

ANS - Nº 33415-4



Unimed Caçapava Cooperativa de Trabalho Médico

# Manual - Guias - Padrão TISS 3.02

*Para uso externo - Cooperados/Credenciados*

Departamento de Faturamento  
Setembro/2014



### Padrão TISS 3.0

A versão 3.0 do Padrão TISS complementa o processo de faturamento, com ampliação da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar e inclusão das terminologias de diárias, taxas, gases medicinais, medicamentos, materiais e órteses e próteses, além de, padronizar as rotinas de recursos de glosa.

A partir desta versão as operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços de saúde devem disponibilizar sem qualquer ônus, os dados de atenção à saúde do Padrão TISS, solicitadas pelo beneficiário, por seu responsável legal ou ainda por terceiros formalmente autorizados por eles, atendendo os requisitos de segurança e privacidade do Padrão TISS. Com a disponibilidade dos dados de atenção à saúde para os beneficiários, reduz-se a assimetria de informações atual, cirando as bases para implementação no futuro do registro eletrônico de saúde dos beneficiários de planos privados.

### Componente Organizacional

A finalidade do componente organizacional é estabelecer o conjunto de regras operacionais do Padrão TISS.

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

### Como utilizar esse manual

Esse manual foi reformulado para as necessidades da **Unimed de Caçapava**, como fonte de consulta e orientações para os consultórios de médicos cooperados e recursos credenciados. Este manual tem como finalidade instruir todos os prestadores de serviço no preenchimento uniforme das guias do padrão TISS 3.0 para todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde.



### 1. Vinculação entre as guias

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

#### 1.1 Notação

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

#### *Podem ser guias principais:*

- ❖ Guia de Consulta (Utilização em consultório)
- ❖ Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (Utilização em consultório, clínicas e hospitais)
- ❖ Guia de Solicitação de Internação

- **Guia Secundária:** São as guias que complementam a Guia Principal, à qual está vinculada.

#### *Podem ser guias secundárias:*

- ❖ Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (Utilização em consultório, clínicas e hospitais)
- ❖ Anexo de Outras Despesas (Utilização em consultório, clínicas e hospitais)

- **Número da Guia no Prestador da Guia Principal:** Este número é a chave de vinculação entre as guias e o identificador dos processos com a operadora, portanto, nunca poderá se repetir.

#### 1.2 Como vincular as Guias

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



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

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

Fonte: Unimed do Brasil

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

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

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



**EXEMPLO:**

**Guia Principal:**

**Unimed Caçapava** **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT** 2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS: 334154 | 3 - Número da Guia Principal: \_\_\_\_\_

4 - Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | 5 - Senha: \_\_\_\_\_

6 - Data de Validade da Senha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: \_\_\_\_\_

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: \_\_\_\_\_ | 9 - Validade da Carteira: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | 10 - Nome: \_\_\_\_\_

11 - Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ | 12 - Atendimento a RN: \_\_\_\_\_

Dados do Solicitante

**Guia Secundária:**

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

1 - Registro ANS: 334154 | 2 - Número da Guia Referenciada: \_\_\_\_\_

Dados do Contratado Excitante

3 - Código na Operadora: \_\_\_\_\_ | 4 - Nome do Contratado: \_\_\_\_\_ | 5 - Código CNES: \_\_\_\_\_

Despesas Realizadas

6-COD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Ciob	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Aprox.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17-Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante									



Fonte: Site ANS - Material de Divulgação



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

## 2. Conteúdo e estrutura

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

A nova RN (305) altera todos os formatos de guias e padroniza o Recurso de Glosas. É importante se atentar aos novos campos obrigatórios.

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

Algumas guias de contingência, já conhecidas, sofreram modificações, como exclusão e inclusão de campos e em algumas nomenclaturas.

Seguem guias preenchidas e suas respectivas legendas:



## 2.1 Descrição das Guias

- Guia de Consulta

		<b>GUIA DE CONSULTA</b>		2 - Nº Guia no Prestador <b>12345678901234567890</b>	
1 - Registro ANS  3 3 4 1 5 4		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira <b>091019500048700-7</b>		5 - Validade da Carteira  _ / _ / _  <b>30/09/2015</b>		6 - Atendimento a RN (Sim ou Não) <b>N</b>	
7 - Nome <b>Paola Cardozo Pazzini</b>				8 - Cartão Nacional de Saúde <b>Campo Condicional</b>	
Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora <b>09100042830-6</b>		10 - Nome do Contratado <b>Ariadna Moura Gomes Medeiros</b>		11 - Código CNES <b>6052428</b>	
12 - Nome do Profissional Executante		13 - Conselho Profissional  0 6	14 - Número no Conselho <b>42830</b>	15 - UF  3 5	16 - Código CBO <b>223132</b>
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9					
18 - Data do Atendimento  _ / _ / _  <b>18/07/2014</b>		19 - Tipo de Consulta <b>1</b>	20 - Tabela  1 6	21 - Código do Procedimento  1 0 1 0 1 0 1 2	22 - Valor do Procedimento
23 - Observação / Justificativa <b>Campo Opcional</b>					
24 - Assinatura do Profissional Executante <b>Assinatura do profissional</b>			25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>Assinatura do beneficiário</b>		



## Legenda Guia de Consulta

Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório. É facultada às operadoras
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	4	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório
Data de validade da carteira	5	Validade da carteira	Date	8	DDMMA-AAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida
Indicador de atendimento ao recém-nato	6	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, Inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de Junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	7	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Cartão Nacional de Saúde	8	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde
Código do contratado executante na operadora	9	Código na operadora	String	14		Código Identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado executante	10	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	11	Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999
Nome do profissional executante	12	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica
Conselho profissional do executante	13	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26	Obrigatório
Número do executante no conselho profissional	14	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional	Obrigatório





Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
UF do conselho do profissional executante	15	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	16	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório
Indicação de acidente ou doença relacionada	17	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36	Obrigatório
Data de realização	18	Data do Atendimento	Date	8	DDMM-AAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório
Tipo de consulta	19	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52	Obrigatório
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	20	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório
Código do procedimento realizado	21	Código do procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	22	Valor do procedimento	Númerico	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



# Manual - Guias - Padrão TISS 3.02



ANS - Nº 33415-4

## ▪ Guia SP/SADT

Unimed Caçapava		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT				2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS 3134154		2 - Número da Guia Principal		3 - Data de Autuação 20/06/2014		4 - Data de Validade da Guia 30/04/2015	
5 - Data de Validade da Guia 20/07/2014		6 - Número da Guia Atribuído pelo Operador 3469911		7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador Campo Condiciona			
8 - Número da Carteira 865304300038709-2		9 - Validade da Carteira 30/04/2015		10 - Nome Francisco Antônio Carlos		11 - Categoria Nacional de Saúde Campo Condiciona	
12 - Atendimento a RN N		13 - Código do Operador 09100085613-0		14 - Nome do Contratado Aduino Luis Pedro			
15 - Nome do Profissional Solicitante Aduino Luis Pedro		16 - Conselho Profissional 10161		17 - Número no Conselho 85613		18 - UF SP	
19 - Código CBO 223146		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Assinatura do Médico Solicitante					
21 - Categoria do Atendimento E		22 - Data de Solicitação 10/07/2014		23 - Indicação Clínica Campo Condiciona			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Serviço Assistencial 41001141		26 - Descrição Articulação – unilateral		27 - Qtd. Solic. 02	
						28 - Qtd. Aut. 02	
29 - Código do Operador 09121166400-0		30 - Nome do Contratado Clínica Vida				31 - Código CBO 5631351	
32 - Tipo de Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 18/07/2014		37 - Hora Inicial 16		38 - Hora Final 41001141		39 - Tabela 41001141	
				40 - Descrição Articulação – unilateral		41 - Qtd. 02	
						42 - Vts. 085	
						43 - Valor Unitário (R\$)	
						44 - Valor Total (R\$)	
45 - Identificação do(a) Profissional(is) (sob o rubrica(s))		46 - Seq. Ref. 46-Gr ou Part. 46-Código do Operador no CPF		47 - Nome do Profissional		48 - Conselho Profissional	
				49 - Número no Conselho		50 - UF	
						51 - Código CBO	
52 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde		53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
54 - Ocorrência / Justificativa		55 - Campo Condiciona					
56 - Total de Procedimentos (R\$)		57 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		58 - Total de Materiais 17,88		59 - Total de OPMs (R\$)	
						60 - Total de Medicamentos (R\$) 171,00	
						61 - Total de Gases e Medicinas (R\$)	
						62 - Total Geral (R\$) 188,88	
63 - Assinatura do Responsável pela Autorização Assinatura resp. autorização		64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Assinatura do beneficiário		65 - Assinatura do Contratado Assinatura do Executante			



## Legenda Guia de SP/SADT

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



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



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Quantidade solicitada do procedimento ou Item assistencial	27	Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento ou Item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório
Quantidade autorizada do procedimento ou Item assistencial	28	Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento ou Item assistencial autorizada pela operadora	Obrigatório
Código do contratado executante na operadora	29	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado executante	30	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	31	Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999
Tipo de atendimento	32	Tipo de Atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50	Obrigatório
Indicação de acidente ou doença relacionada	33	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36	Obrigatório
Tipo de consulta	34	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta
Motivo de Encerramento	35	Motivo de Encerramento do Atendimento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39	Condicional. Deve ser preenchido em caso de óbito
Data de realização	36	Data	Date	8	DDMM-AAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado
Hora Inicial da realização do procedimento	37	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário Inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência
Hora final da realização do procedimento	38	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência
Tabela de referência do procedimento ou Item assistencial realizado	39	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado
Código do procedimento realizado	40	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado



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



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




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





▪ Anexo de Outras Despesas



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

1 - Registro ANS <b>334154</b>	2 - Número da Guia Referenciada <b>12345678901234567890</b>
3 - Código na Operadora <b>09121166400-0</b>	4 - Nome do Contratado <b>Clínica Vida</b>
5 - Código CNES <b>5631351</b>	

6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$			
03	18/07/2014			19	74945505	01			0,69	0,69			
20-Descrição <b>AGULHA HIPODERMICA 40X12 AH+1838</b>													
03	18/07/2014			19	79918255	01			0,96	0,96			
20-Descrição <b>LUVA DE PROCEDIMENTO MEDIA NÃO ESTERIL 100UNID</b>													
03	18/07/2014			19	74801708	01			2,43	2,43			
20-Descrição <b>ESCALPE P/ INFUSAO 21GX3/4 (EXTENSAO TUBO=3 1/2 OU 9 CM) C/ PLUG INTERMITENTE P/ INFUSAO</b>													
03	18/07/2014			19	70905100	03			4,60	4,60			
20-Descrição <b>SERINGA DESCARTAVEL 20ML LUER SLIP</b>													
03	18/07/2014			20	94274916	60			2,85	171,00			
20-Descrição <b>IOPAMIRON 755MG/ML SOL INJ CT 10 FA VD INC X 50ML</b>													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$) <b>171,00</b>		23 - Total de Materiais (R\$) <b>17,88</b>		24 - Total de CPME (R\$)		25 - Total de Tóscas e Agulhas (R\$)		26 - Total de Dúscas (R\$)		27 - Total Geral (R\$) <b>188,88</b>	



Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Nº do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Número da guia referenciada	2	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual esse anexo está vinculado	Obrigatório
Código do contratado executante na operadora	3	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório
Nome do contratado executante	4	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	5	Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999
Código da despesa	6	CD	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25	Obrigatório
Data de realização	7	Data	Date	8	DDMM-AAA	Data de realização da despesa	Obrigatório
Hora Inicial da realização do procedimento	8	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas
Hora final da realização do procedimento	9	Hora final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	10	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório
Código do item assistencial utilizado	11	Código do item	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório
Quantidade do item assistencial utilizado	12	Qtde	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório
Unidade de Medida	13	Unidade de medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60	Condicional. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida
Fator de redução ou acréscimo	14	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1,00
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	15	Valor unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero
Valor total dos itens assistenciais utilizados	16	Valor total	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório



Termo	Nº do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS
Código de referência do material no fabricante	18	Referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	19	Nº autorização de funcionamento da empresa	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante
Descrição do item assistencial utilizado	20	Descrição	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório
Valor total de gases medicinais	21	Total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Valor total de medicamentos	22	Total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Obrigatório. Caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Valor total de materiais	23	Total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada	Obrigatório. Caso não haja materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Valor total de OPME	24	Total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das OPMEs, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada	Obrigatório. Caso não haja órtese, prótese ou material especial cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Valor total de taxas e aluguéis	25	Total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Obrigatório. Caso não haja taxas ou aluguéis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Valor total de diárias	26	Total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Obrigatório. Caso não haja diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Valor do total geral	27	Total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0,00 zero



▪ Guia de Solicitação de Internação

Unimed				GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2- Nº Guia no Prestador 1 2345678901 234567890	
1 - Registro ANS 3   3   4   1   5   4		3 - Número de Guia Autorizada pelo Operadora <b>Campo Condicional</b>					
4 - Data de Autorização 09/05/2014		5 - Sinistro 3399625		6 - Data de Validade de Sinistro 08/06/2014			
7 - Número de Carteira 004.1026.320000.01-7				8 - Validade de Carteira 31/01/2015		9 - Atendimento a R.R. N	
10 - Nome <b>Alessandra Sartori Bento</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>Campo Condicional</b>			
12 - Código de Operadora 09100077348-0		13 - Nome do Contratado <b>Iuri Vieira Dair</b>					
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Iuri Vieira Dair</b>		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número no Conselho 77348		17 - UF SP	18 - Código CBO 223115	
19 - Código na Operadora / CNPJ 09111721401-2		20 - Nome do Hospital Local Solicitado <b>Hospital Unimed Caçapava</b>				21 - Data sugerida para Internação 27/05/2014	
22 - Caracter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1	25 - Cód. Síntese de Doenças 002	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de qm ni órtese co N		
28 - Indicação Clínica <b>Dor abdominal pélvica</b>							
29 - CID 10 Principal K810		30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Atividade (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens de Assistência Solicitados							
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item de Assistência	36 - Descrição			37 - Cód. Solc	38 - Cód. Aut	
01	16	31304044	Salpingectomia uni ou bilateral			01	01
02	16	31005128	Colecistectomia sem colangiografia			01	01
03	97	80053190	Taxa de vídeo laparoscopia cirúrgica			01	01
29 - Data Prevista de Admissão Hospitalar							
30 - Cidade/Estado Autorizadora 02	31 - Tipo de Acomodação Autorizada 41						
32 - Código na Operadora / CNPJ autorizador 09111721401-2		33 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>Hospital Unimed Caçapava</b>				34 - Código CNEB 6426247	
35 - Observação Aut / Cartão <b>Aut Materiais Med conf guia de validação nº26.493 (Campo Opcional)</b>							
36 - Data de Solicitação 09/05/2014		37 - Assinatura do Profissional Solicitante Ass. Médico Solicitante		38 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Ass. Beneficiário		39 - Assinatura do Responsável pela Autorização Ass. Rep. Autorização	



## Legenda da Guia de Solicitação de Internação

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



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



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



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