considerar	Double (9,2)	SIM

		valores de impostos e demais descontos.		
27	Demais descontos ou créditos	Demais descontos ou créditos a serem debitados ou creditados ao valor liberado. Itens devem estar devidamente descritos e valorados linha a linha.	String (70) para descrição Double (9,2) para valores	SIM
28	Total valor liberado	Total valor subtraído de todos os descontos. Valor final do demonstrativo.	Double (9,2)	SIM

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

2.3. Guia Odontológica – Demonstrativo de Pagamento

Logo da Operadora	GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO				2- Nº	123456789012				
1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - CNPJ Operadora	5 - Período de Processamento _____/_____/______ à _____/_____/______							
Dados do Prestador		6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado	8 - CPF / CNPJ Contratado					
Dados do Pagamento		9 - Número do Lote	10 - Código do Beneficiário	11 -Nome do Beneficiário	12 - Número da Guia					
13-Tabela	14- Código do Procedimento	15 - Descrição	16-Dente/Região	17-Face	18-Data de Realização	19-Qtd	20.Valor Processado (R\$)	21-Valor Glosa/Estarne (R\$)	22-Valor Liberado R\$	23-Motivo da Glosa
1 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
11 - _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
12-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
13-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
14-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
15-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
24 - Valor Total Processado Guia (R\$) 25 - Valor Total Glosa Guia (R\$) 26 - Valor Total Liberado Guia (R\$)										
Total Lote										
27 - Valor Total Processado Lote (R\$) 28 - Valor Total Glosa Lote (R\$) 29 - Valor Total Liberado Lote (R\$)										
Demais descontos										
30 - Descrição	31-Valor Desconto (R\$) _____ _____ _____ _____ _____ _____									
Total Geral	32 - Data do Pagamento _____/_____/_____ 33 - Valor Geral Processado (R\$) 34 - Valor Geral Glosa (R\$) 35 - Valor Geral Liberado (R\$) _____ _____									

Legenda da Guia Odontológica – Demonstrativo de Pagamento

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número do demonstrativo	Número identificador do demonstrativo de pagamento	String (20)	SIM
3	Nome da Operadora	Razão social da operadora que está emitindo o demonstrativo de pagamento	String (70)	SIM
4	CNPJ Operadora	Código Nacional de Pessoa Jurídica da operadora que está emitindo o demonstrativo de pagamento	String (14)	SIM
5	Período de processamento	Data inicial e data final do período descrito pelo demonstrativo de pagamento	DD/MM/AA	NÃO
Dados do prestador				
6	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do prestador	String (14)	NÃO
7	Nome Contratado	Razão social ou nome do prestador	String (70)	SIM
8	CPF / CNPJ do Prestador	Código de Pessoa Física ou Código Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade	String (14)	SIM
Dados do pagamento				
9	Número do lote	Número identificador do lote da guia	String (12)	NÃO
10	Código do beneficiário	Código identificador do beneficiário do plano privado odontológico	String (20)	SIM
11	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
12	Número da guia	Número da guia	String (12)	SIM
13	Tabela	Código identificador da tabela de codificação dos procedimentos	String (2)	SIM
14	Código do Procedimento	Código identificador do procedimento realizado	String (10)	SIM
15	Descrição	Descrição do procedimento realizado	String (70)	NÃO
16	Dente/Região	Identificação dos dentes permanentes, decíduos ou região de acordo com a tabela de domínio	String (5)	NÃO

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
17	Face(s)	Identificação da face do dente constante no campo 16 de acordo com tabela de domínio.	String (4)	NÃO
18	Data de realização	Data da realização do procedimento realizado	DD/MM/AA	SIM
19	Qtd	Quantidade realizada do procedimento realizado	Integer (2)	SIM
20	Valor processado	Valor processado sobre o procedimento realizado	Double (5,2)	SIM
21	Valor glosa/estorno	Valor de estorno ou glosa em cima de um determinado procedimento	Double (5,2)	NÃO
22	Valor liberado	Valor liberado para o procedimento realizado levando-se em conta o valor do estorno/glosa	Double (5,2)	SIM
23	Motivo glosa	Motivo da glosa. Pode haver mais de um código para cada procedimento.	String (4)	NÃO
24	Valor total processado guia	Valor final em Reais processado por guia	Double (7,2)	SIM
25	Valor total glosa guia	Somatório do valor glosa/protocolo em Reais da guia	Double (7,2)	SIM
26	Valor Total Liberado guia	Somatório do valor total em Reais dos itens da guia levando-se em conta os descontos de glosa/estorno	Double (7,2)	NÃO
Total lote				
27	Valor total processado lote	Valor final em Reais processado por lote	Double (7,2)	NÃO
28	Valor total glosa lote	Somatório do valor glosa/protocolo em Reais do lote	Double (7,2)	NÃO
29	Valor Total Liberado lote	Somatório do valor total em Reais dos itens do lote levando-se em conta os descontos de glosa/estorno	Double (7,2)	NÃO
Demais descontos (preenchimento opcional)				
30	Descrição	Descrição do tipo de desconto realizado. A descrição deve ser obrigatória e clara	String (40)	SIM
31	Valor desconto	Valor em Reais do desconto realizado	Double (5,2)	SIM
Total Geral				
32	Data do pagamento	Data do pagamento ou previsão para pagamento	DD/MM/AA	NÃO

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
33	Valor Geral Processado (R\$)	Valor geral em Reais processado incluindo todos os lotes que fazem parte do demonstrativo de pagamento	Double (5,2)	SIM
34	Valor Geral Glosa (R\$)	Valor geral em Reais de glosa/estorno incluindo todos os lotes que fazem parte do demonstrativo de pagamento	Double (5,2)	SIM
35	Valor Geral Liberado (R\$)	Valor geral em Reais liberado para pagamento incluindo todos os lotes que fazem parte do demonstrativo de pagamento	Double (5,2)	SIM

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

3. Tabelas de Domínio

3.1. Tipo de logradouro

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

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

Código	Descrição
469	Porto
470	Balão
471	Paradouro
472	Área
473	Jardinete
474	Esplanada
475	Quintas
476	Rotula
477	Marina
478	Descida
479	Circular
480	Unidade
481	Chácara
482	Rampa
483	Ponta
484	Via de pedestre
485	Condomínio
486	Habitacional
487	Residencial
495	Canal
496	Buraco
497	Módulo
498	Estância
499	Lago
500	Núcleo
501	Aeroporto
502	Passagem Subterrânea
503	Complexo Viário
504	Praça de Esportes
505	Via Elevada
506	Rotatória
507	1ª Travessa
508	2ª Travessa
509	3ª Travessa
510	4ª Travessa
511	5ª Travessa
512	6ª Travessa
513	7ª Travessa
514	8ª Travessa
515	9ª Travessa
516	10ª Travessa
517	11ª Travessa
518	12ª Travessa

Código	Descrição
519	13ª Travessa
520	14ª Travessa
521	15ª Travessa
522	16ª Travessa
523	1º Alto
524	2º Alto
525	3º Alto
526	4º Alto
527	5º Alto
528	1º Beco
529	2º Beco
530	3º Beco
531	4º Beco
532	5º Beco
533	1ª Paralela
534	2ª Paralela
535	3ª Paralela
536	4ª Paralela
537	5ª Paralela
538	1ª Subida
539	2ª Subida
540	3ª Subida
541	4ª Subida
542	5ª Subida
543	6ª Subida
544	1ª Vila
545	2ª Vila
546	3ª Vila
547	4ª Vila
548	5ª Vila
549	1º Parque
550	2º Parque
551	3º Parque
552	1ª Rua
553	2ª Rua
554	3ª Rua
555	4ª Rua
556	5ª Rua
557	6ª Rua
558	7ª Rua
559	8ª Rua
560	9ª Rua
561	10ª Rua

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

3.2. Conselho profissional

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

3.3. Tipo de internação

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

3.4. Regime de Internação

Código	Descrição
1	Hospitalar
2	Hospital-dia
3	Domiciliar

3.5. Tabelas

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

3.6. Tipo de consulta

Código	Descrição
1	Primeira Consulta
2	Seguimento
3	Pré-natal

3.7. Tipo de doença

Código	Descrição
A	Aguda

Código	Descrição
C	Crônica

3.8. Unidade de tempo de doença referida pelo paciente

Código	Descrição
A	Anos
M	Meses
D	Dias

3.9. Indicador de Acidente

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

3.10. Tipo de atendimento

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

3.11. Tipo de saída na Guia de SP/SADT

Código	Descrição
1	Retorno
2	Retorno SADT
3	Referência

Código	Descrição
4	Internação
5	Alta
6	Óbito

3.12. Tipo de saída na guia de consulta

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

3.13. Tipo de acomodação

Código	Descrição
01	Enfermaria
02	Quarto particular
03	UTI
04	Enfermaria dois leitos
05	One Day clinic
06	Unidade intermediaria
07	Apartamento
08	Ambulatório
11	Apartamento luxo
12	Apartamento Simples
13	Apartamento Standard
14	Apartamento Suíte
15	Apartamento com alojamento conjunto
21	Berçário normal
22	Berçário patológico / prematuro
23	Berçário patológico com isolamento
31	Enfermaria (3 leitos)
32	Enfermaria (4 ou mais leitos)
33	Enfermaria com alojamento conjunto
34	Hospital Dia

Código	Descrição
35	Isolamento
41	Quarto Coletivo (2 leitos)
42	Quarto privativo
43	Quarto com alojamento conjunto
51	UTI Adulto
52	UTI Pediátrica
53	UTI Neo-Natal
54	TSI - Unidade de Terapia semi-Intensiva
55	Unidade coronariana
61	Outras diárias

3.14. Motivo de saída da internação

Código	Descrição
Em caso de alta	
10	Para complementação em internação domiciliar
11	Curado
12	Melhorado
13	Inalterado
14	A pedido
15	Internado para diagnóstico
16	Administrativa
17	Por indisciplina
18	Por evasão
19	Para completar tratamento
Em caso de permanência	
21	Por características da doença
22	Por intercorrência
23	Por motivo social
24	Por doença crônica
25	Por impossibilidade de convívio sócio-familiar
Em caso de transferência	
31	Para tisiologia
32	Para psiquiatria
33	Para clínica médica
34	Para cirurgia

35	Para obstetrícia
36	Para berçário
37	Para pediatria
38	Para isolamento
39	Para outros (CTI, radioterapia, etc)
Em caso de óbito com necrópsia	
41	Até 24 horas da internação
43	Ocorreu após 48 horas da internação
44	Óbito de parturiente, com necrópsia, com permanência do recém-nascido
45	De 24 ate 48h de internação, paciente chegou agônico
46	De 24 ate 48h de internação, paciente não chegou agônico
Em caso de óbito sem necrópsia	
51	Nas primeiras 48 horas, chegou agônico
52	Nas primeiras 48 horas, não chegou agônico
53	Ocorreu após 48 horas de internação
54	Óbito de parturiente, com necrópsia, com permanência do recém-nascido
Em caso de reoperação	
61	Em politraumatizado c/menos 24hs da 1ª Cirurgia
62	Em politraumatizado 24 a 48hs após 1ª Cirurgia
63	Em politraumatizado 48 a 72hs após 1ª Cirurgia
64	Em politraumatizado acima 72hs após 1ª Cirurgia
65	Em cirurgia de emergência c/menos 24hs após 1ª Cirurgia
66	Em cirurgia de emergência 24 a 48hs após 1ª Cirurgia
67	Em cirurgia de emergência 48 a 72hs após 1ª Cirurgia
68	Em cirurgia emergência acima 72h após 1ª cirurgia
69	Alta da parturiente com permanência do recém-nascido
Em caso de alta da parturiente com permanência do recém nascido	
71	Em caso de alta da parturiente com permanência do recém nascido

3.15. Óbito em mulher

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

3.16. Tipo de Faturamento

Código	Descrição
T	Total
P	Parcial

3.17. Via de acesso

Código	Descrição
U	Única
M	Mesma via
D	Diferentes vias

3.18. Técnica utilizada

Código	Descrição
C	Convencional
V	Videolaparoscopia

3.19. Grau de participação

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

12	Clínico
13	Intensivista

3.20. Faces do dente

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

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

3.21. Situação Inicial

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

3.22. Regiões

Código	Descrição
AS	Arco Superior
AI	Arco Inferior
HASD	Hemi-Arco Superior Direito
HASE	Hemi-Arco Superior Esquerdo
HAID	Hemi-Arco Inferior Direito
HAIE	Hemi-Arco Inferior Esquerdo
ASAI	Arcadas Superiores e inferiores
S1	Sextante superior posterior direito
S2	Sextante superior anterior
S3	Sextante superior posterior esquerdo
S4	Sextante inferior posterior esquerdo

S5	Sextante inferior anterior
S6	Sextante inferior posterior direito
LG	Língua
LA	Lábio
CL	Comissura labial
AB	Assoalho de boca
PA	Palato
MJ	Mucosa jugal
PD	Palato duro
PM	Palato mole
RM	Região retromolar
MA	Mucosa alveolar
GI	Gengiva inserida
PT	Parótida
TP	Tonsilas palatinas

3.23. Dentes

Código	Descrição
11	Incisivo Central Superior Direito
12	Incisivo Lateral Superior Direito
13	Canino Superior Direito
14	Primeiro Pré-molar Superior Direito
15	Segundo Pré-molar Superior Direito
16	Primeiro Molar Superior Direito
17	Segundo Molar Superior Direito
18	Terceiro Molar Superior Direito
21	Incisivo Central Superior Esquerdo
22	Incisivo Lateral Superior Esquerdo
23	Canino Superior Esquerdo
24	Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo
25	Segundo Pré-molar Superior Esquerdo
26	Primeiro Molar Superior Esquerdo
27	Segundo Molar Superior Esquerdo
28	Terceiro Molar Superior Esquerdo
31	Incisivo Central Inferior Esquerdo
32	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
33	Canino Inferior Esquerdo

34	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
35	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
36	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
37	Segundo Molar Inferior Esquerdo
38	Terceiro Molar Inferior Esquerdo
41	Incisivo Central Inferior Esquerdo
42	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
43	Canino Inferior Esquerdo
44	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
45	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
46	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
47	Segundo Molar Inferior Esquerdo
48	Terceiro Molar Inferior Esquerdo
51	Incisivo Central Superior Direito
52	Incisivo Lateral Superior Direito
53	Canino Superior Direito
54	Primeiro Molar Superior Direito
55	Segundo Molar Superior Direito
61	Incisivo Central Superior Esquerdo
62	Incisivo Lateral Superior Esquerdo
63	Canino Superior Esquerdo
64	Primeiro Molar Superior Esquerdo
65	Segundo Molar Superior Esquerdo
99	Dente Extra-numerário

3.24. Status do protocolo

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

3.25. CBO-S (especialidade)

Código	Descrição
06158	Médico acupunturista

06133	Médico alergista/imunologista
06114	Médico anatomoatopatologista
06115	Médico anestesista
06175	Médico angiologista
06116	Médico broncoesofalogista
06159	Médico cancerologista
06117	Médico cardiologista
06120	Médico cirurgião cardiovascular
06161	Médico cirurgião de mão
06146	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
06163	Médico cirurgião do aparelho digestivo
06112	Médico cirurgião pediátrico
06180	Médico cirurgião plástico
06154	Médico cirurgião torácico
06118	Médico cirurgião vascular
06110	Médico cirurgião em geral
06153	Médico citopatologista
06177	Médico de medicina esportiva
06113	Médico de perícias médicas
06141	Médico de saúde da família
06119	Médico dermatologista
06122	Médico do trabalho
06125	Médico endocrinologista
06127	Médico endoscopista
06128	Médico fisiatria
06123	Médico gastroenterologista
06143	Médico geneticista clínico
06151	Médico geral comunitário
06134	Médico geriatra
06132	Médico ginecologista
06149	Médico ginecologista / obstetra
06136	Médico hansenologista
06124	Médico hematologista
06148	Médico homeopata
06135	Médico hemoterapeuta
06144	Médico infectologista
06166	Médico intensivista
06137	Médico legista
06139	Médico mastologista

06138	Médico nefrologista
06131	Médico neurocirurgião
06142	Médico neurologista
06126	Médico nuclear
06145	Médico obstetra
06147	Médico oftalmologista
06168	Médico oncologista cirúrgico
06129	Médico oncologista clínico
06121	Médico oncologista pediátrico
06150	Médico ortopedista
06152	Médico otorrinolaringologista
06172	Médico patologista clínico
06155	Médico pediatra
06164	Médico plantonista
06157	Médico pneumotisiologista
06160	Médico proctologista
06162	Médico psiquiatra
06165	Médico radiologista
06167	Médico radioterapeuta
06130	Médico reumatologista
06140	Médico sanitarista
06156	Médico ultrasonografista
06170	Médico urologista
06105	Médico em geral (clínico geral)
06190	Outros médicos
07915	Acupunturista
07310	Assistente social em geral
05250	Bacteriologista
05110	Biólogo em geral (biólogo biomédico)
05230	Bioquímico
06340	Cirurgião dentista (endodontia)
06350	Cirurgião dentista (patologia bucal)
06355	Cirurgião dentista (pediatria)
06370	Cirurgião dentista (periodontia)
06360	Cirurgião dentista (prótese)
06365	Cirurgião dentista (radiologia)
06330	Cirurgião dentista (saúde pública)
06335	Cirurgião dentista (traumatologia buco maxilo facial)
06345	Cirurgião dentista (ortodontia)

06310	Cirurgião dentista em geral
07110	Enfermeiro, em geral
07111	Enfermeiro do PACS
07112	Enfermeiro do PSF
07155	Enfermeiro de terapia intensiva
07150	Enfermeiro de centro cirúrgico
07140	Enfermeiro do trabalho
07110	Enfermeiro em geral
07145	Enfermeiro obstetra
07165	Enfermeiro psiquiátrico
07160	Enfermeiro peuricultor e pediátrico
07130	Enfermeiro sanitaria
06710	Farmacêutico em geral
05270	Farmacologista
01280	Físico nuclear
07620	Fisioterapeuta
07914	Foniatra
07925	Fonoaudiólogo
06510	Médico veterinário em geral
06810	Nutricionista em geral
07525	Ortoptista
07530	Ótico
05290	Outros bacteriologistas e trabalhadores assemelhados
04945	Pedagogo
07410	Psicólogo em geral
07550	Técnico em orientação e mobilidade de cegos e deficientes visuais
07630	Terapeuta ocupacional
07690	Terapeutas em geral (outros terapeutas)
06540	Zootecnista
19998	Outros profissionais de nível superior
31120	Agente Administrativo

3.26. Glosas

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Elegibilidade	1001	Número da carteira inválido
Elegibilidade	1002	Número do Cartão Nacional de Saúde inválido

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Elegibilidade	1003	A admissão do Beneficiário no prestador ocorreu antes da inclusão do Beneficiário na Operadora
Elegibilidade	1004	Solicitação Anterior à Inclusão do Beneficiário
Elegibilidade	1005	Atendimento anterior à inclusão do Beneficiário
Elegibilidade	1006	Atendimento após o desligamento do Beneficiário
Elegibilidade	1007	Atendimento dentro da carência do Beneficiário
Elegibilidade	1008	Assinatura divergente
Elegibilidade	1009	Beneficiário com pagamento em aberto
Elegibilidade	1010	Assinatura do Titular / Responsável inexistente
Elegibilidade	1011	Identificação do beneficiário não consistente
Elegibilidade	1012	Serviço Profissional Hospitalar não é coberto pelo plano do beneficiário
Elegibilidade	1013	Cadastro do beneficiário com problemas
Elegibilidade	1014	Beneficiário com data de exclusão
Elegibilidade	1015	Idade do Beneficiário acima idade limite
Elegibilidade	1016	Beneficiário com atendimento suspenso
Elegibilidade	1017	Data Validade da Carteira Vencida
Elegibilidade	1018	Empresa do beneficiário suspensa / excluída
Elegibilidade	1019	Família do Beneficiário com atendimento suspenso
Elegibilidade	1020	Via de Cartão do Beneficiário Cancelada
Elegibilidade	1021	Via de Cartão do Beneficiário não liberada
Elegibilidade	1022	Via de Cartão do beneficiário não compatível
Elegibilidade	1023	Nome do titular inválido
Elegibilidade	1024	Plano não existente
Elegibilidade	1099	Outros
Protocolo	1101	Quantidade de Guias informadas no Protocolo diferente das cadastradas
Protocolo	1102	Protocolo é de re-apresentação
Protocolo	1103	Protocolo não é de reapresentação
Protocolo	1104	Valor total do protocolo diferente do valor total das guias
Protocolo	1199	Outros
Prestador	1201	Atendimento fora da vigência do contrato com o credenciado
Prestador	1202	Número do CNES inválido
Prestador	1203	Código Prestador inválido
Prestador	1204	Admissão anterior à inclusão do credenciado na rede
Prestador	1205	Admissão após o desligamento do credenciado da rede
Prestador	1206	CPF / CNPJ inválido
Prestador	1207	Credenciado não pertence à Rede Credenciada
Prestador	1208	Solicitação anterior à inclusão do Credenciado
Prestador	1209	Solicitação após o desligamento do Credenciado
Prestador	1210	Solicitante Credenciado não cadastrado
Prestador	1211	Assinatura / Carimbo do Credenciado inexistente
Prestador	1212	Atendimento / Referência fora da vigência do contrato do prestador
Prestador	1213	CBO-S (especialidade) inválido

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Prestador	1214	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento
Prestador	1215	Credenciado fora da abrangência geográfica do plano
Prestador	1216	Especialidade não cadastrada
Prestador	1217	Especialidade não cadastrada para o prestador
Prestador	1299	Outros
Guia	1301	Tipo Guia inválido
Guia	1302	Código Tipo Guia Principal e Número Guias Incompatíveis
Guia	1303	Não existe o Número Guia Principal informado
Guia	1304	Cobrança em guia indevida
Guia	1305	Item pago em outra Guia
Guia	1306	Não existe Número Guia Principal e/ou Código Guia Principal
Guia	1307	Número da guia inválido
Guia	1308	Guia já apresentada
Guia	1309	Procedimento contratado não está de acordo com o tipo de guia utilizado
Guia	1310	Serviço do tipo cirúrgico e invasivo. Equipe médica não informada na guia
Guia	1311	Prestador executante não informado
Guia	1312	Prestador contratado não informado
Guia	1313	Guia com rasura
Guia	1314	Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado.
Guia	1315	Guia sem data do ato cirúrgico.
Guia	1316	Guia com local de atendimento preenchido incorretamente.
Guia	1317	Guia sem data do atendimento
Guia	1318	Guia com código de serviço preenchido incorretamente.
Guia	1319	Guia sem assinatura do assistido.
Guia	1320	Identificação do assistido incompleta
Guia	1321	Validade da guia expirada
Guia	1399	Outros
Autorização / Solicitação	1401	Acomodação não autorizada
Autorização / Solicitação	1402	Procedimento não autorizado
Autorização / Solicitação	1403	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento
Autorização / Solicitação	1404	Não existe guia de autorização relacionada
Autorização / Solicitação	1405	Data de Validade da Senha é anterior a Data do Atendimento
Autorização / Solicitação	1406	Número da Senha informado diferente do liberado
Autorização / Solicitação	1407	Serviço solicitado não possui cobertura

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Autorização / Solicitação	1408	Quantidade Serviço Solicitada acima da Autorizada
Autorização / Solicitação	1409	Quantidade Serviço solicitada acima coberta
Autorização / Solicitação	1410	Serviço solicitado em Carência
Autorização / Solicitação	1411	Solicitante não Informado
Autorização / Solicitação	1412	Problemas no sistema autorizador
Autorização / Solicitação	1413	Acomodação não possui cobertura
Autorização / Solicitação	1414	Data de validade da senha expirada
Autorização / Solicitação	1415	Procedimento não autorizado para o Beneficiário
Autorização / Solicitação	1416	Solicitante não Cadastrado
Autorização / Solicitação	1417	Solicitante não habilitado
Autorização / Solicitação	1418	Solicitante suspenso
Autorização / Solicitação	1419	Serviço solicitado já autorizado
Autorização / Solicitação	1420	Serviço solicitado fora da cobertura
Autorização / Solicitação	1421	Serviço solicitado é de pré-existência
Autorização / Solicitação	1422	Especialidade não cadastrada para o Solicitante
Autorização / Solicitação	1423	Quantidade solicitada acima da quantidade permitida
Autorização / Solicitação	1424	Quantidade autorizada acima da quantidade permitida
Autorização / Solicitação	1425	Necessita pré-autorização da empresa
Autorização / Solicitação	1426	Não autorizado pela auditoria médica
Autorização / Solicitação	1427	Necessidade de auditoria médica
Autorização / Solicitação	1428	Falta de autorização da empresa de conectividade
Autorização / Solicitação	1429	CBO-S (especialidade) não autorizado a realizar o serviço
Autorização / Solicitação	1499	Outros
Diagnóstico	1501	Tempo de Evolução da doença Inválido
Diagnóstico	1502	Tipo de Doença inválido
Diagnóstico	1503	Indicador de Acidente Inválido

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Diagnóstico	1504	Caráter de Internação Inválido
Diagnóstico	1505	Regime da internação inválido
Diagnóstico	1506	Tipo de Internação Inválido
Diagnóstico	1507	Urgência não aplicável
Diagnóstico	1508	Código CID não Informado
Diagnóstico	1509	Código CID inválido
Diagnóstico	1599	Outros
Atendimento	1601	Reincidência no atendimento
Atendimento	1602	Tipo de atendimento inválido ou não informado
Atendimento	1603	Tipo de consulta inválido
Atendimento	1604	Tipo de saída inválido
Atendimento	1605	Intervenção anterior a Admissão
Atendimento	1606	Final da Intervenção anterior ao Início da Intervenção
Atendimento	1607	Alta Hospitalar anterior ao Final da Intervenção
Atendimento	1608	Alta anterior à data de internação
Atendimento	1609	Motivo Saída Inválido
Atendimento	1610	Óbito Mulher Inválido
Atendimento	1611	Intervenção anterior a Internação
Atendimento	1612	Serviço não pode ser realizado no local especificado
Atendimento	1613	Consulta não autorizada
Atendimento	1614	Serviço ambulatorial não autorizado
Atendimento	1615	Internação não autorizada
Atendimento	1699	Outros
Regra de Valorização	1701	Cobrança fora do prazo de validade
Regra de Valorização	1702	Cobrança de procedimento em duplicidade
Regra de Valorização	1703	Horário do atendimento não está na faixa de urgência/emergência
Regra de Valorização	1704	Valor cobrado superior ao acordado em pacote
Regra de Valorização	1705	Valor apresentado a maior
Regra de Valorização	1706	Valor apresentado a menor
Regra de Valorização	1707	Não existe informação sobre a tabela que será utilizada na Valoração. Verifique o Contrato do Prestador
Regra de Valorização	1708	Não existe valor para o procedimento realizado
Regra de Valorização	1709	Falta prescrição médica
Regra de Valorização	1710	Falta visto da Enfermagem
Regra de Valorização	1711	Procedimento pertence a um pacote acordado e já cobrado

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Regra de Valorização	1712	Assinatura do Médico responsável pelo exame inexistente
Regra de Valorização	1713	Faturamento Inválido
Regra de Valorização	1714	Valor do serviço superior ao valor de tabela
Regra de Valorização	1715	Valor do serviço inferior ao valor de tabela
Regra de Valorização	1716	Percentual de redução/acríscimo fora dos valores definidos em tabela
Regra de Valorização	1799	Outros
Procedimento	1801	Procedimento inválido
Procedimento	1802	Procedimento incompatível com o sexo do Beneficiário
Procedimento	1803	Idade do Beneficiário incompatível com o Procedimento
Procedimento	1804	Número de dias liberados / sessões autorizadas não informadas
Procedimento	1805	Valor total do procedimento diferente do Valor Processado
Procedimento	1806	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
Procedimento	1807	Procedimentos médicos duplicados
Procedimento	1808	Procedimento não conforme com CID
Procedimento	1809	Cobrança de procedimento não executado
Procedimento	1810	Cobrança de procedimento não solicitado pelo médico
Procedimento	1811	Procedimento sem registro de execução
Procedimento	1812	Cobrança de procedimento não correlacionado ao relatório específico
Procedimento	1813	Cobrança de procedimento sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Procedimento	1814	Cobrança de procedimento com data de autorização posterior à do atendimento.
Procedimento	1815	Procedimento não autorizado
Procedimento	1816	Cobrança de procedimento em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Procedimento	1817	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
Procedimento	1818	Cobrança de procedimento que exige autorização prévia
Procedimento	1819	Cobrança de procedimento com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Procedimento	1820	Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Procedimento	1821	Cobrança de procedimento não compatível com a idade.
Procedimento	1822	Cobrança de procedimento com ausência de resultado ou laudo técnico.
Procedimento	1823	Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Procedimento	1824	Procedimento cobrado não corresponde ao exame executado
Procedimento	1825	Cobrança de procedimento ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Procedimento	1899	Outros
Diária	1901	Acomodação inválida
Diária	1901	Acomodação informada não está de acordo com acomodação contratada
Diária	1902	Permanência hospitalar incompatível com a evolução clínica
Diária	1903	Permanência hospitalar incompatível com o procedimento autorizado
Diária	1904	Quantidade de diárias deve ser maior que zero
Diária	1905	Acomodação não informada
Diária	1906	Quantidade UTI não prevista para procedimento
Diária	1907	Usuário não possui cobertura de UTI
Diária	1908	Acomodação não autorizada
Diária	1909	Cobrança de diárias em locais de acomodações diferentes, no mesmo dia.
Diária	1910	Permanência hospitalar para investigação injustificada.
Diária	1911	Evolução clínica não compatível com a permanência em UTI.
Diária	1912	Código de diária incompatível com o local de atendimento.
Diária	1913	Cobrança de diária em quantidade incompatível com a permanência hospitalar.
Diária	1914	Mudança de acomodação sem comunicação ao paciente, familiar ou acompanhante, ou sem solicitação destes.
Diária	1915	Cobrança de diárias de UTI incompatível com diagnóstico e evolução clínica.
Diária	1999	Outros
Material	2001	Material inválido
Material	2002	Material sem cobertura para atendimento ambulatorial
Material	2003	Material não especificado
Material	2004	Material sem nota fiscal do fornecedor
Material	2005	Quantidade de material deve ser maior que zero
Material	2006	Material informado não coberto

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Material	2007	Cobrança de material em quantidade incompatível com a permanência.
Material	2008	Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado.
Material	2009	Quantidade de material superior a quantidade coberta
Material	2010	Cobrança de materiais inclusos nas taxas
Material	2011	Cobrança de material incluso no pacote negociado.
Material	2012	Cobrança de material incompatível com o relatório técnico.
Material	2013	Cobrança de material em permanência hospitalar não autorizada.
Material	2014	Cobrança de material não utilizado
Material	2099	Outros
Medicamento	2101	Medicamento inválido
Medicamento	2102	Medicamento sem cobertura para atendimento ambulatorial
Medicamento	2103	Medicamento não especificado
Medicamento	2104	Medicamento sem nota fiscal do fornecedor
Medicamento	2105	Quantidade de medicamentos deve ser maior que zero
Medicamento	2106	Medicamento informado não coberto
Medicamento	2107	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência.
Medicamento	2108	Cobrança de medicamento em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado.
Medicamento	2109	Quantidade de medicamento superior a quantidade coberta
Medicamento	2110	Cobrança de medicamento inclusos nas taxas
Medicamento	2111	Cobrança de medicamento incluso no pacote negociado.
Medicamento	2112	Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico.
Medicamento	2113	Cobrança de medicamento em permanência hospitalar não autorizada.
Medicamento	2114	Cobrança de medicamento não utilizado
Medicamento	2199	Outros
OPM	2201	OPM inválido
OPM	2202	OPM sem cobertura para atendimento ambulatorial
OPM	2203	OPM sem nota fiscal do fornecedor
OPM	2204	Quantidade de OPM deve ser maior que zero
OPM	2205	OPM informado não coberto
OPM	2206	OPM informado não autorizado
OPM	2207	Cobrança de OPM não utilizado
OPM	2208	Cobrança de OPM no item material e medicamentos.
OPM	2209	Cobrança de OPM em desacordo com relatório técnico
OPM	2210	Cobrança de OPM em quantidade incompatível com o procedimento realizado

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
OPM	2211	Cobrança de OPM inclusa no pacote
OPM	2299	Outros
Gases Medicinais	2301	Gases Medicinais inválidos
Gases Medicinais	2302	Cobrança de oxigenoterapia sem prescrição médica.
Gases Medicinais	2303	Cobrança de oxigenoterapia com quantitativo de uso em divergência/pago valor corrigido.
Gases Medicinais	2304	Cobrança de oxigênio incluso na taxa de nebulização especificada.
Gases Medicinais	2305	Cobrança de oxigenoterapia em uso prolongado sem justificativa de uso.
Gases Medicinais	2306	Cobrança de oxigenoterapia sem registro de controle de uso (entrada e saída).
Gases Medicinais	2307	Cobrança de gases em quantidade superior ao período de permanência
Gases Medicinais	2308	Cobrança de CO2 nas cirurgias videolaparoscópicas durante toda a realização do procedimento (início ao fim).
Gases Medicinais	2309	Cobrança de ar comprimido sem registro no Boletim Anestésico e duração de uso.
Gases Medicinais	2310	Cobrança de gases incompatível com o utilizado/prescrito.
Gases Medicinais	2399	Outros
Taxas e aluguéis	2401	Taxa / Aluguel inválido
Taxas e aluguéis	2402	Cobrança de taxa por uso de equipamento incompatível com o procedimento realizado/uso previsto no procedimento.
Taxas e aluguéis	2403	Cobrança de taxa de uso de bomba de infusão em paciente internado na UTI
Taxas e aluguéis	2404	Cobrança de outras taxas associadas/inclusas na cobrança da taxa de sala prevista.
Taxas e aluguéis	2405	Cobrança de mais de uma taxa de sala de cirurgia, por conta do número de procedimentos realizados no mesmo tempo cirúrgico.
Taxas e aluguéis	2406	Cobrança indevida de taxa de sala por administração de medicamentos.
Taxas e aluguéis	2407	Cobrança de taxas, de serviços realizados em ambientes incompatíveis com o uso de equipamentos.
Taxas e aluguéis	2408	Cobrança de taxas em quantidade superior ao tempo de permanência hospitalar
Taxas e aluguéis	2409	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro com permanência menor que o período estipulado
Taxas e aluguéis	2410	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro sem o registro da permanência.
Taxas e aluguéis	2411	Cobrança de taxa de sala de pronto socorro, para aplicação de medicamentos.

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Taxas e aluguéis	2412	Cobrança de taxa de recuperação anestésica não justificada para o procedimento.
Taxas e aluguéis	2413	Cobrança de taxa inclusa no pacote negociado.
Taxas e aluguéis	2414	Cobrança de taxa de equipamento em concomitância com a cobrança de taxa para o procedimento.
Taxas e aluguéis	2415	Taxa exige informação do valor na Guia.
Taxas e aluguéis	2416	Cobrança de taxa de recuperação anestésica para pacientes com pós-operatório imediato realizado na UTI/CTI.
Taxas e aluguéis	2417	Cobrança de taxa de recuperação anestésica sem a presença do anestesista.
Taxas e aluguéis	2418	Cobrança de taxa de sala incompatível com o procedimento.
Taxas e aluguéis	2419	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação.
Taxas e aluguéis	2420	Cobrança de taxa de sala cirúrgica com porte anestésico diferente do procedimento autorizado/realizado.
Taxas e aluguéis	2421	Cobrança de taxa em quantidade incorreta.
Taxas e aluguéis	2422	Cobrança de taxa por uso de equipamento de uso obrigatório na sala de cirurgia, cuja taxa de sala cirúrgica já inclui seu uso.
Taxas e aluguéis	2423	Cobrança de taxa de equipamentos de uso obrigatório no local de atendimento.
Taxas e aluguéis	2424	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação.
Taxas e aluguéis	2499	Outros
Procedimentos em Série	2501	Procedimento em série inválido
Procedimentos em Série	2502	Cobrança de duas avaliações fisioterápicas
Procedimentos em Série	2503	Cobrança de psicoterapia individual, quando o aplicado é a cobrança de psicoterapia em grupo
Procedimentos em Série	2504	Quantidade de sessões cobradas não condizem com as assinaturas no controle de tratamento seriado
Procedimentos em Série	2505	O código cobrado é diferente do código autorizado
Procedimentos em Série	2506	A quantidade de sessões cobradas é diferente da quantidade autorizada
Procedimentos em Série	2507	O código autorizado está incompatível com a prescrição médica solicitada
Procedimentos em Série	2508	Cobrança de sessões sem o devido plano de tratamento e, ou, com o prazo de pagamento expirado
Procedimentos em Série	2509	Cobrança do procedimento seriado incompatível com o quadro clínico

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Procedimentos em Série	2510	Cobrança do procedimento seriado em número de sessões acima da quantidade estabelecida
Procedimentos em Série	2511	Ausência de evolução no prontuário médico do tratamento seriado realizado.
Procedimentos em Série	2512	Cobrança de sessões de fisioterapia em desacordo com as evoluções do prontuário médico
Procedimentos em Série	2513	Cobrança de tratamento seriado sem justificativa clínica/técnica
Procedimentos em Série	2514	Serviço não contratado para o prestador
Procedimentos em Série	2515	Local de atendimento inadequado
Procedimentos em Série	2516	Quantidade cobrada diferente da realizada
Procedimentos em Série	2599	Outros
Honorários	2601	Codificação incorreta/inadequada do procedimento.
Honorários	2602	Cobrança de honorário incluso no procedimento principal
Honorários	2603	Cobrança de honorário sem registro da efetiva participação do profissional
Honorários	2604	Procedimento principal não requer equipe médica
Honorários	2605	Não cabe pagamento do honorário integral por ser a mesma via de acesso cirúrgico.
Honorários	2606	Cobrança do honorário em local de atendimento incorreto (inexistente).
Honorários	2607	Cobrança de Honorários em duplicidade.
Honorários	2608	Cobrança de consulta indevida, quando o procedimento principal já está sendo remunerado.
Honorários	2609	Local de atendimento não informado.
Honorários	2699	Outros
Exames	2701	Procedimento inválido
Exames	2702	Cobrança de exame não solicitado pelo médico
Exames	2703	Exame sem registro de execução
Exames	2704	Cobrança de exame não correlacionado ao relatório específico
Exames	2705	Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Exames	2706	Cobrança de procedimento/exame com data de autorização posterior à do atendimento.
Exames	2707	Exame não autorizado
Exames	2708	Cobrança de exame em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Exames	2709	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
Exames	2710	Cobrança de exame que exige autorização prévia
Exames	2711	Cobrança de exame com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
Exames	2712	Cobrança de exame em quantidade acima da

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
		máxima permitida/autorizada
Exames	2713	Cobrança de exame não compatível com a idade.
Exames	2714	Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico.
Exames	2715	Exame realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Exames	2716	Exame cobrado não corresponde ao exame executado
Exames	2717	Cobrança de exame ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Exames	2718	Exames não justificam caráter de urgência
Exames	2799	Outros
Pacotes	2801	Pacote inválido
Pacotes	2802	Pacote incompatível com o sexo do Beneficiário
Pacotes	2803	Idade do Beneficiário incompatível com o Pacote
Pacotes	2804	Valor total do pacote diferente do Valor Processado
Pacotes	2805	Valor do pacote superior ao valor dos itens
Pacotes	2806	Cobrança de pacote não executado
Pacotes	2807	Cobrança de pacote não solicitado pelo médico
Pacotes	2808	Pacote sem registro de execução
Pacotes	2809	Cobrança de pacote não correlacionado ao relatório específico
Pacotes	2810	Cobrança de pacote sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Pacotes	2811	Cobrança de pacote com data de autorização posterior à do atendimento.
Pacotes	2812	Pacote não autorizado
Pacotes	2813	Cobrança de pacote em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Pacotes	2814	Itens de composição do pacote não realizados
Pacotes	2815	Cobrança do pacote exige autorização prévia
Pacotes	2816	Cobrança de pacote com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
Pacotes	2817	Cobrança de pacote em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Pacotes	2818	Cobrança de pacote não compatível com a idade.
Pacotes	2819	Cobrança de pacote com ausência de resultado ou laudo técnico.
Pacotes	2820	Pacote realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Pacotes	2821	Pacote cobrado não corresponde ao exame executado
Pacotes	2822	Cobrança de pacote ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Pacotes	2899	Outros
Revisão de glosa	2901	Revisão de glosa inválida

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Revisão de glosa	2902	Glosa mantida
Revisão de glosa	2903	Pedido de revisão sem justificativa
Revisão de glosa	2904	Mais de um recurso de glosa para a mesma guia/protocolo
Revisão de glosa	2905	A guia não é de revisão
Revisão de glosa	2906	Número da guia inválido
Revisão de glosa	2999	Outros
Mensagens de Sistema	5001	Mensagem eletrônica fora do padrão TISS
Mensagens de Sistema	5002	Não foi possível validar o arquivo XML
Mensagens de Sistema	5003	Endereço do Remetente inválido
Mensagens de Sistema	5004	Endereço do destinatário inválido
Mensagens de Sistema	5005	Remetente não identificado
Mensagens de Sistema	5006	Destinatário não identificado
Mensagens de Sistema	5007	Mensagem inconsistente ou incompleta
Mensagens de Sistema	5008	Espaço reservado para a caixa de saída insuficiente
Mensagens de Sistema	5009	Espaço reservado para a caixa de entrada insuficiente
Mensagens de Sistema	5010	Envio de mensagem não foi terminado
Mensagens de Sistema	5011	Envio de mensagem finalizado
Mensagens de Sistema	5012	Recebimento de mensagem não finalizado
Mensagens de Sistema	5013	Recebimento de mensagem finalizado
Mensagens de Sistema	5014	Código Hash inválido. Mensagem pode estar corrompida.
Mensagens de Sistema	5099	Erro não identificado
Mensagens reservadas	9901 a 9999	Intervalo de códigos destinados as mensagens particulares de cada entidade tendo a apresentação da descrição obrigatória