

# **maio 2013**















## Índice

Parte I - Lista das mensagens padronizadas	5
Parte II - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde	9
Cabeçalho das mensagens	11
Verificação de elegibilidade	13
Resposta à verificação de elegibilidade	14
Comunicação de internação ou alta do beneficiário	16
Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário	17
Solicitação de autorização para realização de procedimentos	19
Autorização para realização de procedimentos	31
Solicitação de status de autorização	44
Situação do status de autorização	45
Envio de lote de anexos	56
Recebimento de lote de anexos	66
Envio de lote de guias para cobrança	77
Recebimento de lote de guias de cobrança	103
Solicitação de status do protocolo	110
Situação do protocolo	111



## Índice

Parte II - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde (continuação)	
Solicitação de cancelamento de guia	130
Resposta a solicitação de cancelamento da guia	131
Recurso de glosa	132
Recebimento do recurso de glosa	138
Resposta ao recurso de glosa	141
Solicitação de status do recurso de glosa	149
Solicitação de demonstrativos de retorno	150
Demonstrativos de retorno para o prestador	151
Parte III - Mensagem entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	167
Parte IV - Envio de dados das operadoras de planos privados de assistência à saúde para beneficiários de planos de saúde	187
Parte V - Formulários do Plano de Contingência	196



# PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte I - Lista das mensagens padronizadas



#### Relação das mensagens padronizadas

Verificação de elegibilidade

Resposta à verificação de elegibilidade

Solicitação de autorização para realização de procedimentos

Autorização para realização de procedimentos

Envio de lote de anexos

Recebimento de lote de anexos

Solicitação de status de autorização

Situação do status de autorização

Envio de lote de guias para cobrança

Recebimento de lote de guias de cobrança

Solicitação de status do protocolo

Situação do protocolo

Recurso de glosa

Recebimento do recurso de glosa

Resposta ao recurso de glosa

Solicitação de status do recurso de glosa

Solicitação de demonstrativos de retorno

Demonstrativos de retorno para o prestador

Comunicação de internação ou alta do beneficiário

Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário

Solicitação de cancelamento de guia

Resposta a solicitação de cancelamento da guia

Envio de dados para ANS

## Relação das mensagens padronizadas

Envio de dados para o beneficiário



# PADRÃO TISS

## COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte II - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde



## Legenda do Cabeçalho das Mensagens

### Cabeçalho das mensagens

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Identificação da mensagem	•	•					
Tipo de transação	String			Nome do tipo de transação.	Obrigatório.		
Sequencial da transação	String	12		Identificador da transação eletrônica	Obrigatório.		
Data de registro da transação eletrônica	Date	8	DDMMAAAA	Data de registro da transação eletrônica	Obrigatório.		
Hora de registro da transação	Time	8	HH:MM:SS	Hora de registro da transação eletrônica	Obrigatório.		
Código da mensagem de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador		
Versão do padrão	String	7		Versão do Padrão TISS em que a transação está ocorrendo	Obrigatório.		
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.		
Login	String	20		Login do prestador de serviços que está encaminhando a mensagem na operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador consumir webservice da operadora sem a utilização de certificado digital.		
Senha	String	20		Senha do prestador de serviços que está encaminhando a mensagem na operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador consumir webservice da operadora sem a utilização de certificado digital.		
Identificação da origem da	Identificação da origem da mensagem						
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.		

## Legenda do Cabeçalho das Mensagens

### Cabeçalho das mensagens

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Identificação do destino d	a mensage	m			
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.

## Legenda da Mensagem de Verificação de Elegibilidade (verificaElegibilidade)

### Mensagem : Verificação de elegibilidade (verificaElegibilidade) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário.	Opcional.
Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso a informação conste na carteira do beneficiário.

## Legenda da Mensagem de Resposta à Verificação de Elegibilidade (respostaElegibilidade)

## Mensagem : Respota à verificação de elegibilidade (respostaElegibilidade) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso a informação conste na carteira do beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Indicador de elegibilidade	String	1		Indicador da elegibilidade do beneficiário para a realização do procedimento.	Obrigatório. Preencher com <b>S</b> -sim caso o beneficiário esteja elegível e com <b>N</b> -não em caso contrário.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o indicador de elegibilidade for igual a N-não, para informar o motivo de negativa da elegibilidade.

## Legenda da Mensagem de Resposta à Verificação de Elegibilidade (respostaElegibilidade)

Descrição do motivo de			Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido quando
negativa	String	String 500		o indicador de elegibilidade for igual a N-
	String 5			não, para informar o motivo de negativa da
				elegibilidade.

## Legenda da Mensagem de Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário (comunicacao Internacao

#### Mensagem : Comunicação de internação ou alta do beneficiário (comunicacaol nternacao) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data do evento	Date	8	DDMMAAAA	Data de ocorrência do evento (data da internação ou data da alta)	Obrigatório.
Tipo do evento	String	1		Tipo de evento referente à comunicação (internação ou alta)	Obrigatório.
Motivo de encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.

## Legenda da Mensagem de Resposta à Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário (reciboComunicação)

### Mensagem : Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário (reciboComunicacao) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Status do comunicado	String	1		Indica o status do comunicado de internação ou encerramento da internação do beneficiário.	Obrigatório. Preencher com S-sim caso o comunicado do prestador tenha sido processado corretamente ou N-não em caso contrário.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data do evento	Date	8	DDMMAAAA		Obrigatório.
Tipo do evento	String	1		Tipo de evento referente à comunicação (internação ou alta)	Obrigatório.

## Legenda da Mensagem de Resposta à Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário (reciboComunicação)

### Mensagem : Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário (reciboComunicacao) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Motivo de encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o status do comunicado enviado pelo prestador for igual a N-não, para informar o motivo de negativa do comunicado.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa à comunicação encaminhada pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o status do comunicado enviado pelo prestador for igual a N-não, para informar o motivo de negativa do comunicado.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Solicitação de SP/SADT					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicionado. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2			Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6			Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA		Obrigatório.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Solicitação de Internação					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Código do contratado solicitado na operadora	String	14			Obrigatório.
Nome do hospital / local solicitado	String	70			Obrigatório.
Data sugerida para internação	Date	8	DDMMAAAA	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de internação	String	1			Obrigatório.
Quantidade de diárias solicitadas	Integer	2		Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório.
Indicador de previsão de uso de OPME	String	1		Indica se há previsão de utilização de OPME na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso destes materiais.
Indicador de previsão de uso de quimioterápico	String	1		medicamento quimioterápico na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou iustificativas que julgue necessário	Opcional.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Solicitação de Prorrogação de	e Interna	ção ou Con	nplementaçã	ão do Tratamento	
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na Operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Quantidade de diárias adicionais solicitadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.
Tipo da acomodação solicitada	String	2		Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3			Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou iustificativas que iulque necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento					
olicitação de Tratamento Odontológico										
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.					
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.					
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.					
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.					
Cartão Nacional de Saúde	String	15		beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.					
Identificador biométrico do beneficiário	Binário				Opcional.					
Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		conforme informado na ANS	Obrigatório.					
Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial					
Telefone do beneficiário	String	11		Número do telefone do beneficiário	Obrigatório.					
Nome do titular do plano	String	70		•	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.					
Nome do profissional solicitante	String	70		procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.					
Número no CRO do solicitante	String	15			Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.					

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número no CRO do contratado executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.
UF do conselho do prestador contratado executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	String	70			Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Número no CRO do profissional executante	String	15			Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa iurídica.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	String	5		no campo Dente, conforme tabela de	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido no caso da realização do procedimento já ter acontecido no momento da solicitação
Data de término do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
Tipo de atendimento em odontologia	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.
Total de unidades de serviços	Numérico	6,2		Somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor total de procedimentos	Numérico	6,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de franquia da guia	Numérico	6,2		Valor total da franquia/coparticipação correspondendo ao somatório do valor da franquia/coparticipação dos procedimentos executados	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou iustificativas que iulque necessário	Opcional.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Autorização para Internação	•				
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7			Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500			Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Data provável da admissão hospitalar	Date	8	DDMMAAAA	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Quantidade de diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do hospital / local autorizado	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou iustificativas que iulque necessário	Opcional.
Autorização de outros serviço	os				
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Código do motivo de negativa	String	4			Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou iustificativas que iulque necessário	Opcional.
Autorização para tratamento	odontoló	gico			
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais autorizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	2		Quantidade autorizada pela operadora de um mesmo procedimento ou item assistencial	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento autorizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento autorizado	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento					
Autorização para prorrogaçã	utorização para prorrogação de internação ou complementação do tratamento									
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.					
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.					
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.					
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.					
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.					
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.					
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.					
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.					
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário					
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.					
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.					

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		1.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade autorizada pela operadora de um mesmo procedimento ou item assistencial	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do material autorizado	numérico	6,2			Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15		_	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	30		fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		profissional solicitante em relação ao	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Código do motivo de negativa	String	4			Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500			Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Quantidade de diárias adicionais autorizadas	Integer	3			Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Otde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de servicos.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo da acomodação autorizada	String	2		conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de servicos.
Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	String	500			Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.

## Legenda da Mensagem de Solicitação do Status da Autorização (solicitaStatusAutorização)

#### Mensagem : Solicitação de status de autorização (solicitaStatusAutorização) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário.	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Autorização de serviços					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do contratado autorizado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador autorizado.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o profissional não tenha ainda o código do CNES, deve informar 999999999.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório. Caso não autorizado deve ser preenchido com zero.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que iulque necessário	Opcional.
Autorização de prorrogação					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado autorizado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador autorizado.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o profissional não tenha ainda o código do CNES, deve informar 999999999.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório. Caso não autorizado deve ser preenchido com zero.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Quantidade de diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização de odontologia					
Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal a que se refere a solicitação.	Obrigatório.
Número da guia principal de tratamento odontológico na operadora	String	20		Número da guia principal a que se refere a solicitação.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do contratado autorizado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador autorizado.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região do dente	String	4		Identificação da região do dente, conforme tabela de domínio nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	2		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório. Caso não autorizado deve ser preenchido com zero.
Quantidade de unidades de serviço	Numéric o	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor do procedimento solicitado ou realizado	numérico	6,2		Valor do procedimento solicitado ou realizado pelo prestador	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do motivo de negativa	String	4			Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		December of the second	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador

#### Mensagem : Envio de lote de anexos (loteAnexos) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de quias para a operadora.	Obrigatório.
Anexo de OPME					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Cartão Nacional de Saúde	String	15	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário		Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Nome do profissional solicitante	String	70	Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11	Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60	Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Justificativa técnica	String	1000	Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Especificação do material solicitado	String	500	Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório.
Código do material solicitado	String	10	Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	String	150	Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1	Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	Integer	3	Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor do unitário material solicitado	Numérico	6,2	Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15	Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

Código de referência do material no fabricante	String	30			Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou iustificativas que iulque necessário	Opcional.
Anexo de Quimioterapia					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de servicos.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário

Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde				Número do Cartão Nacional de Saúde do	Condicionado. Deve ser preenchido caso o
	String	15		beneficiário	beneficiário possua o número do Cartão
					Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do	Binário			Código biométrico de identificação do	Opcional.
beneficiário	Diriario			beneficiário	
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em	Obrigatório.
	Numerico			metros quadrados	
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de	Obrigatório.
	String	1		domínio nº 43.	
Nome do profissional	String	70		Nome do profissional que está solicitando o	Obrigatório.
solicitante	String	70		procedimento ou item assistencial.	
Telefone do profissional				Número de telefone do profissional que está	Obrigatório.
solicitante	String	11		solicitando o procedimento ou item	
				assistencial.	
E-mail do profissional				Endereço de e-mail do profissional que está	Condicionado. Deve ser preenchido caso o
solicitante	String	60		solicitando o procedimento ou item	profissional solicitante possua endereço de e-
				assistencial.	mail para contato.
Data do diagnóstico			DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da	Condicionado. Deve ser preenchido caso o
	Date	8		doença referente ao tratamento solicitado.	profissional solicitante tenha conhecimento
					da informação.
Diagnóstico principal				Código do diagnóstico principal de acordo	Opcional.
	Ctring	4		com a Classificação Internacional de	
	String	4		Doenças e de Problemas Relacionados a	
				Saúde - 10ª revisão	
Diagnóstico secundário				Código do diagnóstico secundário de acordo	Opcional.
_	Ctring	4		com a Classificação Internacional de	
String	String	4		Doenças e de Problemas Relacionados a	
				Saúde - 10ª revisão	
Terceiro diagnóstico				Código do terceiro diagnóstico de acordo	Opcional.
3	C+=!==	A		com a Classificação Internacional de	
	String	ring 4		Doenças e de Problemas Relacionados a	
				Saúde - 10ª revisão	

Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		· · ·	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.

Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento guimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Anexo de Radioterapia					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA		Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup> revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.

1			O Callera de Labada a Pillanda a constituidad Pillanda	Ob all and to delet
				Obrigatório.
String	2		• · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
oung	_		solicitados, conforme tabela de domínio nº	
			87.	
			Código identificador do procedimento	Obrigatório.
String	10		solicitado pelo prestador, conforme tabela	
			de domínio.	
Ctring	150		Descrição do procedimento solicitado pelo	Obrigatório.
String	150		prestador, conforme tabela de domínio.	
Nissas (ada	2.0		Quantidade do procedimento solicitado pelo	Obrigatório.
Numerico	3,2		prestador.	
Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por	Obrigatório.
integer			dia de tratamento.	
			Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada	Obrigatório.
Integer	4		considerando o número de dias e dosagem	
			diária.	
Integer	2		Número de dias de tratamento previstos	Obrigatório.
meger	ა		pelo profissional solicitante	_
Data	0	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração	Obrigatório.
Date	0		da radioterapia.	_
Data	0	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os	Obrigatório.
Date	0		procedimentos ou itens assistenciais.	
n Odontolo	gia			
			Registro da operadora de plano privado de	Obrigatório.
String	6		assistência à saúde na Agência Nacional de	
Chuius au	20			Obrigatório.
String	20		de servicos.	
C+r:	20		Número da guia principal	Obrigatório.
String	20			
			Número que identifica a guia atribuído pela	Condicionado. Deve ser preenchido caso a
Ctrime	20		operadora.	operadora atribua outro número à guia,
String	20		<u>'</u>	independente do número que a identifica no
				prestador.
String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
	String Numérico Integer Integer Integer Date Date Date String String String String	String 10  String 150  Numérico 3,2  Integer 3  Integer 4  Integer 4  Integer 3  Date 8  Date 8  Date 8  The string 6  String 20  String 20  String 20  String 20	String 10  String 150  Numérico 3,2  Integer 3  Integer 4  Integer 4  Integer 3  Date 8  DDMMAAAA  Date 8  DDMMAAAA  The string 6  String 20  String 20  String 20  String 20	Solicitados, conforme tabela de domínio nº 87. Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.  String 150 Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.  Numérico 3,2 Cuantidade do procedimento solicitado pelo prestador.  Integer 3 Número de campos de irradiação  Integer 4 Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.  Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.  Integer 3 Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante  Date 8 DDMMAAAA Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.  MOdontologia  String 6 Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  Número que identifica a guia no prestador de serviços.  Número que identifica a guia atribuído pela operadora.

Número da carteira do beneficiário	String	20	Número da carteira do beneficiário na Obrigatório. operadora	
Identificação do dente	String	2	Código de identificação do dente de acordo Obrigatório. com a tabela de domínio nº 28.	
Situação dentária inicial	String	1	Situação dentária inicial do paciente, Obrigatório. referente a cada elemento dentário de acordo com a tabela de domínio nº 44.	
Sinais clínicos de doença periodontal	String	1	Indicador de sinais clínicos de doenças Obrigatório. periodontais	
Indicador de alteração dos tecidos moles	String	1	Indicador de alteração dos tecidos moles Obrigatório.	
Observação / Justificativa	String	500	Campo utilizado para adicionar quaisquer Opcional. observações sobre o atendimento ou iustificativas que iulque necessário	

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro		<u> </u>		<u>I</u>	<u>I</u>
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Informações do lote					
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de quias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data de envio do lote de anexos	Date	8	DDMMAAAA	Data de envio do lote de anexos para a operadora.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
registro ANS	String	6		um conjunto de quias para a operadora. Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Quantidade de anexos clínicos	Integer	3		Número de anexos clínicos que compõem o lote	Obrigatório.
Anexo de OPME					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de servicos.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	70		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório.
Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do material	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do unitário material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, , quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Anexo de Quimioterapia					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup> revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000			Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Anexo de Radioterapia					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup> revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000			Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de quias para a operadora.	Obrigatório.		
Guias de SP/SADT							
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.		
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.		
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicionado. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para		
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.		
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.		
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.		
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.		
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.		
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.		

Mensagem : Envio de lote de	Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.		
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário		
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.		
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.		
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.		
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26	Obrigatório.		
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.		
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.		

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.		
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.		
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.		
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.		
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.			
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.		
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.		
Tipo de atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.		
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36	Obrigatório.		
Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.		

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de óbito.	
Data de realização	Date	8		Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.	
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8		Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.	
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH: MM: SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.	
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.		
Código do procedimento realizado	String	10			Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.	
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.	
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.	
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.	

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.		
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.			
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero		
Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.		
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.		
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.		

Mensagem : Envio de lote d	Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.		
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.		
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.		
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.		
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.		
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou iustificativas que iulque necessário	Opcional.		
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.		
Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluquéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.		
Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.		

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados.		
Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.		
Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.		
Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.		
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.		
Resumo de Internação							
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.		
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.		
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia de solicitação de Internação	Obrigatório.		
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.		
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.		

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.		
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.		
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.		
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.		
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.		
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.		
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.		
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório.		
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.		
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.		
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.		
Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.		

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.		
Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do início do faturamento da guia que está sendo complementada.		
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data final do faturamento da guia que está sendo complementada.		
Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora final do faturamento da guia que está sendo complementada.		
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.		
Regime de internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.		
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.		
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.		

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.	
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.	
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.	
Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.	
Número da Declaração de Nascido Vivo	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.	
Diagnóstico de óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.	
Número da Declaração de Óbito	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	Condicionado. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da mãe	

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Indicador de declaração de óbito de recém-nato.	String	1		Indica se a declaração de óbito é do recém- nato durante a internação da mãe.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o campo Número da Declaração de Óbito for preenchido. Preencher com S - SIM caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N - Não caso a declaração de óbito informada seja da mãe.		
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.		
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH: MM: SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.		
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH: MM: SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.		
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.			
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.		
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.		
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.		
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.		
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.		

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Obrigatório.
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio no 24.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
/alor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.
Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
/alor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado.
/alor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
/alor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
/alor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou iustificativas que iulque necessário	Opcional.
ssinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.		
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.		
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.		
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.		
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.		
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.		
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.		
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário		
Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.		
Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.		
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.		

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.		
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.		
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.		
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.		
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.		
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.		
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.		
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório.		
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado nesta quia.	Obrigatório.		
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta quia.	Obrigatório.		

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.		
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.		
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH: MM: SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.		
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH: MM: SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.		
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.		
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.		
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.		
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.		
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.		
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.		
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1.00.		

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor total dos honorários	Numérico	8,2		Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Data de emissão da guia	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Consulta					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Mensagem: Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção: Prestador para Operadora **Formato** Descrição Termo OgiT Tamanho Condição de Preenchimento Indica se o paciente é um recém-nato que Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim -Indicador de atendimento ao caso o atendimento seja do recém-nato e o está sendo atendido no contrato do recém-nato String 1 responsável, nos termos do Art. 12, inciso beneficiário seja o responsável e "N" - não -III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho quando o atendimento for do próprio de 1998 heneficiário Nome do beneficiário Nome do beneficiário Obrigatório. 70 Strina Condicionado. Deve ser preenchido caso o Cartão Nacional de Saúde Número do Cartão Nacional de Saúde do 15 String beneficiário possua o número do Cartão beneficiário Nacional de Saúde. Código biométrico de identificação do Identificador biométrico do Opcional. Binário beneficiário beneficiário Código do contratado Código identificador do prestador contratado Obrigatório. executante na operadora executante junto a operadora, conforme 14 Strina contrato estabelecido. Nome do contratado Razão Social, nome fantasia ou nome do Obrigatório. String 70 prestador contratado da operadora que executante executou o procedimento. Código no Cadastro Nacional de Código do prestador no Cadastro Nacional Obrigatório. Caso o prestador ainda não String 7 possua o código do CNES preencher o Estabelecimentos de Saúde do de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) campo com 9999999. executante Condicionado. Deve ser preenchido quando Nome do profissional Nome do profissional que executou o o prestador contratado referido no campo executante procedimento String 70 Nome do Contratado for pessoa jurídica. Conselho profissional do Código do conselho profissional do Obrigatório. String 2 executante do procedimento, conforme executante tabela de domínio nº 26. Número de registro do profissional Obrigatório. Número do executante no 15 executante no respectivo Conselho String conselho profissional Profissional.

Mensagem: Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção: Prestador para Operadora **Formato** Descrição Termo OgiT Tamanho Condição de Preenchimento UF do conselho do profissional Sigla da Unidade Federativa do Conselho Obrigatório. Profissional do executante do procedimento. executante Strina 2 conforme tabela de domínio nº 59. Código na Classificação Brasileira de Código na Classificação Obrigatório. Brasileira de Ocupações do Ocupações do profissional executante do 6 Strina procedimento, conforme tabela de domínio executante nº 24 Indica se o atendimento foi devido a Indicação de acidente ou Obrigatório. doença relacionada acidente ocorrido com o beneficiário ou 1 Strina doenca relacionada, conforme tabela de domínio nº 36. Data de realização Data em que o atendimento/procedimento Obrigatório. DDMMAAAA 8 Date foi realizado Código do tipo de consulta realizada, Obrigatório. Tipo de consulta String 1 conforme tabela de domínio nº 52. Código da tabela utilizada para identificar os Obrigatório. Tabela de referência do procedimentos realizados ou itens procedimento ou item String 2 assistencial realizado assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87 Código do procedimento Código identificador do procedimento Obrigatório. realizado pelo prestador, conforme tabela de 10 realizado String domínio. Valor unitário do procedimento realizado Valor unitário do procedimento Obrigatório. Nos casos em que esse valor realizado ou item assistencial não possa ser definido previamente por Numérico 6.2 utilizado força contratual, o campo deve ser preenchido com zero. Observação / Justificativa Campo utilizado para adicionar quaisquer Opcional. 500 observações sobre o atendimento ou Strina iustificativas que julque necessário Assinatura digital do prestador Assinatura digital do prestador que está Condicionado. Deve ser preenchido quando Binário encaminhando a mensagem. o prestador assinar digitalmente a mensagem.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora										
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento					
Fratamento Odontológico										
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de servicos.	Obrigatório.					
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.					
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.					
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.					
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.					
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.					
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.					
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.					
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário					

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.		
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.		
Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.	Obrigatório.		
Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial		
Telefone do beneficiário	String	11		Número do telefone do beneficiário	Obrigatório.		
Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.		
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.		
Número no CRO do solicitante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.		
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.		
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	-		
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.		

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.		
Número no CRO do contratado executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.		
UF do conselho do prestador contratado executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.		
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.		
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.		
Número no CRO do profissional executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.			
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.		
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.		
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.		

Mensagem: Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção: Prestador para Operadora **Formato** Descrição Termo OgiT Tamanho Condição de Preenchimento Código do procedimento Código identificador do procedimento Obrigatório. String 10 solicitado pelo prestador, conforme tabela solicitado de domínio. Descrição do procedimento solicitado pelo Descrição do procedimento Obrigatório. 150 String solicitado prestador Identificação do dente ou Identificação da dentição permanente ou Condicionado. Deve ser preenchido sempre decídua segundo tabela de domínio de que o procedimento for associado a um região String 4 dentes nº 28 ou identificação da região de dente ou a uma região. acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42 Identificação da(s) face(s) do dente referido Identificação da face do dente Condicionado. Deve ser preenchido quando no campo Dente, conforme tabela de for necessário identificar a(s) face(s) do Strina 5 domínio nº 32. dente que recebe(m) o tratamento. Quantidade solicitada / executada do Quantidade de procedimentos Obrigatório. Integer 2 procedimento Quantidade de unidades de serviço (US) do Quantidade de unidades de Condicionado. Deve ser preenchido em caso Numérico 5,2 procedimento solicitado/ executado servico de existência de tabela de contratação da operadora em US. Valor unitário do procedimento Valor unitário do procedimento realizado Obrigatório. realizado ou item assistencial Numérico 6.2 utilizado Valor da franquia do Valor da franquia paga pelo beneficiário Condicionado. Deve ser preenchido quando Numérico 6,2 diretamente ao prestador de acordo com o houver participação do beneficiário no procedimento valor do procedimento pagamento ao profissional. Indicador de autorização Indicador de autorização para o Obrigatório. Preencher com S (sim) quando procedimento. o procedimento foi autorizado pela String 1 operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento. Data de realização DDMMAAAA Data em que o atendimento/procedimento Obrigatório. 8 Date foi realizado

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de término do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
Tipo de atendimento em odontologia	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado na guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Total de unidades de serviços	Numérico	8,2		Somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de franquia da guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou iustificativas que iulque necessário	Opcional.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Outras Despesas					
Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH: MM: SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

Mensagem: Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção: Prestador para Operadora **Formato** Descrição Termo OgiT Tamanho Condição de Preenchimento Hora final da realização do HH: MM: SS Horário final da realização da despesa Condicionado. Deve ser preenchido quando 8 Time procedimento o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas. Tabela de referência do Código da tabela utilizada para identificar os Obrigatório. procedimentos realizados ou itens procedimento ou item String 2 assistencial realizado assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87 Código do item assistencial Código do item assistencial das despesas Obrigatório. String 10 utilizado realizadas, conforme tabela utilizada Quantidade do item Quantidade realizada da despesa Obrigatório. 3.4 Numérico assistencial utilizado apresentada Código da unidade de medida, conforme Unidade de Medida Condicionado. Deve ser preenchido quando 3 Strina tabela de domínio nº 60. o item cobrado possuir unidade de medida. Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou Fator de redução ou acréscimo Fator de redução ou acréscimo sobre o valor Numérico 1.2 do procedimento realizado ou item redução no valor do procedimento. assistencial utilizado. preencher o campo com 1.00. Valor unitário do procedimento Valor unitário do item assistencial realizado Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por realizado ou item assistencial Numérico 6,2 força contratual, o campo será preenchido utilizado com zero. Valor total dos itens Valor total dos itens assistenciais utilizados. Obrigatório. assistenciais utilizados considerando a quantidade do item Numérico 6.2 assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo. Registro ANVISA do material Número de registro do material na ANVISA Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais String 15 especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

Mensagem : Envio de lote de	Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.	
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.	
Descrição do item assistencial utilizado	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.	

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4			Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500			Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Informações do Lote					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14			Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Data de envio do lote de guias de cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data de envio do lote de guias de cobrança para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de quias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Valor total do protocolo	numérico	8,2		Valor total do protocolo enviado pelo prestador	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo,	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição da glosa do protocolo	String	500		Descrição do motivo de glosa do protocolo.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Valor da glosa do protocolo	numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Informações das guias médio	cas				
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado da guia	numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
valor liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.
Valor da glosa da guia	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH: MM: SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH: MM: SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Unidade de Medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Valor total dos procedimentos realizados	numérico	6,2			Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
renno	Про	Tarriariio	Torriato	Descrição	Condição de Freenciimento
Valor glosa do procedimento ou				Valor glosado pela operadora do	Condicionado. Deve ser preenchido sempre
item assistencial	numérico	8,2		procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	que houver algum motivo de glosa.
Informações das guias odon	tológicas				
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Valor processado da guia	numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.

Towns	Tina	Tomonko	Cormoto	Dogoviaão	Condição do Droppolimento
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
valor liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.
Valor da glosa da guia	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	String	10			Obrigatório.
descrição do procedimento realizado	String	150			Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região do dente	String	4		Identificação da região do dente, conforme tabela de domínio nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
quantidade do procedimento	Integer	2			Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.

#### Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do procedimento realizado	numérico	6,2			Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8		Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.

#### Legenda da Mensagem de Solicitação do Status do Protocolo (solicitacaoStatusProtocolo)

Mensagem : Solicitação de status do protocolo (solicitacaoStatusProtocolo) - Fluxo : Prestador para Operadora Termo Tipo Tamanho **Formato** Descrição Condição de Preenchimento Código do contratado Código identificador do prestador contratado Obrigatório. executante na operadora executante junto a operadora, conforme String 14 contrato estabelecido. Nome do contratado Razão Social, nome fantasia ou nome do Obrigatório. 70 String prestador contratado da operadora que executante executou o procedimento. Número do protocolo Número atribuído pela operadora ao lote de Obrigatório. guias encaminhado pelo prestador para o String 12 qual está sendo solicitado o status.

Mensagem : Situação do pro	Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento			
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador			
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.			
Situação do Protocolo	•							
Código da mensagem de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador			
Descrição da mensagem de retorno	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador			
registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.			
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.			
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.			
Status do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.			
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.			
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de quias para a operadora.	Obrigatório.			

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Data de envio do lote de guias de cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data de envio do lote de guias de cobrança para a operadora.	Obrigatório.		
Valor processado do protocolo	numérico	8,2		Valor do lote utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote/protocolo	Obrigatório.		
Valor da glosa do protocolo	numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Obrigatório.		
Valor liberado do protocolo	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.		
Informações das guias médi	cas						
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.		
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.		
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.		
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.		

Mensagem : Situação do protocolo (situação Protocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador **Formato** Descrição Termo OgiT Tamanho Condição de Preenchimento Indica se o paciente é um recém-nato que Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim -Indicador de atendimento ao caso o atendimento seja do recém-nato e o está sendo atendido no contrato do recém-nato responsável, nos termos do Art. 12, inciso beneficiário seja o responsável e "N" - não -String 1 quando o atendimento for do próprio III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. beneficiário. Cartão Nacional de Saúde Número do Cartão Nacional de Saúde do Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão beneficiário Strina 15 Nacional de Saúde. Código biométrico de identificação do Identificador biométrico do Opcional. Binário beneficiário beneficiário Data de realização DDMMAAAA Data em que o atendimento/procedimento Date 8 foi realizado Obrigatório. Valor processado da quia Valor da quia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo 8.2 numérico ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais Obrigatório. Condicionado. Deve ser preenchido caso Valor da glosa da guia Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores haja algum valor glosado na guia. 8,2 numérico glosados dos procedimentos e itens assistenciais

Valor previsto para pagamento ao prestador

por guia. Corresponde ao valor processado

da guia menos o valor glosado da guia

Código do motivo de glosa da guia,

conforme tabela de domínio nº 38.

numérico

String

8,2

4

Valor liberado da guia

Código da glosa da guia

Condicionado. Deve ser preenchido em caso

de apresentação de recurso para a glosa da

Obrigatório.

auia.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluyo : Operadora para Prestador

HH: MM: SS

Mensagem : Situação do protocolo (Situação Protocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.		
Valor da glosa do procedimento	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.		
Data de realização	Date	8		Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.		
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8		Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.		

Horário final da realização do procedimento

Código da tabela utilizada para identificar os

solicitados, conforme tabela de domínio nº

Código identificador do procedimento ou

Descrição do procedimento realizado ou

Código da unidade de medida, conforme

item assistencial realizado pelo prestador,

procedimentos ou itens assistenciais

conforme tabela de domínio.

item assistencial utilizado.

tabela de domínio nº 60.

Time

String

String

String

String

8

2

10

150

3

Hora final da realização do

Tabela de referência do

Código do procedimento

realizado ou item assistencial

Descrição do procedimento

realizado ou item assistencial

procedimento ou item

assistencial realizado

procedimento

utilizado

utilizado

Unidade de Medida

Condicionado. Deve ser preenchido quando

Condicionado. Deve ser preenchido quando

o item cobrado possuir unidade de medida.

o procedimento ocorrer em situações de

urgência e emergência.

Obrigatório.

Obrigatório.

Obrigatório.

#### Mensagem : Situação do protocolo (situação Protocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador **Formato** Descrição Termo OgiT Tamanho Condição de Preenchimento Quantidade executada do Quantidade realizada do procedimento ou Obrigatório. numérico 3.2 procedimento ou do item utilizada do item assistencial. assistencial Via de acesso Código da via de acesso utilizada para Condicionado. Deve ser preenchido em caso String 1 realização do procedimento, conforme de procedimento cirúrgico. tabela de domínio nº 61. Técnica utilizada para Código da técnica utilizada para realização Condicionado. Deve ser preenchido quando 1 realização do procedimento String do procedimento, conforme tabela de se tratar de procedimento cirúrgico. domínio nº 48. Valor unitário do procedimento Obrigatório. realizado ou item assistencial utilizado 6.2 numérico Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado. Valor total por procedimento Obrigatório. Valor total do procedimento realizado, numérico 6,2 considerando a quantidade de realizado procedimentos realizados, o valor unitário e Código da natureza da despesa, conforme Condicionado. Deve ser preenchido na Código da despesa tabela de domínio nº 25. cobrança de outros itens de despesa. String 2 Fator de redução ou acréscimo sobre o valor Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou Fator de redução ou acréscimo Numérico 1,2 redução no valor do procedimento, do procedimento realizado ou item assistencial utilizado. preencher o campo com 1,00. Código do motivo da glosa do procedimento Código da glosa do Condicionado. Deve ser preenchido em caso procedimento ou item assistencial, conforme tabela de de apresentação de recurso para a glosa do String 4 domínio nº 38. procedimento ou item assistencial. Valor glosa do procedimento ou Valor glosado pela operadora na guia, Condicionado. Deve ser preenchido sempre correspondendo ao somatório dos valores que houver algum motivo de glosa. item assistencial 8.2 numérico glosados dos procedimentos e itens

assistenciais

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações das guias odon	tológicas				
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Valor processado da guia	numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Valor liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.		
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.		
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.		
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.		
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.		
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.		
Identificação da região do dente	String	4		Identificação da região do dente, conforme tabela de domínio nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.		
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.		
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Obrigatório.		
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.		

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total por procedimento realizado	numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados e o valor unitário.	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Descrição da glosa do procedimento ou item assistencial	String	500		Descrição do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Valor da glosa do procedimento	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Situação do Protocolo de Ane	ехо				
registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.	
Status do protocolo	String	1		executou o procedimento. Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.	
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de quias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.	
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar	Obrigatório.	
Data de envio do lote de anexos	Date	8	DDMMAAAA	um conjunto de quias para a operadora. Data de envio do lote de anexos para a operadora.	Obrigatório.	
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.	
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.	
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.	
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Obrigatório.	
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.	
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.	
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	70		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário	

Mensagem : Situação do pro	Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.		
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.		
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.		
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.		
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.		
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador		
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.		
nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.		
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.		
Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.		
Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.		
Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.		

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador							
Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento			
Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.			
numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.			
numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.			
String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.			
String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.			
String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.			
String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.			
String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.			
String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador			
	Tipo Integer numérico numérico String String String String	Tipo Tamanho Integer 3 numérico 6,2 numérico 6,2 String 1 String 15 String 30 String 30 String 4	Tipo Tamanho Formato  Integer 3 numérico 6,2  String 1  String 15  String 30  String 30  String 4	Tipo       Tamanho       Formato       Descrição         Integer       3       Quantidade do material autorizada pela operadora.         numérico       6,2       Valor indicado pelo prestador para o material solicitado         numérico       6,2       Valor autorizado pela operadora para o material solicitado         String       1       Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado         String       15       Código de referência do material no fabricante         String       30       Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.         String       4       Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.         String       500			

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.		
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.		
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.		
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.		
Data da validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.		
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.		
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.		
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.		
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.		
Altura do beneficiário	Numérico			Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.		
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros guadrados	Obrigatório.		
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.		
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.		
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.		
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.		

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.		
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.		
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup> revisão	Opcional.		
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.		
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.		
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup> revisão	Opcional.		
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.		
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.		
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.		
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.		

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.	
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.	
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.	
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.	
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.	
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.	
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.	
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.	
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.	
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.	
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.	
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.	

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.	
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.	
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.	
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.	
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.	
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.	
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador	
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de servicos.	Obrigatório.	
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.	
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.	
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.	

Mensagem : Situação do p	rotocolo (s	ituaçãoPro	tocolo) - Flu	uxo : Operadora para Prestador	,
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup> revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup> revisão	Opcional.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.	
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.	
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.	
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio no 30.	Obrigatório.	
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.	
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.	
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.	
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.	
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.	
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.	

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.	
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.	
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.	
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº	Obrigatório.	
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.	
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.	
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.	
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.	
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.	
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.	
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.	
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.	
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do	

prestador.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Descrição do motivo de negativa	String	500			Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador		

## Legenda da Mensagem de Solicitação de Cancelamento de Guia (cancelaGuia)

Mensagem : Solicitação de cancelamento de guia (cancelaGuia) - Fluxo : Prestador para Operadora						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Tipo de guia	String	1		Identificador do tipo de guia a que se refere o cancelamento conforme tabela de domínio nº 56	Obrigatório.	
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.	
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.	
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.	
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.	
Número do protocolo	String	12		Número do protocolo cobrança no qual a guia foi encaminhada para a operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o tipo de guia seja igual a 2 - Faturamento.	

#### Legenda da Mensagem de Resposta a Solicitação de Cancelamento de Guia (reciboCancelaGuia)

Mensagem : Resposta a solicitação de cancelamento de quia (reciboCancelaGuia) - Fluxo : Operadora para Prestador **Formato** Descrição Termo Tipo Tamanho Condição de Preenchimento Código da mensagem de erro Código da mensagem de erro, conforme Condicionado. Deve ser preenchido quando String 4 tabela de domínio. a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador Condicionado. Deve ser preenchido quando Descrição da mensagem de Descrição da mensagem de erro a operadora for informar algum erro na erro String 500 mensagem enviada pelo prestador. Registro ANS Registro da operadora de plano privado de Obrigatório. 6 String assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Código do contratado Código identificador do prestador contratado Obrigatório. executante na operadora executante junto a operadora, conforme Strina 14 contrato estabelecido.

Razão Social, nome fantasia ou nome do

Número que identifica a quia no prestador

Identificador do tipo de quia a que se refere

o cancelamento conforme tabela de domínio

prestador contratado da operadora que

Indicador do status do cancelamento.

conforme tabela de domínio nº 46.

executou o procedimento.

de servicos.

nº 56.

String

String

String

String

70

20

1

1

Nome do contratado

Número da quia no prestador

Status do cancelamento

executante

Tipo de quia

Obrigatório.

Obrigatório.

Obrigatório.

Obrigatório.

			_		
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Recurso de Glosa					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	String	1			Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de quias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de quias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.

Mensagem:	Recurso de glosa	(recursoGlosa) -	Fluxo: Prestador	para Operadora
-----------	------------------	------------------	------------------	----------------

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa do prestador para				Justificativa do prestador para apresentação	Condicionado. Deve ser preenchido em caso
recurso da glosa do protocolo	String	150		do recurso de glosa	de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	Obrigatório.
Senha	String	20		operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Data final do período	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		l'	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		item assistencial realizado pelo prestador,	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.	
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.	
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.	
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.	
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.	
Recurso de Glosa Odontológ	gica					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.	
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de servicos.	Obrigatório.	
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.	
Objeto do recurso de glosa	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.	

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de quias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.

Mensagem :	: Recurso de glosa	(recursoGlosa)	) - Fluxo : Prestador	para Operadora

	-	•			
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.

#### Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	450			Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total apresentado de recurso	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8		Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.

## Legenda da Mensagem de Recebimento de Recurso de Glosa (recebimentoRecursoGlosa)

Mensagem : Recebimento de	Mensagem : Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Mensagem de erro						
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador	
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.	
Protocolo de Recebimento				<u> </u>		
Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias de recurso de glosa encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.	
Data do envio do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi enviado pelo prestador.	Obrigatório.	
Data do recebimento do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi recebido pela operadora.	Obrigatório.	
Número do lote de cobrança a qual se refere o recurso de glosa	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.	
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.	
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.	
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.	
Número do protocolo de cobrança ao qual se refere o recurso	String	12		Número do protocolo de cobrança ao qual se refere o recurso de glosa.	Obrigatório.	

#### Legenda da Mensagem de Recebimento de Recurso de Glosa (recebimentoRecursoGlosa)

Mensagem: Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo: Operadora para Prestador **Formato** Descrição Termo Tipo Tamanho Condição de Preenchimento Código do motivo de glosa do protocolo. Código da glosa do protocolo Condicionado. Deve ser preenchido em caso String 4 conforme tabela de domínio nº 38. de apresentação de recurso para a glosa do protocolo. Justificativa do prestador para Condicionado. Deve ser preenchido em caso Justificativa do prestador para apresentação recurso da glosa do protocolo String 150 do recurso de glosa de apresentação de recurso para a glosa do protocolo. Número total de guias enviadas Número total de guias enviadas para recurso Condicionado. Deve ser preenchido em caso 3 de apresentação de recurso para a glosa do Integer para recurso protocolo. Número da quia no prestador Número identificador da quia a que se refere Obrigatório. String 20 o recurso Senha de autorização emitida pela Senha Condicionado. Deve ser preenchido em caso String 20 de autorização pela operadora com emissão operadora de senha. Código do motivo de glosa da guia, Condicionado. Deve ser preenchido em caso Código da glosa da guia String 4 conforme tabela de domínio nº 38. de apresentação de recurso para a glosa da Condicionado. Deve ser preenchido em caso Justificativa do prestador para Justificativa do prestador para apresentação 150 recurso da glosa da guia String do recurso de glosa. de apresentação de recurso para a glosa da

DDMMAAAA Data em que o atendimento/procedimento

Data final do período de internação

procedimentos realizados ou itens

conforme tabela de domínio.

Código da tabela utilizada para identificar os

assistenciais utilizados conforme tabela de

Código identificador do procedimento ou

item assistencial realizado pelo prestador,

foi realizado

domínio nº 87

Date

Date

String

String

8

8

2

10

DDMMAAAA

Data de realização

Data final do período

Tabela de referência do

Código do procedimento

realizado ou item assistencial

procedimento ou item

assistencial realizado

utilizado

auia.

Obrigatório.

internação.

Obrigatório.

Obrigatório.

Condicionado. Deve ser preenchido no caso

de apresentação de conta referente à

#### Legenda da Mensagem de Recebimento de Recurso de Glosa (recebimentoRecursoGlosa)

Mensagem : Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou iustificativas que iulque necessário	Opcional.
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor Total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.

Mensagem : Resposta ao re	Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Mensagem de erro	•					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador	
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.	
Recibo de glosa						
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.	
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.	
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.	
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.	
Objeto do recurso de glosa	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.	
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.	
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.	

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de quias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de quias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Resposta ao recurso do protocolo	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

Mensagem: Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo: Operadora para Prestador **Formato** Condição de Preenchimento Termo OgiT Tamanho Descrição Indica se o recurso apresentado pelo Condicionado. Deve ser preenchido em caso Resposta ao recurso da quia prestador para a quia foi acatado pela de recurso da quia. Informar S (sim) caso o String 1 operadora. recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado. DDMMAAAA Data em que o atendimento/procedimento Data de realização Obrigatório. 8 Date foi realizado Data final do período DDMMAAAA Data final do período de internação Condicionado. Deve ser preenchido no caso 8 Date de apresentação de conta referente à internação. Código da tabela utilizada para identificar os Tabela de referência do Obrigatório. procedimento ou item procedimentos realizados ou itens 2 String assistencial realizado assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87. Código identificador do procedimento ou Obrigatório. Código do procedimento String 10 item assistencial realizado pelo prestador, realizado ou item assistencial utilizado conforme tabela de domínio. Descrição do procedimento Descrição do procedimento realizado ou Obrigatório. 150 realizado ou item assistencial String item assistencial utilizado. utilizado Código da glosa do Código do motivo da glosa do procedimento Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de 4 String domínio nº38. procedimento ou item assistencial. Valor da guia ou do procedimento Condicionado. Deve ser preenchido em caso Valor recursado apresentado como recurso pelo prestador. de apresentação de recurso para a glosa do Numérico 6,2 procedimento ou item assistencial. Justificativa do prestador para Justificativa do prestador para apresentação Condicionado. Deve ser preenchido em caso recurso da glosa do do recurso de glosa de apresentação de recurso para a glosa do String 450 procedimento ou item assistencial. procedimento

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero)
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.
Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Recibo de glosa odontológica	a				
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que identifica a guia no prestador.
Objeto do recurso de glosa	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Nome do contratado				Razão Social, nome fantasia ou nome do	Obrigatório.		
executante	String	70		prestador contratado da operadora que executou o procedimento.			
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.		
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de quias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.		
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.		
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.		
Resposta ao recurso do protocolo	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.		
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.			
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.		
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.		
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.		
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.		

Mensagem: Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo: Operadora para Prestador **Formato** Condição de Preenchimento Termo OgiT Tamanho Descrição Resposta ao recurso da guia Indica se o recurso apresentado pelo Condicionado. Deve ser preenchido em caso prestador para a quia foi acatado pela de recurso da quia. Informar S (sim) caso o String 1 operadora. recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado. Número da quia no prestador Número identificador da quia a que se refere Obrigatório. 20 Strina a conta. Senha de autorização emitida pela Condicionado. Deve ser preenchido em caso Senha 20 String de emissão de senha de autorização pela operadora. operadora. Data de realização DDMMAAAA Data em que o atendimento/procedimento Obrigatório. 8 Date foi realizado. Identificação do dente ou Identificação da dentição permanente ou Condicionado. Deve ser preenchido sempre decídua segundo tabela de domínio de que o procedimento for associado a um região 4 Strina dentes nº 28 ou identificação da região de dente ou a uma região. acordo com a tabela de domínio de regiões Identificação da face do dente Identificação da(s) face(s) do dente referido Condicionado. Deve ser preenchido quando no campo Dente, conforme tabela de for necessário identificar a(s) face(s) do 5 String domínio nº 32. dente que recebe(m) o tratamento. Quantidade de procedimentos Quantidade realizada do procedimento Obrigatório. Integer 2 realizados apresentado. Código da tabela utilizada para identificar os Obrigatório. Tabela de referência do procedimento ou item procedimentos realizados ou itens String 2 assistencial realizado assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87. Código identificador do procedimento ou Código do procedimento Obrigatório. item assistencial realizado pelo prestador, realizado ou item assistencial Strina 10 conforme tabela de domínio. utilizado Descrição do procedimento Descrição do procedimento realizado ou Obrigatório. realizado ou item assistencial String 150 item assistencial utilizado. utilizado

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador							
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.		
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Obrigatório.		
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.		
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa		
Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)		
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.		
Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero)		
Status do recurso de glosa							
Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias de recurso de glosa encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.		

pelo prestador.

pela operadora.

Data em que o recurso de glosa foi enviado

Data em que o recurso de glosa foi recebido

Número atribuído pelo prestador ao enviar

um conjunto de guias para a operadora, ao

qual se refere o recurso de glosa.

Obrigatório.

Obrigatório.

Obrigatório.

String

String

String

20

20

12

Data do envio do recurso de

Número do lote de cobrança a

qual se refere o recurso de

Data do recebimento do

recurso de glosa

glosa

glosa

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.	
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.	
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.	
Número do protocolo da situação do recurso de glosa	String	12		Número do protocolo dado pela operadora à solicitação da situação do recurso de glosa.	Obrigatório.	
Data da situação do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data na qual a situação do recurso de glosa está sendo informada pela operadora.	Obrigatório.	
Status da solicitação do recurso	String	1		Status da solicitação do recurso de glosa.	Obrigatório.	

de glosa

## Legenda da Mensagem de Solicitação do Status do Recurso de Glosa (solicitaStatusRecursoGlosa)

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número do protocolo de envio do recurso de glosa	Obrigatório.

#### Legenda da Mensagem de Solicitação de Demonstrativo de Retorno (solicitacaoDemonstrativoRetorno)

Mensagem : Solicitação de demonstrativos de retorno (solicitaçãoDemonstrativoRetorno) - Fluxo : Prestador para Operadora **Formato** Descrição **Termo** Tipo Tamanho Condição de Preenchimento Código do contratado Código identificador do prestador contratado Obrigatório. executante na operadora executante junto a operadora, conforme String 14 contrato estabelecido. Nome do contratado Razão Social, nome fantasia ou nome do Obrigatório. 70 String executante prestador contratado da operadora que executou o procedimento. Data em que o prestador está solicitando o Data da solicitação do **DDMMAAAA** Obrigatório. 8 Date demonstrativo para a operadora. demonstrativo Código do tipo de demonstrativo solicitado Tipo de demonstrativo de Obrigatório. pelo prestador, conforme tabela de domínio String 1 retorno n° 53. Data do início do faturamento Obrigatório. DDMMAAAA 8 Date Data do início do faturamento. Data do fim do faturamento DDMMAAAA Data final do faturamento Obrigatório. 8 Date Número do protocolo Número atribuído pela operadora ao lote de Obrigatório. quias encaminhado pelo prestador para o String 12 qual está sendo solicitado o demonstrativo.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Demonstrativo de Análise de C	onta				
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Código no Cadastro Nacional de				Código do prestador no Cadastro	Obrigatório. Caso o prestador ainda
Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do protocolo da cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a quia referida.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta
Hora do início do faturamento	Time	8	HH: MM: SS	Hora do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.

Hora do fim do faturamento	Time	8	HH: MM: SS	Hora do final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da quia.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial
Valor Informado do procedimento ou item assistencial	Numéric o	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Obrigatório.
Valor processado do procedimento ou item assistencial	Numéric o	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado.	Obrigatório.

Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numéric o	6,2	Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial.
Valor glosa do procedimento ou item assistencial	Numéric o	6,2	Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.  Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Código da glosa do procedimento	String	4	Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.  Código do motivo da glosa do caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor informado da guia	Numéric o	8,2	Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais.
Valor processado da guia	Numéric o	8,2	Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais.
Valor liberado da guia	Numéric o	8,2	Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia.
Valor da glosa da guia	Numéric o	8,2	Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais.  Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.

Valor informado do protocolo	Numéric o	8,2	Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote.
Valor processado do protocolo	Numéric o	8,2	Valor do protocolo utilizado como base Obrigatório.  pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que
Valor liberado do protocolo	Numéric o	8,2	Valor previsto para pagamento ao  prestador por lote/protocolo.  Corresponde ao valor processado  menos o valor glosado do  lote/protocolo
Valor da glosa do protocolo	Numéric o	8,2	Valor glosado do protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das quias que compõem o lote.  Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.
Valor informado geral	Numéric o	8,2	Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.
Valor processado geral	Numéric o	8,2	Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.
Valor liberado geral	Numéric o	8,2	Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.

Valor geral da glosa				Valor total glosado pela operadora,	Condicionado. Deve ser preenchido
	Numéric	8,2		correspondendo ao somatório dos	caso haja algum valor glosado nos
	0			valores glosados de todos os	protocolos ou guias apresentados no
				protocolos apresentados no	demonstrativo.
				demonstrativo.	
Demonstrativo de Pagamento					
Registro ANS				Registro da operadora de plano	Obrigatório.
	String	6		privado de assistência à saúde na	
	String	O		Agência Nacional de Saúde	
				Suplementar (ANS)	
Número do demonstrativo				Número que identifica o	Obrigatório.
	String	20		demonstrativo atribuído pela	
				operadora	
Nome da operadora				Razão Social ou nome fantasia da	Obrigatório.
	String	70		operadora de planos privados de	
				assistência à saúde	
Cadastro Nacional de Pessoa	String	14		Número da operadora no Cadastro	Obrigatório.
Jurídica da operadora	3			Nacional de Pessoa Jurídica.	
Data de emissão do	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
demonstrativo Código do contratado executante				Código identificador do prestador	Obrigatório.
na operadora				contratado executante junto a	
	String	14		operadora, conforme contrato	
				estabelecido.	
Nome do contratado executante				Razão Social, nome fantasia ou nome	Obrigatório.
	Ctring	70		do prestador contratado da operadora	
	String	70		que executou o procedimento.	
Código no Cadastro Nacional de				Código do prestador no Cadastro	Obrigatório. Caso o prestador ainda
Estabelecimentos de Saúde do				Nacional de Estabelecimentos de	não possua o código do CNES
executante	String	7		Saúde do Ministério da Saúde	preencher o campo com 9999999.
executante				(CNES/MS)	
Data do pagamento ao prestador			DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista	Obrigatório.
	Date	8		para o pagamento	3
Forma de pagamento ao				Código da forma como será efetuado	Obrigatório.
prestador	Ctrina	1		o pagamento dos serviços ao	_
	String	I		prestador, conforme tabela de	
				domínio nº 34.	

Banco de pagamento	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta bancária	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos servicos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Data do protocolo da cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	Numéric o	8,2		Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	Numéric o	8,2		Valor do lote/protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das quias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor liberado do protocolo	Numéric o	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.

Valor da glosa do protocolo			Valor glosado do lote/protocolo pela	Condicionado.
The second secon	Numéric		operadora, correspondendo ao	Deve ser preenchido caso haja algum
	О	8,2	somatório dos valores glosados das	valor glosado no protocolo
			quias que compõem o lote	apresentado no demonstrativo.
Valor total informado			Valor total informado pelo prestador,	Obrigatório.
			correspondendo ao somatório dos	
	Numéric	8,2	valores informados de todos os	
	0	,	lotes/protocolos apresentados no	
			demonstrativo	
Valor total processado			Valor total utilizado como base pela	Obrigatório.
'			operadora para o processamento do	3
	NI Cala		pagamento a ser efetuado,	
	Numéric	8,2	correspondendo ao somatório dos	
	0		valores processados de todos os	
			lotes/protocolos apresentados no	
			demonstrativo	
Valor total liberado			Valor total previsto para pagamento	Obrigatório.
	Numéric	8,2	ao prestador. Corresponde ao	
	0		somatório dos valores liberados de	
			todos os lotes/protocolos	
			apresentados no demonstrativo	
Valor total da glosa			Valor total glosado pela operadora,	Condicionado. Deve ser preenchido
	Numéric		correspondendo ao somatório dos	caso haja algum valor glosado nos
	0	8,2	valores glosados de todos os	protocolos apresentados no
			lotes/protocolos apresentados no	demonstrativo.
			demonstrativo	
Indicação de débito ou crédito			Indicador de débito ou crédito	Condicionado. Deve ser preenchido
geral	String	1	conforme tabela de domínio nº 37.	caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Código do débito ou crédito			Código do débito ou crédito, conforme	Condicionado. Deve ser preenchido
	String	2	tabela de domínio nº 27.	caso tenha ocorrido qualquer débito
				ou crédito.
Descrição de débitos ou créditos			Descrição de valores debitados ou	Condicionado. Deve ser preenchido
	String	40	creditados	caso tenha ocorrido qualquer débito
	1			ou crédito.
Valor dos débitos e créditos	Numéric		Valor dos débitos ou créditos	Condicionado. Deve ser preenchido
	0	6,2	complementares à conta	caso tenha ocorrido qualquer débito
	U			ou crédito.

Valor total de demais débitos			Valor total dos demais débitos Condicionado. Deve ser preenchido
	Numéric	8,2	complementares à conta. Corresponde caso tenha ocorrido qualquer débito.
	0	0,2	ao somatório de todos os débitos
			anotados.
Valor total de demais créditos			Valor total dos demais créditos Condicionado. Deve ser preenchido
	Numéric	8,2	complementares à conta. Corresponde caso tenha ocorrido qualquer crédito.
	0	0,2	ao somatório de todos os créditos
			anotados.
Valor final a receber			Valor final a ser recebido pelo Obrigatório.
	Numéric	8,2	prestador considerando todas as
	0	0,2	contas que compõem o
			demonstrativo
Observação / Justificativa			Campo utilizado para adicionar Opcional.
	String	500	quaisquer observações sobre o
		500	atendimento ou justificativas que
			liulque necessário

#### Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Registro ANS				Registro da operadora de plano	Obrigatório.
	String	6		privado de assistência à saúde na	
	String	O		Agência Nacional de Saúde	
				Suplementar (ANS)	
Número do demonstrativo	String	20		Número identificador do	Obrigatório.
	String	20		demonstrativo	
Nome da operadora				Razão Social ou nome fantasia da	Obrigatório.
	String	70		operadora de planos privados de	
				assistência à saúde	
Cadastro Nacional de Pessoa	String	14		Número da operadora no Cadastro	Obrigatório.
Jurídica da operadora	String	14		Nacional de Pessoa Jurídica.	
Data inicial do período de			DDMMAAAA	Data de início do processamento a	Obrigatório.
processamento	Date	8		que se refere o demonstrativo de	
				pagamento	
Data final do período de			DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que	Obrigatório.
processamento	Date	8		se refere o demonstrativo de	
				pagamento	
Código do contratado executante				Código identificador do prestador	Obrigatório.
na operadora	String	14		contratado executante junto a	
	String			operadora, conforme contrato	
				estabelecido.	

Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
CPF / CNPJ Contratado	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade.	Obrigatório.
Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Banco de pagamento	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta bancária	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos servicos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Número do lote	String	12		Número do lote informado pelo prestador	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado	Obrigatório.
Valor informado do procedimento ou item assistencial	Numéric o	6,2			Obrigatório.
Valor processado do procedimento ou item assistencial	Numéric o	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado	Obrigatório.
Valor glosa/estorno do procedimento ou item assistencial	Numéric o	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Valor da franquia do procedimento	Numéric o	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numéric o	6,2	Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial
Código da glosa do procedimento	String	4	Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio no 38. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Observação / Justificativa	String	500	Campo utilizado para adicionar Opcional. quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que iulque necessário
Valor informado da guia	Numéric o	8,2	Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais
Valor processado da guia	Numéric o	8,2	Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais
Valor da glosa da guia	Numéric 0	8,2	Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais
Valor total de franquia da guia	Numéric o	8,2	Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados  Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado da guia	Numéric o	8,2	Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia

Valor informado do protocolo	Numéric o	8,2	Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote	
Valor processado do protocolo	Numéric o	8,2	Valor do lote utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	Numéric o	8,2	Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das quias que compõem o lote	Condicionado.  Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.
Valor total franquia protocolo	Numéric o	8,2	Valor total da franquia do lote/protocolo correspondendo ao somatório do valor da franquia das quias que compõem o lote	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado do protocolo	Numéric o	8,2	Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Indicação de débito ou crédito geral	String	1	Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Código do débito ou crédito	String	2	Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	
Descrição de débitos ou créditos	String	40	Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.

Valor dos débitos e créditos	Numéric o	6,2	Valor dos débitos e créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Indicação de débito e crédito não tributáveis	String	1	Indicador de débito ou crédito não tributável, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Código do débito ou crédito não tributável	String	2	Código do débito ou crédito não tributável, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Descrição de débito ou crédito não tributável	String	40	Descrição de valores não tributáveis debitados ou creditados. Seu preenchimento é obrigatório, caso haja débito ou valor a ser creditado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Valor do débito ou crédito não tributável	Numéric o	6,2	Valor dos débito ou crédito não tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Indicação de débito ou crédito referente a impostos	String	1	Indicador de débito ou crédito referente a imposto, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito referente a impostos
Código do débito ou crédito referente a impostos	String	2	Código do débito ou crédito referente a imposto, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito referente a impostos.
Descrição de débitos ou créditos referentes a impostos	String	40	Descrição de demais impostos	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito referente a impostos
Valor dos débitos e créditos referentes a impostos	Numéric o	6,2	Valor dos débitos e créditos complementares á conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito referente a impostos
Valor total tributável	Numéric o	8,2	Valor total tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito tributável no protocolo.

Valor total de impostos retidos	Numéric o	8,2		Valor total impostos retidos	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito relativo a impostos no protocolo.
Valor total não tributável	Numéric o	8,2		Valor total não tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável no protocolo.
Valor final a receber	Numéric o	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem o demonstrativo	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que iulque necessário	Opcional.
Situação do Demonstrativo					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data inicial do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Data final do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Número do protocolo de envio da cobrança	String	12		Número do protocolo de cobrança ao qual se refere a solicitação do demonstrativo de retorno.	Obrigatório.

Número do protocolo da solicitação do demonstrativo de retorno	String	12		Número do protocolo dado pela operadora à solicitação do demonstrativo de retorno.	Obrigatório.
Tipo de demonstrativo de retorno	String	1		Código do tipo de demonstrativo solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio nº 53.	Obrigatório.
Data do status da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o status da solicitação está sendo informado.	Obrigatório.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.



# PADRÃO TISS

### COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte III - Mensagem entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)



Mensagem : Envio de dad	Mensagem : Envio de dados para ANS (tissMonitoramento) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento		
Cabeçalho							
Tipo de transação	String	13		Tipo de transação da mensagem que está sendo enviada	Obrigatório		
Número do lote	String	12		Número do lote atribuído pela operadora para identificar a remessa do arquivo de monitoramento. Este número de lote deve ser único por competência.	Obrigatório		
Competência dos dados	String	6	AAAAMM	Mês/ano a que se referem os dados que estão contidos no lote	Obrigatório		
Data de registro da transação	Date	8	AAAAMMDD	Data da geração do arquivo	Obrigatório		
Hora de registro da transação	Time	6	HHMMSS	Hora da geração do arquivo	Obrigatório		
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório		
Versão do padrão	String	7		Versão do padrão TISS para o envio de dados para ANS.	Obrigatório		
Informações do atendimento		•	•	•	•		
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador executante não tenha ainda o código do CNES, deve informar 99999999.		
Indicador da identificação do prestador executante	String	1		Indicador da identificação prestador executante, sendo: 1-CNPJ 2-CPF	Obrigatório.		
Número de cadastro do prestador executante na Receita Federal	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador executante dependendo da natureza da entidade	Obrigatório.		
Município de localização do prestador executante	String	7		Código IBGE do município de localização do prestador executante.	Obrigatório.		

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do cartão nacional de saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Cartão Nacional de Saúde não seia preenchido.
Data de nascimento do beneficiário	Date	8	DDMMAAAA	Data de nascimento do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Cartão Nacional de Saúde não seia preenchido.
Município de residência do beneficiário	String	7		Código IBGE do município de residência do beneficiário.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Cartão Nacional de Saúde não seia preenchido.
Número de identificação do plano do beneficiário na ANS	String	20		Número de registro do plano do beneficiário (RPS) ou número de cadastro do plano do beneficiário (SCPA) na ANS.	Obrigatório.
Tipo de evento de atenção à saúde	String	1		Identifica o tipo de evento de atenção à saúde que está sendo informado, conforme tabela de domínio nº 54.	Obrigatório. 1 - Consulta 2 - SP/SADT 3 - Internação 4 - Tratamento Odontológico
Origem do evento de atenção à saúde	String	1		Identifica qual foi a origem do evento de atenção à saúde que está sendo informado, conforme tabela de domínio nº 40.	Obrigatório. 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados 3 - Rede Própria - Demais prestadores 4 - Reembolso ao beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia no prestador	String	20		Número atribuído pelo prestador de serviços que identifica a guia principal do evento de atenção à saúde.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a  1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada  2 - Rede Própria - Cooperados ou  3 - Rede Própria - Demais
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia principal do evento de atenção à saúde.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a  1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada  2 - Rede Própria - Cooperados ou  3 - Rede Própria - Demais prestadores, caso a operadora atribua número próprio à guia, independente do número encaminhado pelo prestador.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da Guia de Solicitação de Internação que deu origem a internação do beneficiário.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.  Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Identificação do reembolso na operadora	String	20		Número que identifica o reembolso ao beneficiário na operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a 4 - Reembolso ao beneficiário.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data na qual o procedimento foi solicitado à operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora para a realização do procedimento ou utilização do item assistencial. Quando o tipo de evento for igual a 2-SP/SADT deve ser informada a data da solicitação que originou o atendimento e quando o tipo de evento for igual a 3-Internação, deve ser informada a data da solicitação que originou a internação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora para a realização do procedimento ou utilização do item assistencial. Quando o tipo de evento for igual a 3-Internação, deve ser informada a data da autorização que originou a internação.
Data de realização ou data inicial do período de atendimento	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado ou data inicial da internação.	Obrigatório. Quando o tipo de evento for igual a 3- Internação e o tipo de faturamento for igual a 3- Total ou 1-Parcial (Primeira cobrança), a data da internação é a data do início do faturamento da guia da resumo de internação.
Data de início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado na guia.	Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças parciais. Quando o tipo de evento for igual a 3- Internação e o tipo de faturamento for igual a 3- Total ou 1-Parcial (Primeira cobrança), esta data é a data da internação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data final do período de atendimento ou data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação ou data do fim do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças de internação ou cobranças parciais. Quando o tipo de evento for igual a 3- Internação e o tipo de faturamento for igual a 3- Total ou 1-Parcial (Última Cobrança), esta data é a data da saída da internação.
Data do protocolo da cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento.	Obrigatório.
Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada conforme tabela de domínio nº 52.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o atendimento foi prestado a recém-nato no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta, 2-SP/SADT ou 3-Internação. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recémnato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta, 2-SP/SADT ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.  Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento conforme tabela de domínio nº 23.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 2-SP/SADT ou 3-Internação ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.  Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de Internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.  Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Regime de internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.  Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup> revisão	Opcional.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Tipo de atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento conforme tabela de domínio nº 50.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado na guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação ou 4-Tratamento Odontológico e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.
Número de diárias de acompanhante	Numérico	3		Número de diárias de acompanhante	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e houver pagamento de acompanhante e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de diárias de UTI	Numérico	3		Número de diárias de UTI	Condicionado. Deve ser preenchido para os eventos de internação quando houver utilização de UTI e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Motivo de encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 2-SP/SADT ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor informado da guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais
Valor total pago de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total pago de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas,	Obrigatório. Quando não houver valor de diárias no evento de atenção à saúde informado ou quando a origem do evento for 4-reembolso e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Obrigatório. Quando não houver valor de taxas ou aluguéis no evento de atenção à saúde informado ou quando a origem do evento for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Quando não houver valor de materiais no evento de atenção à saúde informado ou quando a origem do evento for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais selecionados, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Quando não houver valor de OPME no evento de atenção à saúde informado ou quando a origem do evento for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado.	Obrigatório. Quando não houver valor de medicamentos no evento de atenção à saúde informado ou quando a origem do evento for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago em tabela própria da operadora	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório. Quando não houver valor pago em códigos da tabela própria da operadora, o campo deve ser preenchido com 0.0 (zero).
Valor total de glosa da guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Quando não houver
Informações de nascimento e	óbito				
Número da Declaração de Nascido Vivo	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores e tratar-se de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da Declaração de Óbito	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores e tratar-se de eventos de internação quando o motivo de saída for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando ocorrer óbito do RN na internação da mãe. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Informações do procedimento					
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela TUSS de identificação dos procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma individualizada, de acordo com a tabela de domínio nº 64. Ou ainda, quando for utilizado código próprio da operadora.
Código do grupo do procedimento ou item assistencial	String	3		Código TUSS identificador do grupo de procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 63.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma consolidada, de acordo com a tabela de domínio nº 64
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua OU identificação da região de acordo com a tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e sempre que o procedimento for associado a
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de procedimentos ou itens assistenciais	Integer	2		Quantidade do procedimento realizado ou item assistencial utilizado no evento de atenção à saúde.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma
Valor pago	Numérico	6,2		Valor pago do procedimento ou item assistencial individualizado ou do grupo informado.	Obrigatório.
HASH	String			Código HASH MD-5 da mensagem enviada	Obrigatório.



# PADRÃO TISS

# COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte IV - Envio de dados das operadoras de planos privados de assistência à saúde para beneficiários de planos de saúde



Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Torrito	1100	· amamo		Descrição	- Consider the first the f
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Nome fantasia da operadora	String	70		Nome fantasia da operadora do plano	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Número de cadastro do prestador executante na Receita Federal	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade	Obrigatório
Razão social ou nome do prestador	String	70		Razão social ou nome do prestador dependendo da natureza da entidade	Obrigatório
Município de localização do prestador	String	7		Código IBGE do município de localização do prestador.	Obrigatório
Nome do município de localização do prestador	String	50		Nome do município de localização do prestador.	Obrigatório
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário	Obrigatório
Nome do beneficiário	String	60		Nome do beneficiário	Obrigatório
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do cartão nacional de saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Número de identificação do plano do beneficiário na ANS	String	20		Número de registro do plano do beneficiário (RPS) ou número de cadastro do plano do beneficiário (SCPA) na ANS.	Obrigatório
Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.	Obrigatório

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do tipo de evento de atenção à saúde	String	25		Descrição do tipo de evento de atenção à saúde que está sendo informado, conforme tabela de domínio nº 54.	Obrigatório. 1 - Consulta 2 - SP/SADT 3 - Internação 4 - Tratamento Odontológico
Data de realização ou data inicial do período de atendimento	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado ou data inicial da internação.	Obrigatório.
Data final do período de atendimento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças de Internação.
Descrição do tipo de consulta	String	50		Descrição do tipo de consulta realizada conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.  Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.  Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Descrição da ocupação do executante	String	70		Descrição da ocupação do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.  Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do caráter do atendimento	String	20		Descrição do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 2-SP/SADT ou 3-Internação ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Descrição do tipo de Internação	String	15		Descrição do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.  Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do tipo de atendimento	String	50		Descrição do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Número de diárias de acompanhante	Numéric o	3		Número de diárias de acompanhante	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e houver pagamento de acompanhante e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.  Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de diárias de UTI	Numéric O	3		Número de diárias de UTI	Condicionado. Deve ser preenchido para os eventos de internação quando houver utilização de UTI e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Descrição do motivo de encerramento	String	100		Descrição do motivo da saída da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 2-SP/SADT ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4-Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Código do grupo do procedimento ou item assistencial	String	3		Código TUSS identificador do grupo de procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 63.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma consolidada.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código TUSS identificador do procedimento realizado ou item assistencial utilizado no evento de atenção à saúde, que deve ser enviado de forma individualizada, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma individualizada.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	500		Descrição do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador	Obrigatório
Identificação do dente ou região	String	70		Identificação da dentição permanente ou decídua OU identificação da região de acordo com a tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e sempre que o procedimento for associado a
Identificação da face do dente	String	10		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório



# PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte V - Formulários do Plano de Contingência



Logo da Empresa	(	GUIA DE CON		№ Guia no Prestador 1	2345678901234567890
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído p	ela Operadora		]	
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira	<u>                                     </u>		5 - Validade da Carteira	6 – Atendir	nento a RN (Sim ou Não)
7 – Nome				8 - Cartão Nacional de S	saúde
Dados do Contratado					
9- Código na Operadora		10 - Nome do Contratado			11 - Código CNES
12 - Nome do Profissional Exec	cutante	13 - Consell Profissiona	ı	elho	15 - UF   16 - Código CBO
Dados do Atendimento / Proce	dimento Realizado				
17 - Indicação de Acidente (aci	dente ou doença relacionada)				
18 - Data do Atendimento	19 - Tipo de Consu	lta 20 - T	abela 21 - Código do Pro	ocedimento	22 - Valor do Procedimento
23 - Observação / Justificativa					
24 - Assinatura do Profissional	Executante		25 - Assinatura do B	eneficiário ou Responsáve	1

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	4	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Data de validade da carteira	5	Validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
Indicador de atendimento ao recém-nato	6	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém- nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do beneficiário	7	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	8	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Código do contratado executante na operadora	9	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	10	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	11	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	12	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do executante	13	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	14	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional executante	15	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	16	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório.
Indicação de acidente ou doença relacionada	17	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36	Obrigatório.
Data de realização	18	Data do Atendimento	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Tipo de consulta	19	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	20	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	21	Código do procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	22	Valor do procedimento	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Observação / Justificativa	23	Observação/ Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Assinatura do profissional executante	24	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	25	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.

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

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal							
4 - Data da Autorização 5-Senha			6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operado	ora		
Dados do Beneficiário		7					10
8 - Número da Carteira	9 - Validade da		10 - Nome		11 - Cartão Nacional		12 -Atendimento a RN
Dados do Solicitante  13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado						
13 - Coulgo na Operationa	14 - Nome do Somadac						
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho 17 - Núm	nero no Conselho	18 – UF 19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
To Home as a substitution of the substitution		Profissional			20 - Assinatura do Fronssional constante		
Design to Calleitas 2 / Presedimentes a Evamos Calicitades							
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitado 21 - Caráter do 22 - Data da Solicitação	os 23 - Indicação Clínica						
	20 - Iliaiouguo Oliiiisa						
24-Tabela 25- Código do Procedimento 26	6 - Descrição					27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
-  1-	-						
2 -							 
3 -							
4-							 
5 -							 
Dados do Contratado Executante							
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado					31 - Código	CNES
Dados do Atendimento							
32-Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acid	dente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	5 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
32-Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acid	dente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	5 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	 s						
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados  36-Data 37-Hora Inicial 38-	s Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des		42 - Qtde. 43-Via 44-	Tec. 45- Fator Red./Acresc. 46-Valor Unita	ário (R\$) 47-Valor Total (	R\$)
_                                  _	 s Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des				ário (R\$) 47-Valor Total (	R\$)
	s Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des				ário (R\$) 47-Valor Total (	•
	 s Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des				ário (R\$) 47-Valor Total (	•
	S Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des					•
	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des					•
	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados   36-Data   37-Hora Inicial   38-l   1-	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des					•
	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados  36-Data 37-Hora Inicial 38-1  1-	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des		52-Conselho Profissional		54-UF 55-	
_	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código   :	do Procedimento 41-Des	L_L_I	52-Conselho Profissional		54-UF 55-	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36-Data 37-Hora Inicial 38-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des	L_L_I	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF 55-	Código CBO
	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des	L_L_I	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF 55-	Código CBO
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36-Data 37-Hora Inicial 38-1	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des	L_L_I	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF 55-	Código CBO
	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des	scrição  5 -	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF 55-	Código CBO
	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des	L_L_I	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF 55-	Código CBO
	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des	scrição  5 -	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF 55-	Código CBO
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36-Data 37-Hora Inicial 38-1	S  Hora Final 39-Tabela 40-Código	do Procedimento 41-Des	 scrição   5 -	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF 55-	Código CBO
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados  36-Data 37-Hora Inicial 38-1  1-	S	do Procedimento 41-Des	scrição  5 -	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF 55-	Código CBO
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36-Data 37-Hora Inicial 38-1	S	do Procedimento 41-Des	 scrição   5 -	52-Conselho Profissional  7 -	53-Número no Conselho	54-UF 55-	Código CBO

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicionado. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	8	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Data de validade da carteira	9	Validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
Nome do beneficiário	10	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	12	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém- nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado solicitante na operadora	13	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "999999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado solicitante	14	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	15	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	16	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	17	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	18	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	19	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	20	Assinatura do Solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	21	Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Data da solicitação	22	Data da Solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Indicação clínica	23	Indicação Clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	24	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	25	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do procedimento solicitado	26	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	27	Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento	28	Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	29	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	30	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	31	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	
Tipo de atendimento	32	Tipo de Atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de acidente ou doença relacionada	33	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tipo de consulta	34	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Motivo de Encerramento	35	Motivo de Encerramento do Atendimento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de óbito.	
Data de realização	36	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.	
Hora inicial da realização do procedimento	37	Hora Inicial	Time	8	HH: MM: SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência	
Hora final da realização do procedimento	38	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência	
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	39	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.	
Código do procedimento realizado	40	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.	
Descrição do procedimento realizado	41	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.	

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Quantidade de procedimentos realizados	42	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.	
Via de acesso	43	Via	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.	
Técnica utilizada para realização do procedimento	44	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.	
Fator de redução ou acréscimo	45	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 1.00	
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	46	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.	

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Valor total por procedimento realizado	47	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser	
Sequencial de referência do procedimento realizado	48	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da	
Grau de participação do profissional	49	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.	
Código do contratado executante na operadora	50	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.	
Nome do profissional executante	51	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.	

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Conselho profissional do executante	52	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Número do executante no conselho profissional	53	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
UF do conselho do profissional executante	54	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	55	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Data de realização	56	Data de realização de procedimentos em série	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados.
Assinatura do beneficiário ou responsável	57	Assinatura do beneficiário ou responsável na realização de procedimentos em série				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	58	Observação/Justificati va	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de procedimentos	59	Total de Procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Valor total de taxas e aluguéis	60	Total de Taxas Diversas e Aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.
Valor total de materiais	61	Total de Materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Valor total de OPME	62	Total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados.
Valor total de medicamentos	63	Total de Medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Valor total de gases medicinais	64	Total Gases Medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Valor do total geral	65	Total Geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	66	Assinatura do responsável pela Autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	67	Assinatura do Beneficiário ou Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do	68	Assinatura do				Assinatura do prestador	Obrigatório.
contratado		contratado				contratado.	

Logo da Empresa			ANEX		CITAÇÃO DE ÓRTESES, PR RIAIS ESPECIAIS - OPME	ÓTESES	E	2- № Guia r	2- N° Guia no Prestador 12345678901234567890		
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada			4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuíd	n nela Oneradora		
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Nome								
Dados do Profissional Solic	citante										
9- Nome do Profissional Sol	licitante				10 - Telefone	11 - E-mail					
					(  ) _ -	_					
Dados da Cirurgia											
OPME Solicitadas											
13-Tabela 14-Código 21-Registro ANVISA do M	do Material 15-D laterial	escrição 22-Referência o	do material no fabricante			23	16-Opção 17- Qtde. Solicitad 3-Nº Autorização de Funcionamento	a 18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtde. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado	
01-								,			
02-  _											
		1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1		1 1 1 1					
03-				-1111				_ <del></del>			
		1 1 1 1 1				1 1 1 1			·		
04-								_ <del>   </del>			
		1 1 1 1 1							III I		
		_		-!!!							
05-											
		_	_	-		_    _					
06-										,,	
		_	_			_    _	_	_  _			
24 - Especificação do Mater	rial										
25- Observação / Justificativ	va	fissional Solicitante				28- Assinatura d	io Responsável pela Autorização				
25 Sata da Gonettayao	Zi-Assinutula do Fio					=  Assiliatula u	20 . 100ponouver pela natorização				

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Obrigatório.
Data da autorização	5	data de autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	9	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	10	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	11	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa técnica	12	Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	13	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material solicitado	14	Código do material	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	15	Descrição	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	16	Opção fabr	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	17	Qtde solic	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor do unitário material solicitado	18	Valor Unitário Solicitado	Numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Quantidade autorizada do material	19	quantidade autorizada	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Valor do unitário material autorizado	20	valor unitário autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	21	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	22	Referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo	23	Nº autorização de funcionamento	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Especificação do material solicitado	24	Especificação do material	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
Observação / Justificativa	25	Observação/Justificati va	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	26	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	27	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.

Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
28	responsável pela				autorização concedida pela	Obrigatório.
	ampo na guia 28	ampo na guia  Assinatura do	Assinatura do responsável pela	ampo na guia  Tipo  Tamanho  Assinatura do responsável pela	ampo na guia  Tipo  Tamanho  Formato  Assinatura do responsável pela	Assinatura do responsável pela  Tipo Tamanho Formato Descrição  Assinatura do autorização concedida pela

Logo da Empresa	ANEXO DE SO	ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA									
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha			5 - Data da	a Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
					/ /						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	8 - Nome										
L											
9 - Peso (Kg)											
,											
Dados do Profissional Soli											
14 - Nome do Profissional	Solicitante 15 - Telefo	ne	16 - E-	mail							
		)    -									
Diagnóstico Oncológico											
17 - Data do diagnóstico	18 - CID 10 Principal 19 - CID 10 (2) 20 - CID 10 (3) 21 - CID 10 (4)	26 - PlanoTerapêutico									
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia 24 - Finalidade 25 - ECOG										
27 - Diagnóstico Cito/Histor	patológico	28 – Informaçõe	es relevantes								
Medicamentos e Drogas so	olicitadas				Tratamentos Anteriores						
•	ninistração 30-Tabela 31-Código do Medicamento 32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Frequência	36- Cirurgia						
  1-   <i> </i>  /				III							
2-  _ /  _ /			III	III							
3-  _ /  _ /			<b> </b>	<b></b> _	37 - Data da Realização						
4-     /     /											
5-     /     /					38 - Área Irradiada	<u></u>					
6-				. <u></u> .	35 - Area irradiada						
7-1  /  _ /											
8-			 	<u></u>	39 - Data da Aplicação						
				,							
40- Número de Ciclos Previstos	1 - Ciclo Atual 42-Intervalo entre Ciclos ( em días) 43 - Data da Solicitação 44-Assinatura do Profissional S	Solicitante			45-Assinatura do R	Responsável pela Autorização					

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso do beneficiário	9	Peso(kg)	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	10	Altura	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	11	Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	12	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Sexo do beneficiário	13	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	15	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	16	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Data do diagnóstico	17	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	18	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	19	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup>	Opcional.
Terceiro diagnóstico	20	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quarto diagnóstico	21	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	22	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	23	Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	24	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	25	ECOG	String	1			Obrigatório.
Plano terapêutico	26	Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	27	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	28	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para administração do tratamento	29	Data prevista para Administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	31	Código do medicamento	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	33	Doses	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	34	Via adm	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	35	Frequência	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	36	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	37	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Área irradiada	38	Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	39	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	40	Número de ciclos previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	41	Ciclo atual	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	42	Intervalo entre ciclos	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Data da solicitação	43	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	44	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	45	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Logo da Empresa

#### ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada	4 -Senha	5 - Data da Autorizaçã	6 - Número da Guia Atribuído pe	a Operadora
			·	
Dados do Beneficiário	1		1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-	
7 - Número da Carteira 8 - Nome				9 - Idade 10 - Sexo
Dados do Profissional Solicitante				
11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Telefone	13 - E-mail		
	( )	.l -  -		
Diagnóstico Oncológico				
14 - Data do diagnóstico 15 - CID 10 Principal 16 - CID 10 (2)	17 - CID 10 (3) 18 - CID 10 (		20 - Estadiamento	21 - ECOG 22 - Finalidade
23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	24 - Informações relevantes		Tratamentos Anteriores	
			25 - Cirurgia	
			26 - Data da Realização	
			27 - Quimioterapia	
			27 - Quimoterapia	
			28 - Data da Aplicação	
Procedimentos Complementares				
29-Data Prevista 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-De	scrição 33-Qtde.	29-Data Prevista 30-Tabela 31-Có	digo do Procedimento 32-Descrição	33-Qtde.
01-  _/  /   _  _		07-   / _  / _		
02-  // /  _ _		08-  / _ _ / _ _	_	
03-  _//		09-   / _	_	
04-  1/1		10-  // _ /	_	
05-		11-  // //		
06-   /		12-   /   /	_	
34 - Número de Campos 35 - Dose por dia (em Gy) 36 - Dose Total (em Gy) 37 - Número de I	Dias 38 - Data Prevista para Início da Administração			
39 - Data da Solicitação 40-Assinatura do Profissional Solicitante		41-Assinatura do Autorizador da Op	eradora	

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	_	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Idade do beneficiário	9	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	10	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	12	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Email do profissional solicitante	13	Email	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Data do diagnóstico	14	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	15	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	16	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup>	Opcional.
Terceiro diagnóstico	17	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quarto diagnóstico	18	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	19	Diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de
Estadiamento do tumor	20	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	21	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	22	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	23	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	24	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cirurgia	25	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	26	Data de Realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	27	Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	28	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	29	Data prevista	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de dominio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	31	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	33	Qtde	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de campos	34	Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	35	Dose por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	36	Dose total	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	37	Número de dias	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	38	Data revista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Data da solicitação	39	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	40	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	41	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Logo da Empresa	a				ICITAÇÃO NAÇÃO	2- № Guia no Prestad	lor 12345678	901234567890
1 - Registro ANS	3 - Número d	a Guia Atribuído pela C	) peradora					
4 - Data da Autorização	1	5 - Senha				6 –	Data de Validade da S	Senha
////_								
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira					8 - Validade da Carteir	a 9.	-Atendimento de RN	
							<u>  </u>	
10 - Nome						11 - Cartão Naciona	al de Saúde	
Dados do Contratado So	licitante					11111		
12 – Código na Operador			13 - Nome do Con	ntratado				
14 - Nome do Profissiona	al Solicitante			nselho ofissional	16 - Número no Cons	selho	17 - U	F 18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local	I Solicitado / Da	dos da Internação						
19- Código na Operadora			20 - Nome do Hosp	oital/Local	Solicitado		11	igerida para internação
22 - Caráter do Atendime	ento 23-Tipo de	e Internação 24 - Regii	ne de Internação 25	- Qtde. Di	árias Solicitadas 26 –	Previsão de uso de Of	PME 27 – Previsão	de uso de quimioterápico
29-CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 1	0 (3)	32 - CID 1	0 (4 )	33 - Indicação de Ac	idente (acidente ou d	oença relacionada)
Procedimentos Solicitad	os							
	igo do Procedin	nento 36 - Des	scrição				37 - Qtde Solic	38 – Qtde Aut
01-	_	_						
02-	_	_						III
03-	_	_						_
04-	_	_						III
05-	_							III
06-	_  _	_						_
07-	_	_						_
08-	_							
09-								
10-								
11-	_ <del></del>							
12-	_							 
Dados da Autorização								
39 - Data Provável da Ac	dmissão Hospita	alar 40 - Qtde. Diari	as Autorizadas 41	1 - Tipo da	Acomodação Autoriza	ada		
////					_			
42 - Código na Operado		izado	43 - Nome do Hospit	al / Local	Autorizado		44 -	Código CNES
45 – Observação / Justi	ficativa							
46-Data da Solicitação		47-Assinatura do Profiss	sional Solicitante		48-Assinatura do Benefic	ciário ou Responsável	49-Assinatura do R	esponsável pela Autorização

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	G
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da carteira	8	Validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
Indicador de atendimento ao recém-nato	9	Atendimento a RN	String	1		nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos	beneficiário seja o responsável e
Nome do beneficiário	10	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Código do contratado solicitante na operadora	12	Código do contratado	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	13	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	•

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	15	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	
Número do solicitante no conselho profissional	16	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	17	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	_
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	18	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	
Código do contratado solicitado na operadora	19	Código na operadora / CNPJ	String	14		Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário	S

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do hospital / local solicitado	20	Nome do hospital / local	String	70		Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	_
Data sugerida para internação	21	Data sugerida para internação	Date	8	DDMMAAAA	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	_
Caráter do atendimento	22	Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de internação	23	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	
Regime de internação	24	Regime de Internação	String	1		Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41.	
Quantidade de diárias solicitadas	25	Otde diárias solicitadas	Integer	2		Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório.
Indicador de previsão de uso de OPME	26	Previsão de uso de OPME	String	1		•	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso destes materiais.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de previsão de uso de quimioterápico	27	Previsão de uso de quimioterápico	String	1		· ·	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.
Indicação clínica	28	Indicação Clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Diagnóstico principal	29	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	
Diagnóstico secundário	30	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª	
Terceiro diagnóstico	31	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	·
Quarto diagnóstico	32	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação de acidente ou doença relacionada	33	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	34	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	35	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	36	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	37	Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento	38	Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Data provável da admissão hospitalar	39	Data provável da admissão hospitalar	Date	8	DDMMAAAA	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Quantidade de diárias autorizadas	40	Qtde diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	
Tipo da acomodação autorizada	41	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado autorizado na operadora	42	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	•
Nome do hospital / local autorizado	43	Nome do hospital / local autorizado	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	44	Código CNES	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de
Observação / Justificativa	45	Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	·
Data da solicitação	46	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	-
Assinatura do profissional solicitante	47	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	48	Assinatura do Beneficiário ou Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	49	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Logo da Operadora

#### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- N° Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia de	Solicitação de Internação		4 - Data da Autorização	]
5-Senha			6 Número da Gui	a Atribuído pela Operadora	
5-Senna			o - Numero da Gui	a Attibuluo pela Operadora	
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira		Ω.	lome		
7 - Numero da Cartella			Tome		
Dada da Cantrata da Calla					
Dados do Contratado Solic 9 - Código na Operadora	itante	10 - Nome do Contratado			
5 - Codigo na Operadora		I I I I I I I I I I I I I I I I I I I			
44 Name de Bustinale			onselho 13 - Número no	Olb	14 – UF   15 - Código CBO
11 - Nome do Profissional S	Solicitante	Profis	ssional	Conseino	114 - OF 115 - Codigo CBO
Dados da Internação 16 - Qtde. Diárias Adicionai	e Solicitadae	17 – Tipo da Acomodação Solicitad	<u> </u>		
	3 Concitadas				
18 - Indicação Clínica					
Procedimentos Adicionais		24 Descrição		2	2. Otdo Solic. 23 – Otdo Aut
19-Tabela 20 - Código do		21 - Descrição		2	2 - Qtde Solic 23 – Qtde Aut
19-Tabela 20 - Código do 1-  _		21 - Descrição		2	2 - Qtde Solic 23 - Qtde Aut
19-Tabela 20 - Código do 1-           2-		21 - Descrição		2	2 - Qtde Solic 23 – Qtde Aut
19-Tabela 20 - Código do 1-  _		21 - Descrição		2	2 - Qtde Solic 23 – Qtde Aut
19-Tabela 20 - Código do 1-           2-		21 - Descrição		2	2 - Qtde Solic 23 – Qtde Aut
19-Tabela 20 - Código do 1-       2-           3-		21 - Descrição			2 - Qtde Solic 23 - Qtde Aut
19-Tabela 20 - Código do 1-		21 - Descrição			
19-Tabela 20 - Código do 1-					
19-Tabela 20 - Código do 1-					
19-Tabela 20 - Código do 1-					
19-Tabela 20 - Código do 1-					
19-Tabela 20 - Código do 1-					
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento				
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento				
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento	Tipo da Acomodação Autorizada			
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento	Tipo da Acomodação Autorizada			
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento	Tipo da Acomodação Autorizada			
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento	Tipo da Acomodação Autorizada			
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento	Tipo da Acomodação Autorizada			
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento	Tipo da Acomodação Autorizada			
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento	Tipo da Acomodação Autorizada			
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento	Tipo da Acomodação Autorizada			
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento	Tipo da Acomodação Autorizada			
19-Tabela 20 - Código do 1-	Procedimento	Tipo da Acomodação Autorizada			

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia de solicitação de internação.	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Código do contratado solicitante na Operadora	9	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	10	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	12	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	13	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	14	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	15	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de	Obrigatório.
Quantidade de diárias adicionais solicitadas	16	Otde. diárias adicionais solicitadas	Integer	3		Quantidade de diárias de	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.
Tipo da acomodação solicitada	17	Tipo da acomodação solicitada	String	2		Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação clínica	18	Indicação Clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	19	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento solicitado	20	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	21	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade solicitada do procedimento	21	Otde solic	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade autorizada do procedimento	23	Otde Aut	Integer	3		Quantidade autorizada pela operadora de um mesmo procedimento ou item assistencial	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade de diárias adicionais autorizadas	24	Qtde. diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Otde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de servicos
Tipo da acomodação autorizada	25	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	26	Justificativa da Operadora	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Observação / Justificativa	27	Observação/Justificati va	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	28	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	29	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	30	Assinatura do responsável pela autorizacão				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

#### **GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO**

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

Logo da Empresa		OOIA	DE RECOMIC DE INT	LIMAÇÃO				120 1007	0,0120100,0,	
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitaç	·								
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Validade d		Número da Guia Atrib	uído pela Operado	ra			
////				/  _  <u> </u>						
Dados do Beneficiário										
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	10- Nome					io Nacional de Saúd		12-Atendimento a RN
Dados do Contratado Execut									1/-	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado							15 -	- Código CNES
									[L	
Dados da Internação 16 - Caráter do Atendimento	17 - Tipo de Faturamento	18- Data do Início do Faturamento	19- Hora do Início do Faturamento	20- Data do Fim do Fatu	ramenta	21- Hora do Fim d	o Esturomento 22 T	ipo de Internação	23- Regime de Internação	
24 - CID 10 Principal 25 - C	26 - CID 10 (3)	27 - CID 10 (4) 28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion	29 - Motivo de Encerramento di lada)	a Internação 30-Núme	ero da declaração de n		31 - CID 10 Óbito	32 - Numero d	a declaração de óbito	33 -Indicador D.O. de RN
										<u> </u>
Procedimentos e Exames Re	ealizados									
34-Data	35-Hora Inicial 36-Ho	ora Final 37-Tabela 38-Código do Procedimen	o 39-Descrição		40-Qtd	e. 41-Via 42-T	éc 43-Fator Red/Acres	44-Valor Unitári	o (R\$) 45-Valor To	tal (R\$)
01-  _ /  _ /	a	:					.    _, ,			_  ,
02-  _ /  /	a	:								_
03-  _ /  _ /	a	:					_	_		
04-  _ /  _ /	a	:L					_			_  ,
05-  _ /  / _	a	   -								_  ,
06-     /     /					1.1	1 1 1 11		11 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1	
07-     /     /			1 1 1 1		1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 11 1	11 1 1 1	1 1 11 1 11 1	1 1 1 11 1
08-     /     /									1 1 1 1 1 1 1	
09-     /     /										1 1 1 1 1 1
10-							-1 11111		_ <del></del>	
10-1	l						-! !!!!!!-		_!!,	_
Identificação da Equipe										
46-Seq.Ref 47-Grau Part. 48	3-Código na Operadora/CPF	49-Nome do Profissional				50-Conselho Profis	sional 51-Número no 0	Conselho	52-UF	53-Código CBO
										·
						_				
										.
						II			<b> </b> _	<b> </b>
						III				
		<u> </u>							<b></b> _	
54 - Total de Procedimentos	(R\$) 55 - Total de Diárias (R\$	56 - Total de Taxase Aluguéis (R\$)	57 - Total de Materiais (R\$)	58 - Total de OPME (	(R\$) 59	- Total de Medican	nentos (R\$) 60 - 1	Total de Gases Med	icinais (R\$) 61 - Total Ger	al (R\$)
62- Data da assinatura do co	ontratado 63- Assinatura do co	ontratado			64-Assinatura do(s	s) Auditor(es) da O	peradora			
	_ _				J [					
65 - Observações / Justificat	tiva									
Padrã	o TISS - Componente d	le Conteúdo e Estrutura - Maio 201	3							246

Procedimentos e Exames Realizados (continuação)		
34-Data 35-Hora Inicial 36-Hora Final 37-Tabela 38-Código do Procedimento	39-Descrição 40-Qtde. 41-Via 42-Te	c 43-Fator Red/Acresc 44-Valor Unitário (R\$) 45-Valor Total (R\$)
11-[//		
12- <u>                                      </u>		
13- <u>                                      </u>		
14-  /  /	J	
15-  // //		
16- <u>                                      </u>	J	
17- <u>                                      </u>		- - - - - - - - - - - - - - -
18- <u>                                      </u>	-l	
19- <u>                                      </u>	-l	
20- <u>                                      </u>		
21- <u>                                      </u>	-l	
22- <u>                                      </u>		
ldentificação da Equipe (Continuação)		
46-Seq.Ref 47-Grau Part. 48-Código na Operadora/CPF 49-Nome do Profissional	50-Conselho Profis	sional 51-Número no Conselho 52-UF 53-Código CBO
	<u>  </u>	
	<u>L_L_</u> l	
	<u>L_L_</u> l	
65 - Observação / Justificativa		

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia de solicitação de internacão	3	Número da guia de solicitação de internacão.	String	20		Número da guia de solicitação de Internação	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	8	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da carteira	9	Validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
Nome do beneficiário	10	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	12	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém- nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Código do contratado executante na operadora	13	Código na operadora	String	14		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	
Nome do contratado executante	14	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	15	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	·

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Caráter do atendimento	16	Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	17	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55	Obrigatório.
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Hora do início do faturamento	19	Hora do início do faturamento	Time	8	HH: MM: SS	Hora do início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Data do fim do faturamento	20	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do final do faturamento da guia que está sendo complementada
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do final do faturamento da guia que está sendo complementada
Tipo de internação	22	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Regime de internação	23	Regime de Internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Diagnóstico principal	24	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup> revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	25	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 <sup>a</sup>	Opcional.
Terceiro diagnóstico	26	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	27	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10° revisão	Opcional.
Indicação de acidente ou doença relacionada	28	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Motivo de Encerramento	29	Motivo de Encerramento da Internação	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da Declaração de Nascido Vivo	30	Número da Declaração de Nascido Vivo	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	
Diagnóstico de óbito	31	CID10 Óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª	Opcional.
Número da Declaração de Óbito	32	Número da Declaração de Óbito	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	Condicionado. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da
Indicador de declaração de óbito de recém-nato.	33	Indicador DO de RN	String	1		Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o campo Número da Declaração de Óbito for preenchido. Preencher com S - SIM caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N - Não caso a declaração de óbito informada seja da mãe.
Data de realização	34	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora inicial da realização do procedimento	35	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora final da realização do procedimento	36	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	37	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	38	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	39	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	40	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	41	Via	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	42	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Fator de redução ou acréscimo	43	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	44	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor total por procedimento realizado	45	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Sequencial de referência do procedimento realizado	46	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da
Grau de participação do profissional	47	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	48	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional executante	49	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Conselho profissional do executante	50	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	51	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	52	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	53	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório.
Valor total de procedimentos	54	Total de Procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de diárias	55	Total de Diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
Valor total de taxas e aluguéis	56	Total de Taxas e Aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.
Valor total de materiais	57	Total de Materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais,	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de OPME	58	Total de OPME	Numérico	8,2		Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	prótese ou material especial cobrado.
Valor total de medicamentos	59	Total de Medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser
Valor total de gases medicinais	60	Total Gases Medicinais	Numérico	8,2			Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Valor do total geral	61	Total Geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Data da assinatura do prestador contratado	62	Data da assinatura do contratado	Date	8	DDMMAAAA		Obrigatório.
Assinatura do contratado	63	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do auditor da operadora	64	Assinatura do(s) auditor(es) da operadora				Assinatura do auditor da operadora	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria <i>in loco da</i> operadora
Observação / Justificativa	65	Observação/Justificati va	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que iulque necessário	Opcional.

#### **GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL**

(Somente para pacientes internados)

1 - Registro ANS	3- Nº Guia de Solicitação de Inte	ernação		4 - Senha			5 - Número da	Guia Atribuído pela Op	eradora	
									_	
Dados do Beneficiário										
6 - Número da Carteira			7 - Nome							8 - Atendimento a RN
Dados do Contratado (onde fo	oi executado o procedimento)									
9 - Código na Operadora		10 - Nome do H	lospital/Local						11-Cóc	ligo CNES
Dados do Contratado Executa			t at at						14.0	TILL OUT
12 - Código na Operadora		- Nome do Con	tratado						11	odigo CNES
15 - Nome do Profissional Ex					7	71				
15 - Nome do Profissional Ex	ecutante				16 - Conselho Profissional	17 - Número no Consel	no			Código CBO
Dadaa da intamaa a										
Dados da internação  20 – Data do Início do Fatura	mento 21 – Data do Fim do Fa	turamento								
Procedimentos Realizados	·									
22 - Grau Part. 23-Data	24-Hora Inicial	25-Hora Final	26-Tabela 27-Código do Procedimento	28-Descrição		29-Qtde. 30-Via 31-Ted	: 32- Fator Red	33-Valor Unitário - R\$	34-Valor	Total – R\$
							/ Acresc			
- III III	//     :	:	_			-	,	_		,
02-        /	!/	:	_			-	,	·—		,
03-   _    / _ _	!/	:	_				,	·	,	
04-							,	·		_
			-               			-	,     ,	·—		_
07-						-				
08-   _						-	,		!'!!	
				<del></del>		-				
10-						-				
11-      /	!/	:	_			_	,		,	_  ,
12-      /	//	:				_   _	,			
35- Observação / Justificativ	/a								36- Valor total do	s honorários
,										_
									1	
37 - Data de emissão	38 - Assinatura do	Profissional Ex	ecutante							

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	,	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	5	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	6	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	7	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	8	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recémnato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	9	Código na operadora	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	10	Nome do hospital / local	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	11	Código CNES	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Código do contratado executante na operadora	12	Código do contratado na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	13	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	14	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	•
Nome do profissional executante	15	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Conselho profissional do executante	16	Conselho profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	17	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	18	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	19	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório.
Data do início do faturamento	20	Data início Faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado nesta quia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	21	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta quia.	Obrigatório.
Grau de participação do profissional	22	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do procedimento, conforme tabela de domínio no 35	Obrigatório.
Data de realização	23	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	24	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora final da realização do procedimento	25	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	26	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	27	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	28	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	29	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	30	Via	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	31	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio no 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	32	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1.00.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	33	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor total por procedimento realizado	34	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Observação / Justificativa	35	Observação/Justificati va	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Valor total dos honorários	36	Valor Total dos Honorários	Numérico	8,2		Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero)
Data de emissão da quia	37	Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.

Logo da Empresa

	Logo da Empresa						T <b>RAS DES</b> I T e Resumo de						
1	I - Registro ANS	2 – Número da Guia R	eferenciada										
D	ados do Contratado Executante												
3	- Código na Operadora		4 - Nome do Cor	ntratado								5 – Código CNES	S
)	espesas Realizadas												
	6-CD 7-Data 17-Registro ANVISA do Material	8-Hora Inicia		l 10-Tabela encia do material no	11-Código do Item o fabricante		12-Qtde.	13-Unida de Me			o - R\$ ção de Funcionam	16-Valor Total – R\$ ento	
1	1-		a   :				,						_ ,
		_	<u> </u>		_	_	_	_	_  _		_		_
	20-Descrição												_
2	2-  _    /  /  /	:	a   :				_,	_	,	.	,		_ ,
		_			-	-	_	_	_  _		_		_
	20-Descrição												-
3	3-       <u></u>  /  /  /		a   : _				,			.			_ ,
	20 Deceries -				-	-	_	_	_  _		_		_
	20-Descrição												-
_	·	- <del></del>											_l'!l
	20-Descrição				-1111			_!!!!		<u>   </u>			_''
	-		a   :				_ ,						_ _ ,
		_					_	_	_				_
	20-Descrição												_
6	3- I	:	a  :	_			_,			.			_ ,
		_					_	_	_  _		_	_	_
	20-Descrição												-
7	7-       /  /  /	:	a   :				_,						_ ,
		_			-	_	_	_	_  _	lll	_		_
	20-Descrição	1 1 1 1 1 12		1 1 1 1 1									-  ,
c		_  -  -          -					-		;  				_ ,
	20-Descrição		II III-		-!!!!	-!!!!	_!!!	_!!!	_				_!!
	9-												- _ ,
													_
	20-Descrição												_
O	D-    /  /  /	:	a   :				_,						_ ,
		_	<u> </u>					_	_  _	III			_
	20-Descrição												_
_													
2	1 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicam	nentos (R\$)	23 - Total de Materi	iais (R\$)	24 - Total de OPME	(R\$)	5 - Total de Taxas e	Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$	3) 27	- Total Geral (R\$)	
							,		_  ,		_		_  ,
2.	1 - Total de Gases Medicinais (R\$)						· · ·						

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia referenciada	2	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual esse anexo está vinculado.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	3	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	4	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	5	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	
Código da despesa	6	CD	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data de realização	7	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	8	Hora inicial	Time	8	HH: MM: SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final da realização do procedimento	9	Hora final	Time	8	HH: MM: SS	Horário final da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	10	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do item assistencial utilizado	11	Código do item	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Quantidade do item assistencial utilizado	12	Otde	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Unidade de Medida	13	Unidade de medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Fator de redução ou acréscimo	14	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1.00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	15	Valor unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero
Valor total dos itens assistenciais utilizados	16	Valor total	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	18	Referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo	19	Nº autorização de funcionamento da empresa	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Descrição do item assistencial utilizado	20	Descrição	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Valor total de gases medicinais	21	Total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero).
Valor total de medicamentos	22	Total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Obrigatório. Caso não haja
Valor total de materiais	23	Total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais,	Obrigatório. Caso não haja materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de OPME	24	Total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das OPMEs, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja órtese, prótese ou material especial cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Valor total de taxas e aluguéis	25	Total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Obrigatório. Caso não haja taxas ou aluguéis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Valor total de diárias	26	Total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Obrigatório. Caso não haja diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Valor do total geral	27	Total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero

Logo da Empresa			DEMONS	TRATIVO DE	- A NIÁI 16		NTA.			2- № 1234	5678901234567890
			DEMONS I	I RATIVO DE	ANALI	SE DE COI	NIA				
1 - Registro ANS 3 - Nome da O	novadora							[4 CN	IPJ da Operadora		5 - Data de emissão
1 - Registro ANS 3 - Nome da O	perauora										
Dados do Prestador									.		/////
6 - Código na Operadora	7- Nome do Contra	tado									8 - Código CNES
Dados do Lote/Protocolo											
9 - Número do Lote	10 - Número do Protocolo		11 - Data do P	Protocolo	12 - Códi	go da Glosa do Pr	rotocolo				
				_  /							
Dados da Guia											
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número	da Guia Atribuído pe	ela Operadora			15 -Senha				
16 - Nome do beneficiário							17 - Número d	la Carteira			
18- Data do Início do Faturamento	9- Hora do Início do Faturamento 20-	Data do Fim do Fa	turamento 2	21- Hora do Fim do F	aturamento	22 – Código da	Glosa da Guia	]			
		/									
23-Data de realização 24-Tabo	ela 25-Código do procedimento/	26-Descrição		27-Grau de	e 28-Valor Info	rmado	29-Quant.	30-Valor Processado	o 31-Valor Liberad	o 32-Valor GI	osa 33-Código
	Item assistencial			Participaç	ão		Executada				da Glosa
1-  / _ / _ / _		I			l I <u>ll</u> _					_  ,	
2 -   /		_1			l III_				_ ,		
3 -  ////		l							_ ,	_  ,	
4-  /  /	J	_			l I <u>—</u>  —	,					
5 -    /    /    /					l I <u></u>		J		_ ,	_  ,	
6 - 1							_		_ ,	_  ,	
7-1/		_				,			_ ,	_  ,	
8 -   _   _  /  _   _  /  _   _   _   _   _		_									
9-   <i> </i>  - -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -	-	_					-				
11-1 1 1/1 1 1/1 1 1 1 1 1							- I				
12-											
13-  _ /  /					 					_  ,	
14-		_1			l				_ - - - - - -		
15-  _ /  _ /		_							_ - - - - - - -	_  - - - - - - - - - - - - - - - - -	
16-   /   /		_1			l I <u></u>				_ - - -		
17-  _ /  _ /  _					l	,,			_ ,	_  -	
Total da Guia											
34 - Valor Informado da Guia (R\$)	35 - Valor Processado da Guia (F	36	- Valor Liberado da C	Guia (R\$)	37 - Valor	Glosa da Guia (R\$	)				
					.						
Total do Protocolo	-1										
38 - Valor Informado do Protocolo (R\$)	39 - Valor Processado do Protoc	colo (R\$) 40 ·	- Valor Liberado do F	Protocolo (R\$)	41 - Valor (	Glosa do Protocol	o (R\$)				
	J						,	ı			
Total Geral											
42 - Valor Informado Geral (R\$)	43 - Valor Processado Geral (R\$)	44 -	Valor Liberado Gera	al (R\$)	45 - Valor	Glosa Geral (R\$)					
		_ ,			ı		,	ı [			

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	2	N°	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	4	CNPJ Operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	5	Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	8	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	9	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	10	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do protocolo da cobrança	11	Data do protocolo	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	12	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.
Número da guia no prestador	13	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	14	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Senha	15	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a guia referida.
Nome do beneficiário	16	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	17	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora do início do faturamento	19	Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Data do fim do faturamento	20	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Código da glosa da guia	22	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da quia.
Data de realização	23	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	24	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	25	Código do procedimento / item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	26	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau de participação do profissional	27	Grau de participação	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.
Valor Informado do procedimento ou item assistencial	28	Valor informado	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	29	Qtde executada	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Obrigatório.
Valor processado do procedimento ou item assistencial	30	Valor processado	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado.	Obrigatório.
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	31	Valor liberado	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Valor glosa do procedimento ou item assistencial	32	Valor glosa	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa do procedimento	33	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo
Valor informado da guia	34	Valor informado da guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens	Obrigatório.
Valor processado da guia	35	Valor processado da guia	Numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.
Valor liberado da guia	36	Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	37	Valor glosa da guia	Numérico	8,2			Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Valor informado do protocolo	38	Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das quias que compõem o lote	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado do protocolo	39	Valor processado do protocolo	Numérico	8,2		Valor do protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor liberado do protocolo	40	Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	41	Valor glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado do protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.
Valor informado geral	42	Valor informado geral	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor processado geral	43	Valor processado geral	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor liberado geral	44	Valor liberado geral	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo	Obrigatório.
Valor geral da glosa	45	Valor glosa geral	Numérico	8,2		somatório dos valores glosados de todos os protocolos	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado nos protocolos ou guias apresentados no demonstrativo.

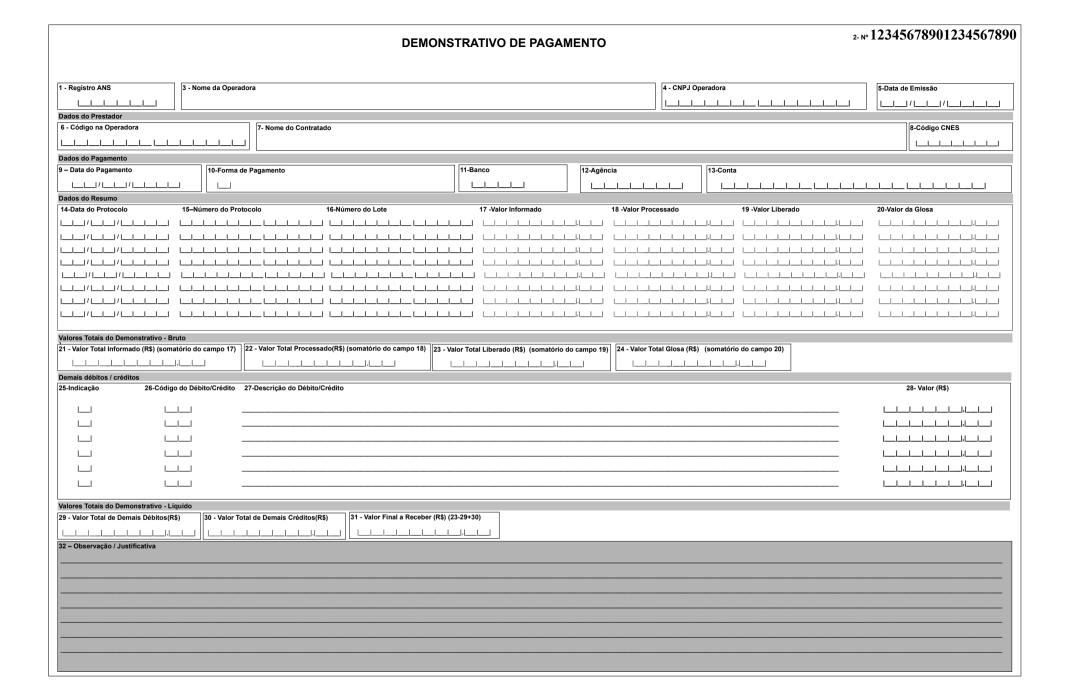
College of a give of a g		.			
Color of Section   Color of Se	Dados do recurso da guia				
15-Section of the Control of the Description   15-Auditorius (Processes on records integral file grain)   17-Acres (Processes on Processes on Proc	I3- Número da guia no presta	ndor	14-Senha		
Late do Securito De procedimento de la restanción de la contración de la c				→	
About Total Recurses (RS)  2. Valor Total Recurse (RS)  2. Valo	I5-Código da glosa da guia	16-Justificativa (no caso de recurso	o integral da guia)		17 - Acatado
1-State final periods   1-State final periods   2-Tables   21-Procedimentolium assistancial   22-Descrição   22-Descrição   23-Descrição					
1-State final periods   1-State final periods   2-Tables   21-Procedimentolium assistancial   22-Descrição   22-Descrição   23-Descrição	Dados do recurso do procedir	mento ou item assistencial			
Valor Total Recursado (PS)	18-Data de realização	19-Data final período	20-Tabela 21-Procedimento/Item assistencial	22-Descrição	23-Código da glosa
S Cata da Assinotura da Operadora   S Assinatura da Op	24-Valor Recursado 26-Valor Acatado	25-Justificativa do Prestador 27-Justificativa da Operadora			
	01-   _ /  _ /	//			
		1 1			
1. Assistator de Copradore   27. Assistator de Operadore   27. A					
8 - Water Total Recursado (R3)  20 - Water Total Recursado (R5)  20 - Water Total Acetado (R5)  21 - Data da Assinatura da Operadore  22 - Data da Assinatura da Operadore  23 - Assinatura da Operadore  24 - Data da Assinatura da Operadore  25 - Data da Assinatura da Operadore  26 - Data da Assinatura da Operadore  26 - Data da Assinatura da Operadore  27 - Data da Assinatura da Operadore	' -				
8 - Valor Total Acatado (R5)  29 - Valor Total Acatado (R5)  20 - Date of Assinature de Operadore  10 - Assinature de Operadore  27 - Service Total Security Maio 2012	02-   _ /  _ /	_  / _ / _ // //			
8- Valor Total Recursado (RS)  19- Valor Total Acatado (RS)  19- Data Go Recurso  17- Assinatura da Operadora  17- Data da Assinatura da Operadora  17- Data da Assinatura da Operadora  17- Data da Assinatura da Operadora  17- Operadora (Operadora Operadora O	,				
8 - Valor Total Recursado (RS)  29 - Walor Total Acatado (RS)  20 - Date of Recurso  31 - Assinatura da Operadora  276					
8 - Valor Total Recursado (RS)  29 - Walor Total Acatado (RS)  20 - Date of Recurso  31 - Assinatura da Operadora  276					
8- Valor Total Recursado (RS)  10- Data de Recursado (RS)  12- Data da Assinatura da Operadora  13- Assinatura da Operadora  13- Assinatura da Operadora  13- Assinatura da Operadora  26- Data da Assinatura da Operadora					
8. Valor Total Recursado (R5)  29 - Valor Total Acettado (R5)  9. Data de Recursado Securso  131 - Assinatura do Operadora  Da Dado Recurso  132 - Data da Assinatura da Operadora  276					
8 - Valor Total Recursado (RS)  9 - Data do Recurso  10 - Data do Recurso  11 - Assinatura do Operadora  27 -	,				
8 - Valor Total Recursado (RS)  9 - Data do Recurso  10 - Data do Recurso  11 - Assinatura do Operadora  27 -	n4-        /     /	1 1 1 1 1 1/1 1 1/1 1			
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  - Data do Recurso  131 - Assinatura do Contratado  Padrão TISS (Componente do Contratado (Ros)  276					111
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  10 - Data do Recurso  31 - Assinatura do Contratado  Podrão TISS Componente do Controledo e Estruturo Maio 2013					
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  0 - Data do Recurso  31 - Assinatura do Contratado  Podrão TISC Componento do Contratado  Podrão TISC Componento do Contratado	,				
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  0 - Data do Recurso  31 - Assinatura do Contratado  Portego (TSC Comprosing do Contratado Sectruturo, Majo 2012	05-   _ /  / _	_     /  /			
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  0 - Data do Recurso  31 - Assinatura do Contratado  Podrão TUSS Composito do Contraúdo o Estruturo Moio 2013					
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  10 - Data do Recurso  31 - Assinatura do Contratado  276					
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  10 - Data do Recurso  31 - Assinatura do Contratado  276					
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  0 - Data do Recurso  31 - Assinatura do Contratado  Podrão TISS Componente do Controlido e Estrutura Majo 2013					
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  0 - Data do Recurso  31 - Assinatura do Contratado  Padrão TISS Componento do Contratado  276					
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  0 - Data do Recurso  31 - Assinatura do Contratado  Padrão TISS Corpoporato do Contratado  276	,				
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  0 - Data do Recurso  31 - Assinatura do Contratado  Padrão TISS Corpoporato do Contratado  276	07-   _ /	_  _			
8 - Valor Total Recursado (R\$)  29 - Valor Total Acatado (R\$)  0 - Data do Recurso  13 - Assinatura do Contratado  13 - Data da Assinatura da Operadora  276					
10 - Data do Recurso  Padrão TISS Corresponde do Control do Contro	_ ,				
10 - Data do Recurso  Padrão TISS Corresponde do Control do Contro					
10 - Data do Recurso  Padrão TISS Corresponde do Control do Contro					
00 - Data do Recurso 31 - Assinatura do Contratado 32 - Data da Assinatura da Operadora 33 - Assinatura da Operadora 33 - Assinatura da Operadora 37 - Operadora 33 - Assinatura da Operadora 37 - Operadora 39 - Operad	28 - Valor Total Recursado (R	R\$) 29 - Valor Total Ac	atado (R\$)		
Padrão TISS, Componente de Conteúde e Estrutura, Maio 2013		_			
Padrão TISS, Componente de Conteúde e Estrutura, Maio 2013	30 - Data do Recurso	31 - Assinatura do Contra	tado	32 - Data da Assinatura da Operadora 33 - Assinatura da Operadora	
	 			il i i i i i i i i i i i i i i i i i i	276
				<u> </u>	

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.	
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.	
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.	
Objeto do recurso de glosa	4	Objeto do recurso	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.	
Número da guia atribuído pela operadora	5	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador	
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.	
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.	
Número do lote	8	Número do lote	String	12			Obrigatório.	

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do protocolo	9	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	10	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	11	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Resposta ao recurso do protocolo	12	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	13	Número da guia	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	Obrigatório.
Senha	14	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Código da glosa da guia	15	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da quia	16	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da quia.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Resposta ao recurso da guia	17	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Data de realização	18	Data inicial/ de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Data final do período	19	Data final do período	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	20	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de dominio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	21	Código do procedimento / item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	22	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código da glosa do procedimento	23	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Valor recursado	24	Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.	
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	25	Justificativa do Prestador	String	450		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial	
Valor acatado	26	Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)	
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento.	27	Justificativa da Operadora	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa	
Valor total recursado	28	Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.	
Valor total acatado	29	Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor Total das guias ou dos procedimentos glosados acatados pela Operadora.	Obrigatório.	
Data do recurso de glosa	30	Data do recurso	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.	
Assinatura do contratado	31	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.	
Data da assinatura da operadora	32	Data da assinatura da Operadora	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.	
Assinatura da operadora	33	Assinatura da Operadora				Assinatura da operadora.	Obrigatório.	



Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	2	No	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	4	CNPJ Operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	5	Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	8	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do pagamento ao prestador	9	Data do pagamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Forma de pagamento ao prestador	10	Forma de Pagamento	String	1		Código da forma como será efetuado o pagamento dos serviços ao prestador, conforme tabela de domínio nº 34.	Obrigatório.
Banco de pagamento	11	Banco	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	12	Agência	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta bancária	13	Conta	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Data do protocolo da cobrança	14	Data do protocolo	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Número do protocolo	15	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	16	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	17	Valor Informado	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	18	Valor Processado	Numérico	8,2		Valor do lote/protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor liberado do protocolo	19	Valor Liberado	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	20	Valor da Glosa	Numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total informado	21	Valor Total Informado	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo	Obrigatório.
Valor total processado	22	Valor total processado	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo	Obrigatório.
Valor total liberado	23	Valor Total Liberado	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo	Obrigatório.
Valor total da glosa	24	Valor Total Glosa	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado nos protocolos apresentados no demonstrativo.
Indicação de débito ou crédito geral	25	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento	
Código do débito ou crédito	26	Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.	
Descrição de débitos ou créditos	27	Descrição do Débito/Crédito	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.	
Valor dos débitos e créditos	28	Valor	Numérico	6,2		Valor dos débitos ou créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.	
Valor total de demais débitos	29	Valor Total de Demais Débitos	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito.	
Valor total de demais créditos	30	Valor Total de Demais Créditos	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer crédito.	
Valor final a receber	31	Valor Final a Receber	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem o demonstrativo.	Obrigatório.	
Observação / Justificativa	32	Observação/Justificati va	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.	

Logo da Empresa	a			GUIA IRAIAMEI	NIO ODO	INTOLOGIC	.0					
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	l		4 - Data da Autorização	5 - Senha			6	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atri	buído pela Ope	radora
Dados do Beneficiário										7		
8 - Número da Carteira			9 - Plano			10- Empresa			11 - Validade da Carte	<b>I</b>	artão Nacional	
									/	<u> </u>		
13 - Nome					14 - Telefone		15 - Nome do ti	itular do plano				16 -Atendimento a RN
					(  )	- -						
Dados do Contratado Resp	ponsável pelo Tratamento											
17 - Nome do Profissional	Solicitante								18 - Número no CRO		19 - UF	20 - Código CBO
21 - Código na Operadora	l	22 - Nome do Contrata	ido Executante						23 - Número no CRO		24 - UF	25 - Código CNES
		_										
26 - Nome do Profissional	I Executante								27 - Número no CRO		28 - UF	29 - Código CBO
Diana da Tratamanta / Dua	cedimentos Solicitados / Proced	dimentes Francisco										
30-Tabela 31 - Código do		escrição		33-Dente/Região 34-Face	35-Qtde 36-	S-Otde US	37-Valor R\$	38-Franquia	a (R\$) 39-Aut 40-Da	ata de Realização	41-Assinatura	
01-1					11 1 11	1 1 1 1 1	1 11 1 1 1 1 1 1	1 11 1		//   //	1	
02-												
04-1 1 1 1 1 1												
05-1				_		,					-	
											-	
06- <u>                                     </u>				_		,						
				_   _		,						
08-				_						_///		
				_						_///	-l	
<u> </u>										_///	-l	
11-				_	_  _					_///		
12				_ '	_	,,,,	.     ,		,,	_///		
13				_  _ _		,	.      ,			_///	l	
14				_  _ _						_///	J	
15						,				///	l	
16				_  _ _		,				_///	J	
17				_  _ _	_	,				_///	l	
18				_   _		,				_///	l	
19				_  _ _						_///	J	
20				_   _		,	.      ,			_///	l	
42 - Data de Término do	Tratamento 43 - Tipo de A	Atendimento 44 - Tipo d	e Faturamento	45 - Total Quantidade US		46 - Valor Total (I	De)	47 – Valor Total	I Franquia (R\$)			
		The state of the s	ı danımınını		1 1.1 1 1	1						
		re os propósitos, riscos, cu	 Istos e alternativas					·—·	umprir as orientações do profission	al assistente e arcar com	os custos prev	ristos em contrato. Declaro, ainda,
que o(s) procedimento(s)	) descrito(s) acima, e por mim a onforme previsto em contrato.	assinado(s), foi/foram realiz	ado(s) com meu co	onsentimento e de forma satisfatóri	a. Autorizo a Ope	oeradora a pagar em	meu nome e por minha conta,	, ao profissiona	l contratado que assina esse docu	mento, os valores referer	ites ao tratame	nto realizado, comprometendo-me
48 – Observação / Justifica												
49-Data da Assinatura do Cir	rurgião-Dentista Solicitante	50-Assinatura do Cirurgião-D	entista Solicitante			٦١٦	1- Data da assinatura do Cirur	rgião-Dentieta	52- Assinatura do Cirurgião-D	entista		
	-		tu conoitulite						Samutata do ontrigião-b			
		Esta-ducture : E					5- Data do carimbo da empre					
53-Data da assinatura do Ber	·	54-Assinatura do Beneficiário	ou Kesponsável				5- Data do carimbo da empre:					
							!/!!/!					

# Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	8	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do plano de saúde do beneficiário	9	Plano	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Empresa	10	Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Data de validade da carteira	11	Validade da Carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido se a carteira do beneficiário tiver data de validade.
Cartão Nacional de Saúde	12	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Nome do beneficiário	13	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Telefone do beneficiário	14	Telefone	String	11		Número do telefone do beneficiário	Obrigatório.
Nome do titular do plano	15	Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.
Indicador de atendimento ao recém-nato	16	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém- nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado
Nome do profissional solicitante	17	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante
Número no CRO do solicitante	18	Número no CRO	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional solicitante	19	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	20	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código do contratado executante na operadora	21	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	22	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número no CRO do contratado executante	23	Número no CRO	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.
UF do conselho do prestador contratado executante	24	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	25	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional executante	26	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Número no CRO do profissional executante	27	Número no CRO	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
UF do conselho do profissional executante	28	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	29	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	31	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do procedimento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	33	Dente/Região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	procedimento for associado a
Identificação da face do dente	34	Face	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos	35	Qtde	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	36	Qtde US	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	37	Valor	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	38	Franquia	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de autorização	39	Aut	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento
Data de realização	40	Data de Realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	41	Assinatura				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de término do tratamento	42	Data de Término do Tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
Tipo de atendimento em odontologia	43	Tipo de Atendimento	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	44	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado na guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Total de unidades de serviços	45	Total Quantidade US	Numérico	8,2		Somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US
Valor total de procedimentos	46	Valor Total	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de franquia da guia	47	Valor total franquia guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação / Justificativa	48	Observação/Justificati va	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante	49	Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do cirurgião- dentista solicitante do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do cirurgião-dentista solicitante	50	Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				Assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	Obrigatório.
Data da assinatura do cirurgião-dentista	51	Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do cirurgião- dentista executante do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do cirurgião-dentista executante	52	Assinatura do Cirurgião-Dentista				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data da assinatura do beneficiário ou seu responsável	53	Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do beneficiário ou responsável	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	54	Assinatura do Beneficiário ou Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data do carimbo da empresa	55	Data do carimbo da Empresa	Date	8	DDMMAAAA	Data do carimbo identificador da empresa	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel caso haja exigência da empresa à qual pertence o heneficiário

2- N° Guia no Prestador 12345678901234567890 ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO Logo da Empresa SITUAÇÃO INICIAL 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal de Tratamento Odontológico 4 - Número da Guia Atribuído pela Operadora Dados do Beneficiário 5 - Nome 6 - Número da Carteira Situação Inicial LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL Situação inicial 9 - Sinais clínicos de doença periodontal? **Permanentes** 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 8 - SITUAÇÃO INICIAL: \_\_\_ | Sim |\_\_\_ | Não A - Ausente Decíduos 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 E - Extração Indicada H - Hígido 75 Decíduos 85 84 83 82 81 71 72 73 74 C - Cariado 10 - Alteração dos tecidos moles? R - Restaurado 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 Permanentes \_\_\_ | Sim |\_\_\_ | Não Situação inicial 11 - Observação / Justificativa 13 - Assinatura do Cirurgião-Dentista 12 - Local e Data 16 - Local, Data e Carimbo da Empresa 15 - Assinatura do Beneficiário / Responsável 14 - Local e Data \_\_\_\_//\_\_\_//\_\_\_\_\_\_/ |\_\_\_\_\_/|\_\_\_\_/|\_\_\_\_\_\_

# Legenda do Anexo de Situação Inicial - Odontologia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal de tratamento odontológico	3	Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	4	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que identifica a guia no prestador.
Nome do beneficiário	5	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	6	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Identificação do dente	7	Dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Obrigatório.
Situação dentária inicial	8	Situação Dentária Inicial	String	1		Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo	Obrigatório.
Sinais clínicos de doença periodontal	9	Sinais Clínicos de Doença Periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Obrigatório.
Indicador de alteração dos tecidos moles	10	Alteração dos Tecidos Moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Obrigatório.

# Legenda do Anexo de Situação Inicial - Odontologia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação / Justificativa	11	Observação/Justificati va	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Local e Data	12	Local e Data	Date	8	DDMMAAAA	Local e Data preenchido pelo profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.
Assinatura do cirurgião-dentista	13	Assinatura do Cirurgião-Dentista				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Local e Data	14	Local e Data	Date	8	DDMMAAAA	Local e data preenchido pelo Beneficiário ou responsável	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.
Assinatura do beneficiário ou responsável	15	Assinatura do Beneficiário/ Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Local, Data e Carimbo da Empresa	16	Local, Data e Carimbo da Empresa	Date	8	DDMMAAAA	Local do atendimento, data e carimbo identificador da empresa contratante do plano coletivo	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel, quando se tratar de plano coletivo.

#### Logo da Operadora

#### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO - TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS	3 - Nome da Ope	eradora		4 - CNPJ Operadora	1	5 – Data de Início do Processamento	6 - Data de Fim do Processamento
Dados do Prestador							
7 - Código na Operadora			Nome do Contratado				9 - CPF / CNPJ Contratado
Dados do Pagamento						1	
10 – Data do Pagamento		11-Banco	12-Agência	13-Conta		14-Número do lote	15-Número do Protocolo
16-Número da guia no presta	idor		17 – Número	da Carteira	18 -Nome do Beneficiário		
	_						
19-Tabela 20- Código do Pro 29- Valor Franquia	ocedimento a( R\$)	21 - Desc 30-Valor I	crição Liberado (R\$)	22-Dente/Região 23-Face 31-Código da Glosa	24-Data de Realização 2	25-Qtde 26-Valor Informado(R\$) 27-Valor I	Processado (R\$) 28-Valor Glosa/Estorno (R\$)
01-	_						
	_  ,	_    _	_  ,				
02-							
	_  ,	_    _	_  ,				
03-					_   /		,
	_  ,	_    _	,				
04-					_   /		
	_  ,	_    _	,				
05-	_						
	_  ,	_    _					
06-					_		
32-Observação / Justificativa							
32-Observação / Justificativa							
Total da Guia							
33- Valor Total Informado Gu	ia (R\$)	34 - Valor Total Pi	rocessado Guia (R\$)	35 - Valor Total Glosa Guia (R\$)	36 - Valor Total Franquia Guia (R\$)	37 - Valor Total Liberado Guia (R\$)	7
	,	III_				_        -	
Total do Protocolo							ii .
38 - Valor Total Informado Pr	otocolo (R\$)	39 - Valor Total P	rocessado Protocolo (R\$)	40 - Valor Total Giosa Protocolo (R\$)	41 - Valor Total Franquia Protocolo (RS	\$) 42 - Valor Total Liberado Protocolo (R\$)	
	,						1
Demais débitos / créditos							
43-Indicação 44-	Código do débito/	crédito 45-De	scrição do débito/crédito		46-Va	lor	
					1 1		
	I I I						
Demais débitos / créditos nã 47-Indicação 48-Código do		49-Descrição do dé	hito/crádito	50-Valor	Impostos 51 Indicação 52 Código do e	débito/crédito 53-Descrição do débito/crédito	54-Valor
		43-Descrição do de	ebito/credito				34-Valoi
	-					-	
Totais							
55 - Valor Total Tributável (RS	\$)	56- Valor Total Im	postos Retidos (R\$)	57 - Valor Total Não Tributável (R\$)	58 - Valor Final a Receber (R\$)		
	_  ,		,			_	
59 - Observação		,					
- Padrã.	n TISS - Cor	nnonente do	Conteúdo e Estrutu	ra - Main 2013			<del>2</del> 98
Faula	0 1100 - 001	inponente de	Conteduo e Estrutu	a - Ivialo 2013			290

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	2	N°	String	20		Número identificador do demonstrativo	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	4	CNPJ operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data inicial do período de processamento	5	Data de início do processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Data final do período de processamento	6	Data fim do processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	7	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	8	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
CPF / CNPJ Contratado	9	CPF / CNPJ Contratado	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do pagamento ao prestador	10	Data do pagamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Banco de pagamento	11	Banco	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	12	Agência	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta bancária	13	Conta	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Número do lote	14	Número do lote	String	12		Número do lote informado pelo prestador	Obrigatório.
Número do protocolo	15	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	16	Número da guia	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	17	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	18	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	19	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado	20	Código do procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	21	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	22	Dente/Região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	23	Face	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Data de realização	24	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	25	Qtde	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado	Obrigatório.
Valor informado do procedimento ou item assistencial	26	Valor informado	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório.
Valor processado do procedimento ou item assistencial	27	Valor processado	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor glosa/estorno do procedimento ou item assistencial	28	Valor glosa/estorno	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Valor da franquia do procedimento	29	Valor da franquia	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	30	Valor liberado	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	31	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Observação / Justificativa	32	Observação/Justificati va	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Valor informado da guia	33	Valor total informado guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado da guia	34	Valor total processado guia	Numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	35	Valor total glosa guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Quando não houver glosa na guia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total de franquia da guia	36	Valor total franquia guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado da guia	37	Valor total liberado guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	38	Valor total informado protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das quias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	39	Valor total processado protocolo	Numérico	8,2		Valor do lote utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote/protocolo	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da glosa do protocolo	40	Valor total glosa protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Condicionado.  Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo
Valor total franquia protocolo	41	Valor total franquia protocolo	Numérico	8,2		Valor total da franquia do lote/protocolo correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias que compõem o lote	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado do protocolo	42	Valor total liberado protocolo	Numérico	8,2		valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Indicação de débito ou crédito geral	43	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo
Código do débito ou crédito	44	Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo
Descrição de débitos ou créditos	45	Descrição	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor dos débitos e créditos	46	Valor	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo
Indicação de débito e crédito não tributáveis	47	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito não tributável, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Código do débito ou crédito não tributável	48	Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito não tributável, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Descrição de débito ou crédito não tributável	49	Descrição	String	40		Descrição de valores não tributáveis debitados ou creditados. Seu preenchimento é obrigatório, caso haja débito ou valor a ser creditado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Valor do débito ou crédito não tributável	50	Valor	Numérico	6,2		Valor dos débito ou crédito não tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Indicação de débito ou crédito referente a impostos	51	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito referente a imposto, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito referente a impostos
Código do débito ou crédito referente a impostos	52	Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito referente a imposto, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito referente a impostos.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição de débitos ou créditos referentes a impostos	53	Descrição	String	40		Descrição de demais impostos	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito referente a impostos
Valor dos débitos e créditos referentes a impostos	54	Valor	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares á conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito referente a impostos
Valor total tributável	55	Valor total tributável	Numérico	8,2		Valor total tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito tributável no protocolo.
Valor total de impostos retidos	56	Valor total impostos retidos	Numérico	8,2		Valor total impostos retidos	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito relativo a impostos no protocolo.
Valor total não tributável	57	Valor total não tributável	Numérico	8,2		Valor total não tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável no protocolo.
Valor final a receber	58	Valor final a receber	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem o demonstrativo	Obrigatório.
Observação / Justificativa	59	Observação/Justificati va	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

#### 2- N° Guia no Prestador 12345678901234567890 GUIA DE RECURSO DE GLOSAS ODONTOLÓGICAS Logo da Empresa 1 - Registro ANS 3 - Nome da Operadora 4 - Obieto do Recurso 5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora Dados do Contratado 6-Código na Operadora 7 - Nome do Contratado Dados do recurso do protocolo 8 - Número do Lote 9-Número do Protocolo 10- Código da Glosa do Protocolo 11-Justificativa 12 - Acatado Dados do recurso da quia 13- Número da quia no prestador 14-Senha 15-Nome do beneficiário 16-Código da glosa da guia 17-Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) 18 - Acatado Dados dos itens da guia 19-Data realização procedimento 25-Descrição do procedimento 26-Código da Glosa 20-Dente/Região 21-Face 22-Quantidade 23-Tabela 24-Procedimento/Item assistencial 27-Valor Recursado 28-Justificativa do prestador 29-Valor Acatado 30- Justificativa da operadora 01-1\_1/1\_1/1\_1/1\_1 1\_1/1\_1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 . . . . . . . . . . \_ |\_\_|\_| |

31 - Valor Total Recursado (R\$) 32 - Valor Total Acatado (R\$) 

33- Data do recurso 34 - Assinatura do Prestador 35 - Data da Assinatura da Operadora 36 - Assinatura da Operadora \_\_\_\_//\_\_\_//\_\_\_//\_\_\_/

Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Maio 2013

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	4	Objeto do recurso	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
Número da guia atribuído pela operadora	5	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	8	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	9	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	10	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	11	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Resposta ao recurso do protocolo	12	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	13	Número da guia	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Senha	14	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Nome do beneficiário	15	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa da guia	16	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	17	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Resposta ao recurso da guia	18	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Data de realização	19	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	20	Dente/Região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	procedimento for associado a
Identificação da face do dente	21	Face	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de procedimentos realizados	22	Qtde	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	23	Tabela	String	2		·	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	24	Código do procedimento / item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	25	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
Código da glosa do procedimento	26	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Valor recursado	27	Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	28	Justificativa do Prestador	String	450		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor acatado	29	Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	30	Justificativa da Operadora	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recursado	31	Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total apresentado de recurso	Obrigatório.
Valor total acatado	32	Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Data do recurso de glosa	33	Data do recurso	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	34	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da operadora	35	Data da assinatura da Operadora	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.
Assinatura da operadora	36	Assinatura da Operadora				Assinatura da operadora.	Obrigatório.

Logo da Empresa		GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL	2 - N°	Guia Prestador 12345678901234567890
1 - Registro ANS				
Dados do Contratado 3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado			5 - Código CNES
6 - Nome do Profissional Executante		1	7 - Conselho Profissional 8 - Número no Conselho	9 - UF 10 - Código CBO
Beneficiários				
11 - Data do atendimento 12-Númer	ro da carteira	13-Nome do Beneficiário	14-Número da Guia Principal	15-Assinatura
01-  _ /  _			-	
02-  _ /  _ /				
03-			-	
04-  _ /  _ /			-              -	
05-			_	
06-			_  _  _	
  07-  _			_  _  _	
   08-  <u>  </u>  /  <u> </u>  /  <u> </u>			_	
09-  _ /  /				
   10-				
  11- <u>   </u>				
   12-				
   13-			_   _   _   _   _   _   _   _   _   _	
   14-				
   15-  <u>                                   </u>				
   16-  <u> </u>				
   17-				
   18-				
20-			_  _  _	
21-				
			_  _  _	
24-  _ /  _				
25-				
16-Data	17- Assinatura do Contratado			
////				

# Legenda da Guia de Comprovante Presencial

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	No	String	20		Número que identifica a guia atribuído pelo prestador de servicos.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	3	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	4	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	5	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	·
Nome do profissional executante	6	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do executante	7	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	8	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

# Legenda da Guia de Comprovante Presencial

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional executante	9	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	10	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório.
Data de realização	11	Data do atendimento				Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	12	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	13	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da guia principal	14	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	15	Assinatura				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data da assinatura do prestador contratado	16	Data de Assinatura do Contratado	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	17	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.



Ministério da **Saúde** 

