

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte V - Formulários do Plano de Contingência

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
------------------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome
------------------------	----------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail
--------------------------------------	---------------	-------------

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

OPME Solicitadas

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

24 - Especificação do Material

25- Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação	27- Assinatura do Profissional Solicitante	28- Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	--	--

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo 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 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 de 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	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	9	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone	10	Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail	11	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 e-mail para contato.
Justificativa técnica	12	Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Tabela	13	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	14	Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição	15	Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Opção fabr	16	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.
Qtde solíc	17	Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor Unitário Solicitado	18	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, conforme negociação entre as partes.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
quantidade autorizada	19	Quantidade autorizada do material	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
valor unitário autorizado	20	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, conforme negociação entre as partes.
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.
Referência do material no fabricante	22	Código de referência do material no fabricante	String	60		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.
Nº autorização de funcionamento	23	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.
Especificação do material	24	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.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação/Justificativa	25	Observação / Justificativa	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 está 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.
Assinatura do responsável pela autorização	28	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- N° Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
------------------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---

Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira			8 - Nome	
9 - Peso (Kg)	10 - Altura (Cm)	11 - Superfície Corporal (m²)	12 - Idade	13 - Sexo

Dados do Profissional Solicitante	
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Telefone
	16 - E-mail

Diagnóstico Oncológico					
17 - Data do diagnóstico	18 - CID10 Principal (Opcional)	19 - CID10 (2) (Opcional)	20 - CID10 (3) (Opcional)	21 - CID 10 (4) (Opcional)	29 - Plano Terapêutico
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG	26 - Tumor	27 - Nódulo
					28 - Metástase

30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

31 - Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas							
32-Data Prevista para Início da Administração	33-Tabela	34-Código do Medicamento	35-Descrição	36-Dosagem total no ciclo	37-Unidade de Medida	38-Via Adm	39-Frequência
1- / /							
2- / /							
3- / /							
4- / /							
5- / /							
6- / /							
7- / /							
8- / /							

Tratamentos Anteriores
40- Cirurgia
41 - Data da Realização
42 - Área Irrradiada
43 - Data da Aplicação

44-Observação / Justificativa

45- Número de Ciclos Previstos	46 - Ciclo Atual	47-N° de dias do Ciclo Atual	48-Intervalo entre Ciclos (em dias)	49 - Data da Solicitação	50-Assinatura do Profissional Solicitante	51-Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------------	------------------	------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	---	---

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

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 anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo 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 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	Condicional. 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.	Condicional. 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.	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	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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 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	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.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 - 10ª revisão	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.
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.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Escala de capacidade funcional	25	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	26	Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	27	Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	28	Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Plano terapêutico	29	Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	30	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	31	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para o início da administração do medicamento	32	Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para o início da administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	33	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	34	Código do medicamento	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	35	Descrição	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem do medicamento	36	Dosagem total no ciclo	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	37	Unidade de medida	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	38	Via adm	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	39	Frequência	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cirurgia	40	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	41	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	42	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	43	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.
Observação / Justificativa	44	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	45	Número de ciclos previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	46	Ciclo atual	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Número de dias do ciclo atual	47	Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	48	Intervalo entre ciclos	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Data da solicitação	49	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	50	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	51	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
------------------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome	9 - Idade	10 - Sexo
------------------------	----------	-----------	-----------

Dados do Profissional Solicitante

11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Telefone	13 - E-mail
---------------------------------------	---------------	-------------

Diagnóstico Oncológico

14 - Data do diagnóstico	15 - CID 10 Principal (Opcional)	16 - CID 10 (2) (Opcional)	17 - CID 10 (3) (Opcional)	18 - CID 10 (4) (Opcional)	19 - Diagnóstico por Imagem	20 - Estadiamento	21 - ECOG	22 - Finalidade
--------------------------	----------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-------------------	-----------	-----------------

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

24 - Informações relevantes

26 - Data da Realização

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação

29 - Número de Campos	30 - Dose por dia (em Gy)	31 - Dose Total (em Gy)	32 - Número de Dias	33 - Data Prevista para Início da Administração
-----------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------	---

34 - Observação/Justificativa

35 - Data da Solicitação	36 - Assinatura do Profissional Solicitante	37 - Assinatura do Autorizador da Operadora
--------------------------	---	---

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

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 anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo 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 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	Condicional. 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.	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.
E-mail do profissional solicitante	13	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	14	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. 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.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 - 10ª revisão	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.
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.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
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.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	25	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. 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	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	27	Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Número de campos	29	Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	30	Dose por dia (em Gy)	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	31	Dose total (em Gy)	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	32	Número de dias	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	33	Data revista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	34	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	35	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do profissional solicitante	36	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	37	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

1 - Registro ANS
 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
 5 - Senha
 6 - Data de Validade da Senha
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
 9 - Validade da Carteira
 10 - Nome
 11 - Cartão Nacional de Saúde
 12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
 14 - Nome do Contratado
 15 - Nome do Profissional Solicitante
 16 - Conselho Profissional
 17 - Número no Conselho
 18 - UF
 19 - Código CBO
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - 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 (acidente ou doença relacionada)
 34 - Tipo de Consulta
 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
						411

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 68 - Assinatura do Contratado

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

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.
Nº da guia no prestador	2	Número 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	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	8	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	9	Data de 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	10	Nome do beneficiário	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.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Atendimento a RN	12	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	13	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 "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado	14	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	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	16	Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número no conselho	17	Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	18	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.
Código CBO	19	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.
Assinatura do Solicitante	20	Assinatura do profissional 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 está 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.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela	24	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 ou item assistencial	25	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	26	Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	27	Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde Aut	28	Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora	Obrigatório.
Código na operadora	29	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	30	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	31	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 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	33	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	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.
Motivo de Encerramento do Atendimento	35	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	36	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Hora Inicial	37	Hora inicial da realização do procedimento	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.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora Final	38	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	39	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 sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Código do Procedimento	40	Código do procedimento realizado	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	41	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Qtde	42	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via	43	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.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Téc	44	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 Red / Acrésc	45	Fator de redução ou acréscimo	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	46	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	47	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.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Seq. Ref	48	Sequencial de referência do procedimento realizado	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 Part	49	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 na Operadora / CPF	50	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.
Nome do profissional	51	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	52	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 no conselho	53	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.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	54	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 CBO	55	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.
Data de realização de procedimentos em série	56	Data de realização	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 na realização de procedimentos em série	57	Assinatura do beneficiário ou responsável				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.
Total de Procedimentos	59	Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Total de Taxas Diversas e Aluguéis	60	Valor total de taxas 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.
Total de Materiais	61	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.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Total de OPME	62	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, conforme negociação entre as partes.
Total de Medicamentos	63	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.
Total Gases Medicinais	64	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.
Total Geral	65	Valor do 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.
Assinatura do contratado	68	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

Logo da Empresa

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

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.
Nº da guia no prestador	2	Número 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.	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	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Validade da carteira	8	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	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.
Atendimento a RN	9	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	10	Nome do beneficiário	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	12	Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

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	15	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 no conselho	16	Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	17	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.
Código CBO	18	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 na operadora / CNPJ	19	Código do contratado solicitado na operadora	String	14		Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário	Obrigatório.
Nome do hospital / local	20	Nome do hospital / local solicitado	String	70		Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data sugerida para internação	21	Data sugerida para internação	Date	8	DDMMAAAA	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.
Qtde diárias solicitadas	25	Quantidade de diárias solicitadas	Integer	2		Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório.
Previsão de uso de OPME	26	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.
Previsão de uso de quimioterápico	27	Indicador de 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.
Indicação Clínica	28	Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
CID10 Principal	29	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.
CID10 (2)	30	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.
CID10 (3)	31	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.
CID10 (4)	32	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	33	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	34	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.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do Procedimento ou item assistencial	35	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	36	Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	37	Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Aut	38	Quantidade autorizada do procedimento	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	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Qtde diárias autorizadas	40	Quantidade de diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código na operadora	42	Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicional. 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	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	44	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	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 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	DDMMAAAA	Data em que o profissional está 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.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

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.
Nº da guia no prestador	2	Número 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 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	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na operadora	9	Código do contratado solicitante na Operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	10	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	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	12	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 no conselho	13	Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	14	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 CBO	15	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.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde. diárias adicionais solicitadas	16	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	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.
Indicação Clínica	18	Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela	19	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.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento ou item assistencial	20	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição	21	Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde solíc	22	Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde Aut	23	Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde. diárias adicionais autorizadas	24	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 <u>prestador de serviços</u> .
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 <u>prestador de serviços</u> .
Justificativa da Operadora	26	Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	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 / Justificativa	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 autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Logo da Empresa

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 - Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela

21 - Código do Procedimento

22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Legenda da Guia de Consulta

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.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e
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	4	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	5	Data de 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.
Atendimento a RN	6	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.

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome	7	Nome do beneficiário	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 na operadora	9	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	10	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	11	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 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	13	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	14	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	15	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 CBO	16	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.
Indicação de Acidente	17	Indicação de acidente ou doença relacionada	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 do Atendimento	18	Data de realização	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	20	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	21	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do procedimento	22	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 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.

Legenda da Guia de Honorários

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.
Nº da guia no prestador	2	Número 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 solicitação de internação	3	Número da guia de 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	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	6	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	7	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Atendimento a RN	8	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	9	Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Nome do hospital / local	10	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 CNES	11	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do prestador onde foi realizado o procedimento	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 na operadora	12	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	14	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 ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Data início Faturamento	15	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	16	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data	17	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	18	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	19	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	20	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	21	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	22	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde	23	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via	24	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.
Téc	25	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 Red / Acrésc	26	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.
Valor Unitário	27	Valor unitário do procedimento realizado.	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	28	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).
Seq. Ref	29	Sequencial de referência do procedimento realizado	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

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau Part	30	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código na Operadora / CPF	31	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do profissional	32	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Conselho Profissional	33	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	34	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
UF	35	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 CBO	36	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.
Observação/Justificativa	37	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Total dos Honorários	38	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).
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data de emissão	39	Data de emissão da guia	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização
 ____/____/____

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha
 ____/____/____

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira
 ____/____/____

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNES

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento

17 - Tipo de Faturamento

18 - Data do Início do Faturamento
 ____/____/____

19 - Hora do Início do Faturamento
 ____:____

20 - Data do Fim do Faturamento
 ____/____/____

21 - Hora do Fim do Faturamento
 ____:____

22 - Tipo de Internação

23 - Regime de Internação

24 - CID10 Principal (Opcional)

25 - CID10(2) (Opcional)

26 - CID10(3) (Opcional)

27 - CID10 (4) (Opcional)

28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

29 - Motivo de Encerramento da Internação

30 - Número da declaração de nascido vivo

31 - CID10 Óbito (Opcional)

32 - Numero da declaração de óbito

33 - Indicador D.O. de RN

Procedimentos e Exames Realizados

34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Téc	43-Fator Red/Acresc	44-Valor Unitário (R\$)	45-Valor Total (R\$)
01-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
02-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
03-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
04-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
05-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
06-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
07-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
08-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
09-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Identificação da Equipe

46-Seq.Ref	47-Grau Part.	48-Código na Operadora/CPF	49-Nome do Profissional	50-Conselho Profissional	51-Número no Conselho	52-UF	53-Código CBO
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

54 - Total de Procedimentos (R\$)

55 - Total de Diárias (R\$)

56 - Total de Taxase Aluguéis (R\$)

57 - Total de Materiais (R\$)

58 - Total de OPME (R\$)

59 - Total de Medicamentos (R\$)

60 - Total de Gases Medicinais (R\$)

61 - Total Geral (R\$)

62 - Data da assinatura do contratado
 ____/____/____

63 - Assinatura do contratado

64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

65 - Observações / Justificativa

Legenda da Guia de Resumo de Internação

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.
Nº da guia no prestador	2	Número 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 de solicitação de internação.	3	Número da guia de solicitação de internação	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.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

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	8	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	9	Data de 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	10	Nome do beneficiário	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.
Atendimento a RN	12	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	13	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado	14	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	15	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 ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
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.	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 início do faturamento da guia que está sendo complementada.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a hora do fim 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.
Regime de Internação	23	Regime de internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
CID10 Principal	24	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.
CID10 (2)	25	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.
CID10 (3)	26	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.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
CID10 (4)	27	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	28	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 da Internação	29	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	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)	Condicional. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
CID10 Óbito	31	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	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).	Condicional. 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.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador DO de RN	33	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	34	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	35	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	36	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	37	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	38	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	39	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde	40	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via	41	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.
Téc	42	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.
Fator Red / Acrésc	43	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	44	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor Total	45	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.
Seq. Ref	46	Sequencial de referência do procedimento realizado	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.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau Part	47	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 sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código na Operadora / CPF	47	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Nome do profissional	49	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Conselho Profissional	50	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Número no conselho	51	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	52	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 e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código CBO	53	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 e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Total de Procedimentos	54	Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Total de Diárias	55	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.
Total de Taxas e Aluguéis	56	Valor 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.
Total de Materiais	57	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.
Total de OPME	58	Valor 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, conforme negociação entre as partes.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

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

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 - Código CNES

Despesas Realizadas

6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14- Fator Red./Acresc	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17-Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante								19-Nº Autorização de Funcionamento	
01- _____	____/____/____	__:__:__	a __:__:__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
02- _____	____/____/____	__:__:__	a __:__:__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
03- _____	____/____/____	__:__:__	a __:__:__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
04- _____	____/____/____	__:__:__	a __:__:__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
05- _____	____/____/____	__:__:__	a __:__:__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
06- _____	____/____/____	__:__:__	a __:__:__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
07- _____	____/____/____	__:__:__	a __:__:__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
08- _____	____/____/____	__:__:__	a __:__:__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
09- _____	____/____/____	__:__:__	a __:__:__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
10- _____	____/____/____	__:__:__	a __:__:__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)

22 - Total de Medicamentos (R\$)

23 - Total de Materiais (R\$)

24 - Total de OPME (R\$)

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

26 - Total de Diárias (R\$)

27 - Total Geral (R\$)

Legenda do Anexo de Outras Despesas

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 na operadora	3	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	5	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 ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
CD	6	Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data	7	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial	8	Hora inicial da realização do procedimento	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	9	Hora final da realização do procedimento	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.

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela	10	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 item	11	Código do item assistencial utilizado	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Qtde	12	Quantidade do item assistencial utilizado	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 Red / Acrésc	14	Fator de redução ou acréscimo	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	15	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	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	16	Valor total dos itens assistenciais utilizados	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.

Legenda do Anexo de Outras Despesas

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.
Referência do material no fabricante	18	Código de referência do material no fabricante	String	60		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.
Nº autorização de funcionamento da empresa	19	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	20	Descrição do item assistencial utilizado	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Total de gases medicinais	21	Valor 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).
Total de medicamentos	22	Valor 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).
Total de materiais	23	Valor 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).

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Total de OPME	24	Valor 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).
Total de taxas e aluguéis	25	Valor 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).
Total de diárias	26	Valor 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).
Total geral	27	Valor do 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.