

Manual de Preenchimento da TISS

(Troca de Informações em Saúde Suplementar)

ÍNDICE

Troca de Informações na Saúde Suplementar - (TISS) Versão 3.03.02.....	1
Guias padronizadas.....	1
Utilização das Guias.....	2
Guia de Consulta.....	4
Legenda preenchimento Guia de Consulta.....	4
Guia de SP/SADT	7
Legenda preenchimento Guia de SP/SADT.....	7
Anexo de Outras Despesas.....	13
Legenda preenchimento Anexo de Outras Despesas.....	13
Solicitação de Internação.....	16
Legenda preenchimento Guia de Solicitação de Internação.....	17
Solicitação de Prorrogação de internação ou Complementação do tratamento.....	22
Legenda preenchimento Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complemento do Tratamento.....	23
Anexo de solicitação de quimioterapia.....	26
Legenda preenchimento Anexo de Solicitação de Quimioterapia.....	26
Anexo de solicitação de OPME.....	31
Legenda preenchimento Anexo de Solicitação de Órteses, próteses e materiais especiais - OPME.....	31
Guia de Comprovante Presencial.....	35
Legenda preenchimento Guia Comprovante Presencial.....	35
Termos Utilizados.....	36
Tabela 23 - Terminologia de caráter do atendimento.....	42
Tabela 24 - Terminologia do código brasileiro de ocupação (CBO).....	42
Tabela 25 - Terminologia de código da despesa.....	44
Tabela 26 - Terminologia de conselho profissional.....	44
Tabela 30 - Terminologia de escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod).....	45
Tabela 31 - Terminologia de estadiamento do tumor.....	45
Tabela 33 - Terminologia de finalidade do tratamento.....	45
Tabela 35 - Terminologia de grau de participação.....	45
Tabela 36 - Terminologia de Indicador de Acidente.....	46
Tabela 39 - Terminologia de motivo de encerramento.....	46
Tabela 41 - Terminologia de Regime de Internação.....	46

Tabela 43 - Sexo.....	46
Tabela 48 - Terminologia de técnica utilizada.....	47
Tabela 49 - Terminologia de Tipo de Acomodação.....	47
Tabela 50 - Terminologia de Tipo de Atendimento.....	48
Tabela 52 - Terminologia de tipo de consulta.....	48
Tabela 57 - Terminologia de tipo de internação.....	48
Tabela 59 - Terminologia de unidades da federação.....	48
Tabela 60 - Terminologia de unidade de medida.....	49
Tabela 61 - Terminologia de via de acesso.....	50
Tabela 62 - Terminologia de via de administração.....	50
Tabela 65 - Terminologia de metástases.....	51
Tabela 66 - Terminologia de nódulo.....	51
Tabela 67 - Terminologia de tumor.....	51
Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar.....	51

Troca de Informações na Saúde Suplementar - (TISS) Versão 3.03.02

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, e, ainda, a redução da assimetria de informações para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde (ANS, 2017).

Guias padronizadas

- Guia de Consulta
- SP/SADT (solicitação e cobrança)
- Cobrança de outras despesas
- Solicitação de internação
- Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento
- Anexo de solicitação de quimioterapia
- Anexo de solicitação de OPME
- Guia de Comprovante Presencial

Utilização das Guias

Guia de Consulta

- Cobrança de consultas eletivas.

Não é referenciada e não referênciam nenhuma outra guia

Guia de Serviço Profissional/ Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

(SP/SADT)

- Solicitação de autorização de consultas com ou sem procedimento e/ou itens assistenciais;

- Solicitação de autorização de procedimentos ou itens assistenciais em paciente não internado;

- Solicitação de autorização de procedimentos ou itens assistenciais em pacientes internados quando realizado por serviço terceirizado;

- Cobrança de consultas com ou sem procedimento e/ou despesas;

- Cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado;

- Cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado;

- Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesistas, auxiliares, etc.) decorrentes dos procedimentos discriminados na guia de SP/SADT, deve ser usado o quadro que identifica os profissionais informando o Grau de Participação de cada profissional no atendimento.

- A consulta de referência deve ser preenchida na Guia de SP/SADT (exemplo: Encaminhamentos para avaliações de outros profissionais).

Anexo de Outras Despesas

Utilizada para a cobrança de despesas com gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME, taxas, aluguéis e diárias, decorrentes dos atendimentos realizados na guia de SP/SADT e na guia de Resumo de Internação.

Este anexo não tem número próprio de guia, ou seja, sempre está vinculada a uma guia referenciada.

Guia de Solicitação de Internação

Solicitação de autorização de internação em regime hospitalar e hospital-dia.

Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Continuidade de Tratamento

Solicitação de prorrogação de internação e de novos procedimentos.

Anexo de Solicitação de Quimioterapia

Solicitação de autorização para utilização de tratamento quimioterápico. No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado. Ou seja, na guia SP/SADT deverá ser solicitada a Quimioterapia, e no Anexo deverão ser solicitados os medicamentos inerentes à Quimioterapia.


Anexo de Solicitação de OPME

Solicitação de autorização para utilização de órteses, próteses e materiais especiais. No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Guia de Comprovante Presencial

Comprovação da presença do beneficiário no prestador em referida data através de sua assinatura. No campo “14 - Número da guia principal” deve ser informado o número da guia principal onde será cobrado o atendimento.

GUIA DE CONSULTA

		GUIA DE CONSULTA		2 - Nº Guia do Prestador	
1 - Registro ANS 3, 4, 6, 2, 7, 6		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 - Número 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 preenchimento Guia de Consulta

Termo	Nº campo na guia	Nome do campo na guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	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	4	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Validade da carteira	5	Data de validade da carteira	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	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, ou seja, atendimento prestado com cartão do responsável até 30 dias após o parto.	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	7	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	8	Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Código na operadora	9	Código do contratado executante na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. Será preenchido com o CRM do cooperado ou o código do credenciado	Obrigatório.
Nome do contratado	10	Nome do contratado executante	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	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	Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	13	Conselho profissional do executante	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	Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	15	UF do conselho do profissional executante	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	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	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	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Tipo de consulta	19	Tipo de consulta	Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Obrigatório.
Tabela	20	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	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	Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Valor do procedimento	22	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	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	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Assinatura do profissional executante	24	Assinatura do profissional executante	Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	25	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.

GUIA DE SP/SADT

Unimed Salto / Itu		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT			
1 - Registro ANS 34627-6		3 - Número da Guia Principal		2 - Nº Guia no Prestador	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora		8 - Nome do Beneficiário		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RSI	
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		21 - Caracter do Atendimento	
22 - Data/Hora da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Cód. Solic. 28 - Cód. Aut.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CHES	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Cód.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Real./Anesc.		46 - Valor Unitário - R\$	
47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização do Procedimento em nome		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observações	
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)	
62 - Total de OPM/E (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Genet (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário do Responsável	
68 - Assinatura do Contratado					

Legenda preenchimento Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT

Termo	Nº campo Na guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Nº da guia no prestador	2	Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Número da guia principal	3	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 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 de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com

			emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha 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 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. Para os atendimentos que trafegaram pelo autorizador web, anotar o número da guia gerada.
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	9	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. Para atendimentos que não tenham trafegado pelo autorizador web, preencher o campo.
Nome	10	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	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	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, ou seja, atendimento prestado com cartão do responsável até 30 dias após o parto.	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 identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. Será preenchido com o CRM do cooperado ou o código do credenciado.	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	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 que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.


Conselho Profissional	16	Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	17	Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	18	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 profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Assinatura do Solicitante	20	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Caráter do Atendimento	21	Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Data da Solicitação	22	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Indicação Clínica	23	Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.
Tabela	24	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 identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	26	Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	27	Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde Aut	28	Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora	Obrigatório.
Código na operadora	29	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. Será preenchido com	Obrigatório.

		o CRM do cooperado ou o código do credenciado	
Nome do contratado	30	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	31	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	Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de Acidente	33	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	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	Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de óbito.
Data	36	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Hora Inicial	37	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Hora Final	38	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	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 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	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Qtde	42	Quantidade realizada do	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento

		procedimento	realizado sendo informado.
Via	43	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.
Téc	44	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 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.	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 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.
Seq. Ref	48	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 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 na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento. Será preenchido com o CRM do cooperado executante do serviço.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Nome do profissional	51	Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho Profissional	52	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 de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos

		que executou o procedimento.	realizados.
UF	54	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 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 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.	Obrigatório.
Observação/ Justificativa	58	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Total de Procedimentos	59	Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Total de Taxas Diversas e Aluguéis	60	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 dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Total de OPME	62	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 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 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	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 concedida pela operadora.	Obrigatório.
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	68	Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

		GUIA DE OUTRAS DESPESAS <small>(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)</small>									
1 - Registro ANS 3.4.6.2.7.1.6		2 - Número da Guia Referenciada <input type="text"/>									
3 - Código na Operadora <input type="text"/>		4 - Nome do Contratado <input type="text"/>									
5 - Código CNES <input type="text"/>											
Despesas Realizadas											
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. (Acresc.)	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$	
17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante		19 - Nº Autorização de Funcionamento								
01											
20 - Descrição											
02											
20 - Descrição											
03											
20 - Descrição											
04											
20 - Descrição											
05											
20 - Descrição											
06											
20 - Descrição											
07											
20 - Descrição											
08											
20 - Descrição											
09											
20 - Descrição											
10											
20 - Descrição											
21 - Total Gases Medicinais R\$		22 - Total Medicamentos R\$		23 - Total Materiais R\$		24 - Total OPME (R\$)		25 - Total Taxas Diversas R\$		26 - Total de Diárias (R\$)	


Legenda preenchimento Anexo de Outras Despesas

Termo	Nº campo na guia	Nome do campo na guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Número da guia referenciada	2	Número da guia referenciada	Número da guia à qual esse anexo está vinculado.	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Código na operadora	3	Código do contratado executante na operadora. Será preenchido com o CRM do cooperado ou o código do credenciado	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	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	Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

			Saúde (CNES/MS)	
CD	6	Código da despesa	Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data	7	Data de realização	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial	8	Hora inicial da realização do procedimento	Horário inicial da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final	9	Hora final da realização do procedimento	Horário final da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Tabela	10	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	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	Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Qtde	12	Quantidade do item assistencial utilizado	Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Unidade de medida	13	Unidade de Medida	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	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	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	Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório.
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	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	Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Nº autorização de funcionamento da empresa	19	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Descrição	20	Descrição do item assistencial utilizado	Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Total de gases medicinais	21	Valor total de gases medicinais	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	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	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).
Total de OPME	24	Valor total de OPME	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	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	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	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.

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2 - Nº Guia no Prestador	
1 - Registro ANS 3 4 6 2 7 6		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____		6 - Data Validade da Senha ____/____/____	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____		9 - Afastamento de RH _____	
10 - Nome _____				11 - Número do 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 do Conselho _____	
		17 - UF _____		18 - Código CBO _____	
Dados do Hospital/ Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora _____		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado _____			21 - Data sugerida para internação ____/____/____
22 - Caracter do Afastamento _____	23 - Tipo de Internação _____	24 - Regime de Internação _____	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____	26 - Previsão de uso do OPME _____	27 - Previsão de uso de quimioterápico _____
28 - Indicação Clínica					
29 - CID 10 Principal _____	30 - CID 10 (2) _____	31 - CID 10 (3) _____	32 - CID 10 (4) _____	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____	
Procedimentos Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
01-	_____	_____	_____	_____	
02-	_____	_____	_____	_____	
03-	_____	_____	_____	_____	
04-	_____	_____	_____	_____	
05-	_____	_____	_____	_____	
06-	_____	_____	_____	_____	
07-	_____	_____	_____	_____	
08-	_____	_____	_____	_____	
09-	_____	_____	_____	_____	
10-	_____	_____	_____	_____	
11-	_____	_____	_____	_____	
12-	_____	_____	_____	_____	
Dados da Autorização					
39 - Data Prevista de Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas _____		41 - Tipo de Acomodação Autorizada _____	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____		44 - Código CNES _____
45 - Observação / Justificativa					
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante _____		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	

Legenda preenchimento Guia de Solicitação de Internação

Termo	Nº campo Na guia	Nome do campo na guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	4	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	8	Data de validade da carteira	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	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	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Código do contratado	12	Código do contratado solicitante na operadora	Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado solicitante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	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	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	Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	17	UF do conselho do profissional solicitante	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	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	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	Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.

Data sugerida para internação	21	Data sugerida para internação	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	Obrigatório.
Caráter do Atendimento	22	Caráter do atendimento	Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de internação	23	Tipo de internação	Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de Internação	24	Regime de internação	Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Qtde diárias solicitadas	25	Quantidade de diárias solicitadas	Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório.
Previsão de uso de OPME	26	Indicador de previsão de uso de OPME	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	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	Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
CID10 Principal	29	Diagnóstico principal	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	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	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	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	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	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	35	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	36	Descrição do procedimento solicitado	Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	37	Quantidade solicitada do procedimento	Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Aut	38	Quantidade autorizada do procedimento	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	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Qtde diárias autorizadas	40	Quantidade de diárias autorizadas	Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Tipo da acomodação autorizada	41	Tipo da acomodação autorizada	Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código na operadora	42	Código do contratado autorizado na operadora	Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do hospital / local autorizado	43	Nome do hospital / local autorizado	Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Código CNES	44	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Observação / Justificativa	45	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	46	Data da solicitação	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	47	Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	48	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	49	Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda preenchimento Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complemento do Tratamento				
Termo	Nº campo Na guia	Nome do campo na guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Número da guia de solicitação de internação.	3	Número da guia de solicitação de internação	Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	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	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	Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Código na operadora	9	Código do contratado solicitante na Operadora. Será preenchido com o CRM do cooperado ou o código do credenciado	Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	10	Nome do contratado solicitante	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	Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome

			tratamento.	do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	12	Conselho profissional do solicitante	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	Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	14	UF do conselho do profissional solicitante	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	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Qtde. diárias adicionais solicitadas	16	Quantidade de diárias adicionais solicitadas	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	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	Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela	19	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	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	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	Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde solic	22	Quantidade solicitada do procedimento	Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

Qtde Aut	23	Quantidade autorizada do procedimento	Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde. diárias adicionais autorizadas	24	Quantidade de diárias adicionais autorizadas	Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
Tipo da acomodação autorizada	25	Tipo da acomodação autorizada	Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Justificativa da Operadora	26	Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	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	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	28	Data da solicitação	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.

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

		ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA	2 - Nº Guia do Prestador: 018001
1 - Registro ANS <input type="text" value="(3) (4) (5) (3) (7) (5)"/>		5 - Número da Guia Referenciada <input type="text"/>	
4 - Senha <input type="text"/>		5 - Data da Autorização <input type="text"/>	
6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input type="text"/>			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira <input type="text"/>		8 - Nome <input type="text"/>	
9 - Peso (Kg) <input type="text"/>	10 - Altura (Cm) <input type="text"/>	11 - Superfície Corporal (m²) <input type="text"/>	12 - Idade <input type="text"/>
13 - Sexo <input type="text"/>			
Dados do Profissional Solicitante			
14 - Nome do Profissional Solicitante <input type="text"/>		15 - Telefone <input type="text"/>	
16 - E-mail <input type="text"/>			
Diagnóstico Oncológico			
17 - Data do Diagnóstico <input type="text"/>		19 - CD 18 (2) (Opcional) <input type="text"/>	
18 - CD 18 (1) (Opcional) <input type="text"/>		20 - CD 18 (3) (Opcional) <input type="text"/>	
21 - CD 18 (4) (Opcional) <input type="text"/>		29 - Plano Terapêutico <input type="text"/>	
22 - Estadiamento <input type="text"/>	23 - Tipo de Quimioterapia <input type="text"/>	24 - Finalidade <input type="text"/>	25 - ECOG <input type="text"/>
26 - Tumor <input type="text"/>	27 - Nódulo <input type="text"/>	28 - Metástase <input type="text"/>	
30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico <input type="text"/>		31 - Informações relevantes <input type="text"/>	
Medicamentos e Drogas solicitadas			
32 - Data Prevista para início de Administração <input type="text"/>	33 - Tabela <input type="text"/>	34 - Código do Medicamento <input type="text"/>	35 - Descrição <input type="text"/>
36 - Doseagem total no ciclo <input type="text"/>	37 - Unidade de Medida <input type="text"/>	38 - Via Adm. <input type="text"/>	39 - Freqüência <input type="text"/>
40 - Cirurgia <input type="text"/>			41 - Data de Realização <input type="text"/>
42 - Área Irradiada <input type="text"/>			43 - Data de Aplicação <input type="text"/>
44 - Observação / Justificativa <input type="text"/>			
45 - Número de Ciclos Previstos <input type="text"/>	46 - Ciclo Atual <input type="text"/>	47 - Nº de dias do ciclo Atual <input type="text"/>	48 - Intervalo entre Ciclos (em dias) <input type="text"/>
49 - Data de Solicitação <input type="text"/>	50 - Assinatura do Profissional Solicitante <input type="text"/>		51 - Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text"/>

Legenda preenchimento Anexo de Solicitação de Quimioterapia

Termo	Nº campo Na guia	Nome do campo na guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Nº da guia no prestador	2	Número do anexo no prestador	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	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	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	6	Número da guia atribuído pela	Número que identifica a guia	Condicional. Deve ser preenchido caso a

pela operadora		operadora	atribuído pela operadora.	operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador. Para os atendimentos que tráfegaram pelo autorizador web, anotar o número da guia gerada.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso(kg)	9	Peso do beneficiário	Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura	10	Altura do beneficiário	Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	11	Superfície corporal	Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade	12	Idade do beneficiário	Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo	13	Sexo do beneficiário	Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone	15	Telefone do profissional solicitante	Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail	16	E-mail do profissional solicitante	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	17	Data do diagnóstico	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.
CID10 Principal	18	Diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (2)	19	Diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário de acordo com a	Opcional.

			Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	
CID10 (3)	20	Terceiro diagnóstico	Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (4)	21	Quarto diagnóstico	Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento	22	Estadiamento do tumor	Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	23	Tipo de quimioterapia	Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Finalidade	24	Código da finalidade do tratamento	Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
ECOG	25	Escala de capacidade funcional	Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	26	Tumor	Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	27	Nódulo	Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	28	Metástase	Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Plano terapêutico	29	Plano terapêutico	Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico cito/histopatológico	30	Diagnóstico citopatológico e histopatológico	Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	31	Informações relevantes	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.
Data prevista para Administração	32	Data prevista para administração do tratamento	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela	33	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento	34	Código do medicamento solicitado	Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	35	Descrição do medicamento solicitado	Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem do medicamento	36	Dosagem total no ciclo	Dosagem total do medicamento no ciclo atual	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	37	Unidade de medida	Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	38	Via Adm.	Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	39	Frequência	Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
Cirurgia	40	Cirurgia	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	41	Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	42	Área irradiada	Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação	43	Data da aplicação da última radioterapia	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação/Justificativa	44	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas	Opcional.

			que julgue necessário	
Número de ciclos previstos	45	Número de ciclos de quimioterapia previstos	Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual	46	Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Número de dias do ciclo atual	47	Número de dias do ciclo atual	Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos	48	Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Data da solicitação	49	Data da solicitação	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.

		autorização	atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	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	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	9	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone	10	Telefone do profissional solicitante	Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail	11	E-mail do profissional solicitante	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	Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Tabela	13	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	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	Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição	15	Descrição do material solicitado	Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Opção fabr	16	Ordem da opção de fabricante do material solicitado	Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.

Qtde solicit	17	Quantidade solicitada do material	Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor Unitário Solicitado	18	Valor do unitário material solicitado	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.
quantidade autorizada	19	Quantidade autorizada do material	Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
valor unitário autorizado	20	Valor do unitário material autorizado	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	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	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.	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	Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
Observação/Justificativa	25	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	26	Data da solicitação	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	27	Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	28	Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

GUIA DE COMPROVANTE PRESENCIAL

Unimed		GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL		2 - Nº Guia Prestador	
Salto / Itu					
1 - Registro ANS 3 4 6 2 7 6					
Dados do Contratado					
3 - Código do Contratado na Operadora			4 - Nome do Contratado		5 - Código CNES
6 - Nome do Profissional Executante			7 - Conselho Profissional	8 - Número no Conselho	9 - UF
					10 - Código CBO
Beneficiários					
11 - Data do Atendimento	12 - Número da carteira	13 - Nome do Beneficiário	14 - Número da Guia Principal	15 - Assinatura	
1- _____	_____	_____	_____	_____	
2- _____	_____	_____	_____	_____	
3- _____	_____	_____	_____	_____	
4- _____	_____	_____	_____	_____	
5- _____	_____	_____	_____	_____	
6- _____	_____	_____	_____	_____	
7- _____	_____	_____	_____	_____	
8- _____	_____	_____	_____	_____	
9- _____	_____	_____	_____	_____	
10- _____	_____	_____	_____	_____	
11- _____	_____	_____	_____	_____	
12- _____	_____	_____	_____	_____	
13- _____	_____	_____	_____	_____	
14- _____	_____	_____	_____	_____	
15- _____	_____	_____	_____	_____	
16- _____	_____	_____	_____	_____	
17- _____	_____	_____	_____	_____	
18- _____	_____	_____	_____	_____	
19- _____	_____	_____	_____	_____	
20- _____	_____	_____	_____	_____	
21- _____	_____	_____	_____	_____	
22- _____	_____	_____	_____	_____	
23- _____	_____	_____	_____	_____	
24- _____	_____	_____	_____	_____	
25- _____	_____	_____	_____	_____	
16 - Data		17 - Assinatura do Contratado			
_____		_____			

Legenda preenchimento Guia Comprovante Presencial

Termo	Nº campo Na guia	Nome do campo na guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. (Já impresso na guia TISS)
Código na operadora	3	Código do contratado executante na operadora. Será preenchido com o CRM do cooperado ou o código do credenciado	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	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	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	6	Nome do profissional executante	Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	7	Conselho profissional do executante	Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	8	Número do executante no conselho profissional	Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	9	UF do conselho do profissional executante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	10	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data do atendimento	11	Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Número da carteira	12	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	13	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da guia principal	14	Número da guia principal	Número da guia principal	Obrigatório.
Assinatura	15	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de Assinatura do Contratado	16	Data da assinatura do prestador contratado	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	17	Assinatura do contratado	Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

Termos Utilizados

Acidente: É o evento não-intencional, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, dos esportes e do lazer.

Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho ou Agravos à Saúde Relacionados ao Trabalho: São doenças, danos, distúrbios, sofrimentos ou lesões causados ou agravados pelo trabalho, que implicam prejuízo à saúde de um indivíduo ou de uma população. Os acidentes e as doenças cujo nexos causal seja estabelecido como resultantes do exercício de atividade profissional são de notificação obrigatória segundo legislação do Ministério da Saúde, informados através da ficha de notificação específica a ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), bem como devem ser também registrados através da emissão, pelo profissional e/ou serviço que atende o paciente, da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Alta/ Motivo de encerramento do Atendimento: Ato que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente. O paciente pode receber alta estando curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado.

Alto Custo: É o mesmo que alta complexidade, conforme definido no rol de procedimentos estabelecido pela ANS.

Área de Abrangência ou Cobertura Geográfica de um plano: É a definição de quais são os limites geográficos que estão cobertos pelo contrato, podendo ser uma das seguintes opções: nacional, grupo de estados, estadual, grupo de municípios ou municipal.

Atendimento Domiciliar: Regime de atendimento em que o beneficiário é atendido fora do âmbito médico hospitalar, em seu domicílio. Ver também Regime de Internação - Internação Domiciliar.

Autorização de Procedimentos: Processo eletrônico ou não, utilizado como resposta à transação de solicitação de autorização de procedimento, que incorpora as solicitações das Guias de Solicitação de Internação e SP/ SADT.

Beneficiário: Sujeito ativo - titular ou dependente - dos direitos definidos em contrato assinado entre uma pessoa física ou pessoa jurídica com uma operadora para garantia da assistência. O termo beneficiário refere-se ao vínculo a planos de saúde, podendo existir mais de um vínculo para um mesmo indivíduo. Tendo em vista que uma mesma pessoa física pode estar vinculada a mais de um plano, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde): Cadastro que registra as informações completas acerca dos prestadores de serviços em saúde, pessoa física ou jurídica, visando disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento destes prestadores de saúde em todas as esferas.

Caráter da Solicitação: É a definição sobre o tipo de atendimento que está sendo prestado, se eletivo ou de urgência/ emergência.

Caráter Eletivo: Diz-se do procedimento realizado de forma programada antecipadamente, não envolvendo situação de urgência ou emergência.

Caráter de Urgência: Diz-se do procedimento realizado de forma não programada antecipadamente, devido a situação de urgência ou emergência.

Cartão do Beneficiário: Documento que identifica, mediante numeração própria de cada Operadora, o beneficiário de um Plano de Saúde.

CNS (Cartão Nacional de Saúde): Instrumento criado pelo Ministério da Saúde que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os executou e ao estabelecimento de saúde, por meio de números de identificação previamente cadastrados numa base de dados de âmbito nacional. O Cartão Nacional de Saúde estrutura a coleta de dados e informações em saúde por meio do número único de identificação do usuário do SUS e de uma rede de telecomunicações e equipamentos de informática que, segundo protocolos nacionais, possibilita o trânsito, o armazenamento e o acesso às informações geradas nas Unidades Assistenciais.

Código CBO-S (Classificação Brasileira de Ocupações - Saúde): Código da Especialidade do profissional contratado conforme a Classificação Brasileira de Ocupações - Saúde.

Consulta: Atendimento ambulatorial prestado ao beneficiário de plano de saúde por profissional habilitado para tal, que consiste no exame clínico do mesmo, com ou sem apoio de instrumentos que visem a estabelecer uma hipótese diagnóstica ou elucidar um diagnóstico.

Contratado: Pessoa física ou jurídica autorizada a solicitar ou prestar serviço, mediante contrato formal, aos beneficiários de uma Operadora.

Contratado Solicitante: Profissional ou serviço de saúde autorizado a prestar serviço, mediante contrato formal, aos beneficiários de uma Operadora, responsável pela solicitação de determinado procedimento/serviço de apoio ao atendimento prestado.

Contratado Executante: Profissional ou serviço de saúde autorizado a prestar serviço, mediante contrato formal, aos beneficiários de uma Operadora, responsável pela execução direta do procedimento.

Diagnóstico Principal: É o principal diagnóstico que justifica o procedimento, evento ou informação.

Equipe Médica: Equipe constituída por diversos profissionais da área de saúde, da mesma especialidade ou não, da mesma disciplina ou não, para realização de serviço médico-hospitalar.

Eventos Assistenciais: Consultas médicas, odontológicas ou de quaisquer outras especialidades da área de saúde devidamente habilitadas para tal; utilização de serviços profissionais e de apoio diagnóstico e/ou terapêutico; internação hospitalar e tratamento odontológico.

Exames Complementares: Métodos auxiliares realizados com objetivo de diagnosticar, rastrear, definir ou acompanhar determinada patologia, suspeita ou já conhecida.

Fatura: documento fiscal ou não, identificado, que representa uma conta a ser paga por prestação de serviços diversos, abrangendo um ou mais lotes.

Tipo de Faturamento: Definição do faturamento do atendimento prestado de acordo com o total de procedimentos a serem faturados ao término deste atendimento.

Faturamento Parcial: Tipo de faturamento realizado apenas em parte da conta do serviço prestado ao beneficiário. Este faturamento pode ocorrer com o paciente permanecendo ainda sob atendimento.

Faturamento Total: Tipo de faturamento realizado com base em todo somatório da conta do serviço prestado ao beneficiário.

Glosa: É a rejeição total ou parcial, com conseqüente cancelamento de verbas ou parcelas, de uma conta ou orçamento.

Grau de Participação: É a posição exercida pelo profissional executante do procedimento na equipe de atendimento, classificada de acordo com a tabela de domínio própria.

Guia Referenciada: Guia utilizada para encaminhamento de paciente a outro profissional ou serviço.

Hipótese Diagnóstica: Fase inicial do processo de raciocínio clínico feita pelo profissional, na qual são levantadas hipóteses, com algum grau de certeza, sobre o problema exposto.

Honorário Individual: Valor a que faz jus o profissional de saúde pela prestação de serviços assistenciais a um paciente.

Indicação Clínica: Patologia, sinal ou sintoma que justifica a solicitação de determinado procedimento.

Internação Cirúrgica: Internação objetivada por realização de ato cirúrgico em paciente em ambiente hospitalar.

Internação Clínica: Internação objetivada por realização de acompanhamento clínico ou diagnóstico em ambiente hospitalar.

Internação Obstétrica: Internação objetivada por realização de acompanhamento, diagnóstico, intervenção de caráter obstétrico em ambiente hospitalar.

Internação Pediátrica: Internação médica voltada para a manutenção da saúde e para a oferta de cuidados médicos às crianças desde o nascimento até a adolescência (00 a 18 anos incompletos).

Internação Psiquiátrica: Internação relacionada com a aplicação de princípios da psiquiatria no cuidado de doentes mentais.

Lote de Guia: Agrupamento de guias apresentadas pelo prestador com numeração unívoca por ele estabelecida.

Medicamentos Especiais: aqueles que necessitam de autorização prévia.

Motivo de Saída: Motivo que atesta a saída do paciente de determinada condição de atendimento ou internação.

OPME: Órtese, prótese ou material especial utilizado em procedimentos de atendimento ao paciente.

Pequena Cirurgia: Procedimento cirúrgico de pequeno porte, que, por conta de sua baixa complexidade, pode também ser realizado fora do ambiente hospitalar.

Plano Privado de Assistência à Saúde: Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, contratada por pessoa física ou jurídica, a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica e a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do beneficiário.

Prestadores de Serviços de Saúde: Pessoa física ou jurídica, autorizada por entidade de classe regulamentada a executar ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, que prestam serviço às operadoras de plano privado de assistência à saúde.

Procedimento: Ato isolado ou conjunto de atos de atenção à saúde prestados ao beneficiário de um plano de saúde por profissional ou serviço de saúde qualificado, assim como medicamentos e outros insumos terapêuticos.

Procedimento em Série: É aquele de uso seriado e/ou contínuo por período de tempo determinado ou não para tratamento através de seções determinadas.

Profissional Contratado: É aquele contratado para prestar serviços de saúde. Pode se tratar de pessoa física, pessoa jurídica, cooperativa profissional, hospital ou clínica.

Profissional Executante: É aquele responsável pela execução do serviço de saúde prestado ao beneficiário. O profissional executante será sempre identificado como pessoa física ou pessoa jurídica, sendo possuidor de registro em conselho profissional.

Profissional Solicitante: É aquele responsável pela solicitação de determinado procedimento de saúde a ser prestado ao beneficiário.

Prorrogação: É uma solicitação de realização de serviço médico-hospitalar extra a uma solicitação anteriormente realizada, a fim de prestar outros serviços não previstos em decorrência de agravo ou sempre que houver necessidade. Utilizado para pacientes em regime de internação.

Protocolo: Agrupamento de guias do mesmo tipo ou diferentes, no âmbito da operadora, identificado por um identificador único. É o comprovante de recebimento pela operadora de um lote de guias.

Rede Credenciada: Grupo de prestadores de serviços médico-hospitalares que mantêm relacionamento comercial com a operadora de plano de saúde com o objetivo de prestar assistência aos beneficiários desta.

Regime de Internação: Definição da forma de internação.

Regime Domiciliar: Conjunto de ações integradas, sistematizadas, articuladas e regulares desenvolvidas pela equipe de saúde no domicílio, com o objetivo de promover e/ou restabelecer a saúde de pessoas em seu contexto sócio econômico, cultural e familiar, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. Inclui visita domiciliar, consulta de profissional de nível superior no domicílio, planejamento e a realização de procedimentos.

Regime Hospitalar: Regime de internação em que o paciente recebe o atendimento em ambiente hospitalar.

Regime Hospital-Dia: Forma de assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.

Registro ANS: Número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora de plano de saúde junto à ANS.

Remoção: É o deslocamento do paciente utilizando-se uma unidade móvel apropriada, de uma unidade de atendimento para outra.

SP/SADT (Serviço Profissional/ Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia): Serviço, exame ou terapia realizado em âmbito ambulatorial.

SADT internado: Serviço, exame ou terapia executado em paciente em regime de internação.

Senha de Autorização: Número identificador utilizado para mapear uma autorização de realização de determinado serviço anteriormente solicitado pelo prestador de serviço.

Tabela de Domínio: Tabela que define um conjunto limitado de dados para ser utilizado para determinado fim.

Tabela de Valoração: Tabela com códigos, regras, conceitos e definições utilizadas para atribuir valores aos seus itens.

Terapia: Atendimento a paciente utilizando qualquer método de tratamento, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

Tipo de Encerramento: Tipificação da saída do paciente de determinada condição de atendimento ou internação. Ver também Alta.

Tipo de Atendimento: Tipificação do atendimento ambulatorial do padrão TISS realizado em beneficiário de plano de saúde privado.

Tabelas de domínio

Tabela 23 - Terminologia de caráter do atendimento

Código do Termo	Termo
1	Eletivo
2	Urgência/Emergência

Tabela 24 - Terminologia do código brasileiro de ocupação (CBO)

Código do Termo	Termo
201115	Geneticista
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas
213150	Físico médico
221105	Biólogo
223204	Cirurgião dentista - auditor
223208	Cirurgião dentista - clínico geral
223212	Cirurgião dentista - endodontista
223216	Cirurgião dentista - epidemiologista
223220	Cirurgião dentista - estomatologista
223224	Cirurgião dentista - implantodontista
223228	Cirurgião dentista - odontogeriatra
223232	Cirurgião dentista - odontologista legal
223236	Cirurgião dentista - odontopediatra
223240	Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista
223244	Cirurgião dentista - patologista bucal
223248	Cirurgião dentista - periodontista
223252	Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial
223256	Cirurgião dentista - protesista
223260	Cirurgião dentista - radiologista
223264	Cirurgião dentista - reabilitador oral
223268	Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial
223272	Cirurgião dentista de saúde coletiva
223276	Cirurgião dentista - odontologia do trabalho
223280	Cirurgião dentista - dentística
223284	Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial
223288	Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais
223293	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família
223505	Enfermeiro
223605	Fisioterapeuta geral
223625	Fisioterapeuta respiratória
223630	Fisioterapeuta neurofuncional
223635	Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional
223640	Fisioterapeuta osteopata
223645	Fisioterapeuta quiropraxista
223650	Fisioterapeuta acupunturista
223655	Fisioterapeuta esportivo
223660	Fisioterapeuta do trabalho
223710	Nutricionista
223810	Fonoaudiólogo
223905	Terapeuta ocupacional
223910	Ortoptista
225103	Médico infectologista
225105	Médico acupunturista
225106	Médico legista
225109	Médico Nefrologista
225110	Médico alergista e imunologista
225112	Médico neurologista
225115	Médico angiologista
225118	Médico nutrologista
225120	Médico cardiologista
225121	Médico oncologista clínico

225122	Médico cancerologista pediátrico
225124	Médico pediatra
225125	Médico clínico
225127	Médico pneumologista
225130	Médico de família e comunidade
225133	Médico psiquiatra
225135	Médico dermatologista
225136	Médico reumatologista
225139	Médico sanitarista
225140	Médico do trabalho
225142	Médico da estratégia de saúde da família
225145	Médico em medicina de trânsito
225148	Médico anatomopatologista
225150	Médico em medicina intensiva
225151	Médico anestesologista
225155	Médico endocrinologista e metabologista
225160	Médico fisiatra
225165	Médico gastroenterologista
225170	Médico generalista
225175	Médico geneticista
225180	Médico geriatra
225185	Médico Hematologista
225195	Médico Homeopata
225203	Médico em cirurgia vascular
225210	Médico cirurgião cardiovascular
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
225225	Médico cirurgião geral
225230	Médico cirurgião pediátrico
225235	Médico cirurgião plástico
225240	Médico cirurgião torácico
225250	Médico ginecologista e obstetra
225255	Médico Mastologista
225260	Médico neurocirurgião
225265	Médico oftalmologista
225270	Médico ortopedista e traumatologista
225275	Médico otorrinolaringologista
225280	Médico proctologista
225285	Médico urologista
225290	Médico cancerologista cirúrgico
225295	Médico cirurgião da mão
225305	Médico citopatologista
225310	Médico em endoscopia
225315	Médico em medicina nuclear
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225325	Médico patologista
225330	Médico radioterapeuta
225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225340	Médico hemoterapeuta
225345	Médico hiperbarista
225350	Médico neurofisiologista
239425	Psicopedagogo
251510	Psicólogo clínico
251545	Neuropsicólogo
251550	Psicanalista
251605	Assistente social
322205	Técnico de enfermagem
322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica
322225	Instrumentador cirúrgico
322230	Auxiliar de enfermagem
516210	Cuidador de idosos
223435	Farmacêutico industrial

223430	Farmacêutico em saúde pública
223415	Farmacêutico analista clínico
223405	Farmacêutico
223420	Farmacêutico de alimentos
223440	Farmacêutico toxicologista
223445	Farmacêutico hospitalar e clínico
223425	Farmacêutico práticas integrativas e complementares
223565	Enfermeiro da estratégia de saúde da família
223560	Enfermeiro sanitarista
223555	Enfermeiro puericultor e pediátrico
223550	Enfermeiro psiquiátrico
223545	Enfermeiro obstétrico
223540	Enfermeiro neonatologista
223535	Enfermeiro nefrologista
223530	Enfermeiro do trabalho
223525	Enfermeiro de terapia intensiva
223520	Enfermeiro de centro cirúrgico
223515	Enfermeiro de bordo
223510	Enfermeiro auditor
223570	Perfusionista
223705	Dietista
223845	Fonoaudiólogo em voz
223830	Fonoaudiólogo em linguagem
223825	Fonoaudiólogo em disfagia
223835	Fonoaudiólogo em motricidade orofacial
223840	Fonoaudiólogo em saúde coletiva
223820	Fonoaudiólogo em audiologia
223815	Fonoaudiólogo educacional
225154	Médico antroposófico
999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante

Tabela 25 - Terminologia de código da despesa

Código do Termo	Termo
01	Gases medicinais
02	Medicamentos
03	Materiais
05	Diárias
07	Taxas e aluguéis
08	OPME

Tabela 26 - Terminologia de conselho profissional

Código do Termo	Termo
01	Conselho Regional de Assistência Social (CRAS)
02	Conselho Regional de Enfermagem (COREN)
03	Conselho Regional de Farmácia (CRF)
04	Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFA)
05	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO)
06	Conselho Regional de Medicina (CRM)
07	Conselho Regional de Nutrição (CRN)
08	Conselho Regional de Odontologia (CRO)
09	Conselho Regional de Psicologia (CRP)
10	Outros Conselhos

Tabela 30 - Terminologia de escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)

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

Tabela 31 - Terminologia de estadiamento do tumor

Código do Termo	Termo
0	0
1	I
2	II
3	III
4	IV
5	Não se aplica

Tabela 33 - Terminologia de finalidade do tratamento

Código do Termo	Termo
1	Curativa
2	Neoadjuvante
3	Adjuvante
4	Paliativa
5	Controle

Tabela 35 - Terminologia de grau de participação

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

Tabela 36 - Terminologia de Indicador de Acidente

Código do Termo	Termo
0	Trabalho
1	Trânsito
2	Outros
9	Não Acidente

Tabela 39 - Terminologia de motivo de encerramento

Código do Termo	Termo
11	Alta Curado
12	Alta Melhorado
14	Alta a pedido
15	Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente
16	Alta por Evasão
18	Alta por outros motivos
19	Alta de Paciente Agudo em Psiquiatria
21	Permanência, por características próprias da doença
22	Permanência, por intercorrência
23	Permanência, por impossibilidade sócio-familiar
24	Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo
25	Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto
26	Permanência, por mudança de Procedimento
27	Permanência, por reoperação
28	Permanência, outros motivos
31	Transferido para outro estabelecimento
32	Transferência para Internação Domiciliar
41	Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente
42	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML
43	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO.
51	Encerramento Administrativo
61	Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido
62	Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido
63	Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido
64	Alta da mãe/puérpera com óbito fetal
65	Óbito da gestante e do concepto
66	Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido
67	Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido

Tabela 41 - Terminologia de Regime de Internação

Código do Termo	Termo
1	Hospitalar
2	Hospital-dia
3	Domiciliar

Tabela 43 - Sexo

Código do Termo	Termo
1	Masculino
3	Feminino

Tabela 48 - Terminologia de técnica utilizada

Código do Termo	Termo
1	Convencional
2	Video
3	Robótica

Tabela 49 - Terminologia de Tipo de Acomodação

Código do Termo	Termo
02	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR
09	APARTAMENTO DE LUXO DA MATERNIDADE
10	APARTAMENTO DE LUXO DE PSIQUIATRIA
11	APARTAMENTO DE LUXO
12	APARTAMENTO SIMPLES
13	APARTAMENTO STANDARD
14	APARTAMENTO SUÍTE
15	APARTAMENTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO
16	APARTAMENTO PARA PACIENTE COM OBESIDADE MORBIDA
17	APARTAMENTO SIMPLES DA MATERNIDADE
18	APARTAMENTO SIMPLES DE PSIQUIATRIA
19	APARTAMENTO SUÍTE DA MATERNIDADE
20	APARTAMENTO SUÍTE DE PSIQUIATRIA
21	BERÇÁRIO NORMAL
22	BERÇÁRIO PATOLÓGICO / PREMATURO
25	ENFERMARIA DE 3 LEITOS DA MATERNIDADE
26	ENFERMARIA DE 4 OU MAIS LEITOS DA MATERNIDADE
27	HOSPITAL DIA APARTAMENTO
28	HOSPITAL DIA ENFERMARIA
29	HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA
30	QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS DA MATERNIDADE
31	ENFERMARIA DE 3 LEITOS
32	ENFERMARIA DE 4 OU MAIS LEITOS
33	ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUNTO
36	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR DA MATERNIDADE
37	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR DE PSIQUIATRIA
38	SEMI UTI ADULTO GERAL
39	SEMI UTI CORONARIANA
40	SEMI UTI NEONATAL
41	QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS
43	QUARTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO
44	SEMI UTI NEUROLÓGICA
45	SEMI UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA
46	SEMI UTI QUEIMADOS
47	UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
48	UNIDADE DE TRANSPLANTE EM GERAL
49	APARTAMENTO STANDARD DA MATERNIDADE
50	APARTAMENTO STANDARD DE PSIQUIATRIA
51	UTI ADULTO GERAL
52	UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA
53	UTI NEONATAL
56	UNIDADE PARA TRATAMENTO RADIOATIVO
57	UTI CORONARIANA
58	UTI NEUROLÓGICA
59	UTI QUEIMADOS

Tabela 50 - Terminologia de Tipo de Atendimento

Código do Termo	Termo
01	Remoção
02	Pequena Cirurgia
03	Outras Terapias
04	Consulta
05	Exame Ambulatorial
06	Atendimento Domiciliar
07	Internação
08	Quimioterapia
09	Radioterapia
10	Terapia Renal Substitutiva (TRS)
11	Pronto Socorro
13	Pequeno atendimento (sutura, gesso e outros)
14	Saúde Ocupacional - Admissional
15	Saúde Ocupacional - Demissional
16	Saúde Ocupacional - Periódico
17	Saúde Ocupacional - Retorno ao trabalho
18	Saúde Ocupacional - Mudança de função
19	Saúde Ocupacional - Promoção a saúde
20	Saúde Ocupacional - Beneficiário novo
21	Saúde Ocupacional - Assistência a demitidos

Tabela 52 - Terminologia de tipo de consulta

Código do Termo	Termo
1	Primeira Consulta
2	Retorno
3	Pré-natal
4	Por encaminhamento

Tabela 57 - Terminologia de tipo de internação

Código do Termo	Termo
1	Clínica
2	Cirúrgica
3	Obstétrica
4	Pediátrica
5	Psiquiátrica

Tabela 59 - Terminologia de unidades da federação

Código do Termo	Termo	Sigla
11	Rondônia	RO
12	Acre	AC
13	Amazonas	AM
14	Roraima	RR
15	Pará	PA
16	Amapá	AP
17	Tocantins	TO
21	Maranhão	MA
22	Piauí	PI
23	Ceará	CE
24	Rio Grande do Norte	RN
25	Paraíba	PB

26	Pernambuco	PE
27	Alagoas	AL
28	Sergipe	SE
29	Bahia	BA
31	Minas Gerais	MG
32	Espírito Santo	ES
33	Rio de Janeiro	RJ
35	São Paulo	SP
41	Paraná	PR
42	Santa Catarina	SC
43	Rio Grande do Sul	RS
50	Mato Grosso do Sul	MS
51	Mato Grosso	MT
52	Goiás	GO
53	Distrito Federal	DF
98	Países Estrangeiros	EX

Tabela 60 - Terminologia de unidade de medida

Código do Termo	Termo	Descrição Detalhada
001	AMP	Ampola
002	BUI	Bilhões de Unidades Internacionais
003	BG	Bisnaga
004	BOLS	Bolsa
005	CX	Caixa
006	CAP	Cápsula
007	CARP	Carpule
008	COM	Comprimido
009	DOSE	Dose
010	DRG	Drágea
011	ENV	Envelope
012	FLAC	Flaconete
013	FR	Frasco
014	FA	Frasco Ampola
015	GAL	Galão
016	GLOB	Glóbulo
017	GTS	Gotas
018	G	Grama
019	L	Litro
020	MCG	Microgramas
021	MUI	Milhões de Unidades Internacionais
022	MG	Miligrama
023	ML	Mililitro
024	OVL	Ovulo
025	PAS	Pastilha
026	LT	Lata
027	PER	Pérola
028	PIL	Pílula
029	PT	Pote
030	KG	Quilograma
031	SER	Seringa
032	SUP	Supositório
033	TABLE	Tablete
034	TUB	Tubete
035	TB	Tubo
036	UN	Unidade
037	UI	Unidade Internacional
038	CM	Centímetro
039	CONJ	Conjunto
040	KIT	Kit
041	MÇ	Maço

042	M	Metro
043	PC	Pacote
044	PÇ	Peça
045	RL	Rolo
046	GY	Gray
047	CGY	Centgray
048	PAR	Par
049	ADES	Adesivo Transdérmico
050	COM EFEV	Comprimido Efervescente
051	COM MST	Comprimido Mastigável
052	SACHE	Sache
053	M	Metro Linear
054	M ²	Metro Quadrado
055	M ³	Metro Cúbico
056	MG/peso	Miligrama / peso
057	MG/M ²	Miligrama por metro quadrado
058	CAL	Calorias
059	UI/M ²	Unidade internacional por metro quadrado
060	UI/ML	Unidade internacional por mililitro
061	CM ³	Centímetro cúbico

Tabela 61 - Terminologia de via de acesso

Código do Termo	Termo
1	Única
2	Mesma via
3	Diferentes vias

Tabela 62 - Terminologia de via de administração

Código do Termo	Termo
01	Bucal
02	Capilar
03	Dermatológica
04	Epidural
05	Gastrostomia/jejunosomia
06	Inalatória
07	Intra- Óssea
08	Intra-arterial
09	Intra-articular
10	Intracárdica
11	Intradérmica
12	Intralesional
13	Intramuscular
14	Intraperitonal
15	Intrapleural
16	Intratecal
17	Intratraqueal
18	Intrauterina
19	Intravenosa
20	Intravesical
21	Intravítrea
22	Irrigação
23	Nasal
24	Oftálmica
25	Oral
26	Otológica
27	Retal
28	Sonda enteral
29	Sonda gástrica

30	Subcutânea
31	Sublingual
32	Transdérmica
33	Uretral
34	Vaginal
35	Outras

Tabela 65 - Terminologia de metástases

Código do Termo	Termo
1	M1
2	M0
3	Mx
8	Não se aplica
9	Sem informação

Tabela 66 - Terminologia de nódulo

Código do Termo	Termo
1	N1
2	N2
3	N3
4	N0
5	Nx
8	Não se aplica
9	Sem informação

Tabela 67 - Terminologia de tumor

Código do Termo	Termo
1	T1
2	T2
3	T3
4	T4
5	T0
6	Tis
7	Tx
8	Não se aplica
9	Sem informação

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

Código da Tabela	Descrição
00	Tabela própria das operadoras
18	Diárias, taxas e gases medicinais
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20	Medicamentos
22	Procedimentos e eventos em saúde
23	Caráter do atendimento
24	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)
25	Código da despesa
26	Conselho profissional
27	Débitos e créditos
28	Dentes
29	Diagnóstico por imagem
30	Escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)
31	Estadiamento do tumor
32	Faces do dente
33	Finalidade do tratamento

34	Forma de pagamento
35	Grau de participação
36	Indicador de acidente
37	Indicador de débito ou crédito
38	Mensagens (glosas, negativas e outras)
39	Motivo de encerramento
40	Origem da guia
41	Regime de internação
42	Regiões da boca
43	Sexo
44	Situação inicial do dente
45	Status da solicitação
46	Status do cancelamento
47	Status da guia e do protocolo
48	Técnica utilizada
49	Tipo de acomodação
50	Tipo de atendimento
51	Tipo de atendimento em odontologia
52	Tipo de consulta
53	Tipo de demonstrativo
54	Tipo de guia
55	Tipo de faturamento
56	Natureza da guia
57	Tipo de internação
58	Tipo de quimioterapia
59	Unidade da federação
60	Unidade de medida
61	Via de acesso
62	Via de administração
63	Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS
64	Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS
65	Metástase
66	Nódulo
67	Tumor
68	Categoria de despesa
69	Versão do padrão
70	Forma de envio de padrão
87	Tabelas de domínio
90	Tabela Própria Pacote Odontológico
98	Tabela Própria de Pacotes