

Manual de Preenchimento da TISS

**(Troca de Informações em
Saúde Suplementar)**

SUMÁRIO

I – Introdução	Página 2
II - Formulários/ Legendas	Página 5
II.1 – Guias	Página 5
2.1.1 – Guia de Consulta	Página 5
2.1.2 – Guia de Serviço Profissional/ Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)	Página 8
2.1.3 – Guia de Solicitação de Internação	Página 15
2.1.4 – Guia de Resumo de Internação	Página 20
2.1.5 – Guia de Honorário Individual	Página 26
2.1.6 – Guia de Outras Despesas	Página 29
II.2 – Demonstrativos de Retorno	Página 31
2.2.1 – Demonstrativo de Análise de Conta Médica	Página 31
2.2.2 – Demonstrativo de Pagamento	Página 34
III – Ligação Entre Guias	Página 37
3.1 – Consultas	Página 37
3.2 - Serviços Profissionais, Exames e Procedimentos (Paciente Não Internado)	Página 38
3.3 - Pronto Atendimento	Página 39
3.4 – Internação	Página 39
3.5 - Serviços Profissionais, Exames e Procedimentos (Paciente Internado)	Página 40
IV – Exemplos de Utilização	Página 43
V – Glossário	Página 46

I - INTRODUÇÃO

Este manual explicativo objetiva auxiliar o preenchimento dos novos formulários padronizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

O manual da TISS pode ser encontrado no site de nossa operadora. Eventuais alterações impostas pela ANS serão automaticamente atualizadas neste meio.

Entende-se por TISS o padrão estabelecido pela ANS para a Troca de Informação em Saúde Suplementar, com o objetivo principal de padronizar as trocas eletrônicas de informações administrativas e financeiras, a fim de aprimorar a eficiência e efetividade do sistema de saúde suplementar. A Resolução Normativa nº 114/2005 determina a adoção do padrão TISS por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde e dos prestadores de serviços de saúde.

Por ocasião da implementação da TISS, a ANS definiu e padronizou os formulários que serão utilizados pelos prestadores de serviços de saúde, para envio às operadoras, contendo a representação e descrição documental dos eventos assistenciais realizados nos beneficiários das mesmas. Esses documentos foram nomeados como **Guias**.

As Guias definidas no padrão TISS são:

Guia de Consulta

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

Guia de Solicitação de Internação

Guia de Resumo de Internação

Guia de Honorário Individual

Guia de Outras Despesas

A TISS também padronizou os documentos que serão enviados pelas operadoras aos prestadores de serviços de saúde e que contêm a representação e descrição documental do pagamento dos eventos assistenciais realizados nos beneficiários das mesmas. Esses documentos foram nomeados como **Demonstrativos de Retorno**.

Os Demonstrativos de Retorno definidos no padrão TISS são:

Demonstrativo de Análise de Conta Médica

Demonstrativo de Pagamento

Abaixo, descrevemos cada um dos formulários e seus usos:

I - Guia de Consulta - Deve ser utilizada exclusivamente na execução de consultas eletivas sem procedimento. Constitui-se no documento padrão para solicitação do pagamento.

II - Guia de Serviço Profissional/ Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) -

Deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção, pequenas cirurgias, terapias, consulta com procedimentos, exames, atendimento domiciliar, SADT internado, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva (TRS) ou equipes não médicas terceirizadas participantes da internação (ex: fisioterapia, nutrição).

Compreende os processos de autorização, desde que necessária, e de execução dos serviços.

A consulta de referência deve ser preenchida na Guia de SP/SADT.

As seguintes especificações demonstram a utilização da guia em questão.

A – Solicitação:

a – Para o médico solicitar, se necessário, qualquer tipo de SADT ou procedimento, material, medicamento, taxa e equipamento, em situações que não impliquem em internação. Isto elimina qualquer outro tipo de papel, mesmo os receituários em que os médicos estão acostumados a fazer estas solicitações. Se a operadora for emitir uma guia autorizando qualquer tipo de SADT ou procedimento, material, medicamento, taxa e equipamento (à exceção das internações) deverá utilizar esta guia.

b – Para a solicitação e realização da consulta de referência (consulta realizada por indicação de outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento).

c – No caso de autorização de OPM e medicamentos especiais a operadora poderá, a seu critério, emitir um documento complementar comprovando a autorização.

B – Execução:

a – Para realização de consulta de referência e consultas com procedimento.

b – Se todo fluxo da operadora for em papel e manual, o prestador enviará, no mesmo documento de solicitação, os dados da execução para cobrança.

c – Qualquer tipo de SADT ou procedimento, OPMs e medicamentos especiais executados, não internados, são registrados na guia de SP/SADT. Outras cobranças de material e medicamento de uso comum, taxas e equipamentos devem ser registrados na Guia de Outras Despesas.

d – No caso de serviços terceirizados do hospital (SADT internado), quando o pagamento não é feito ao hospital, mesmo em regime de internação, deverá utilizar esta guia. Admite-se que mesmo em casos de internações onde o SADT seja cobrado pelo próprio hospital, utilize-se essa guia. Nessa hipótese, o hospital não colocaria esses procedimentos na Guia de Resumo de Internação.

e – Para cobrança individual de honorários de procedimentos ambulatoriais realizados em equipe, incluindo o grau de participação conforme tabela de domínio própria.

f – Para cobrança de honorários de consulta ou procedimentos ambulatoriais realizados por profissionais não médicos.

III - Guia de Solicitação de Internação - É o formulário padrão a ser utilizado para a solicitação, autorização ou negativa de internação em regime hospitalar, hospital – dia ou domiciliar.

a – O pedido de prorrogação será feito pelos prestadores de serviço de forma devidamente acordada com a operadora e a autorização deverá ser registrada no verso desta guia, até que haja a padronização da Guia de Pedido de Prorrogação, a ser determinada futuramente pelo COPISS (Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar).

IV - Guia de Resumo de Internação - É o formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação.

a – No caso dos honorários, quando cobrados diretamente pelos profissionais, deve-se utilizar a Guia de Honorário Individual.

b – No caso de SADT quando cobrados diretamente pelos terceirizados deve-se utilizar a Guia de SP/SADT.

c – As guias de Honorário Individual e SP/SADT devem ser ligadas à Guia de Solicitação de Internação conforme demonstrado na seção **ligação entre guias**.

d - A Guia de Solicitação de Internação deve ser referenciada na Guia de Resumo da Internação, conforme demonstrado na seção **ligação entre guias**.

V - **Guia de Honorário Individual** - É o formulário padrão a ser utilizado para a apresentação do faturamento de honorários profissionais prestados em serviços de internação, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional executante.

a – Nas internações, no caso de contas desvinculadas, para cobrança de visitas clínicas, pareceres e honorários da equipe cirúrgica.

b – Esta guia é ligada à guia de **Solicitação de Internação**, conforme demonstrado na seção **ligação entre guias**.

c – Esta guia tem como característica **NÃO** poder estar ligada a nenhuma outra, exceto à Guia de Solicitação de Internação.

VI - **Guia de Outras Despesas** é o formulário padrão a ser utilizado nos casos de apresentação do faturamento em papel, como instrumento de continuidade e complemento de folhas. Esta guia estará sempre ligada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só. É utilizada para discriminação de materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, não informadas na guia principal.

VII - Demonstrativo de Análise de Conta Médica e Demonstrativo de Pagamento - São os documentos pelos quais as operadoras enviarão aos prestadores as informações relativas ao faturamento e processamento das Guias.

a) Demonstrativo de Análise de Conta Médica – É o documento enviado da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer informações detalhadas sobre o processamento do lote de guias de faturamento enviado pelo prestador, item a item. A partir deste demonstrativo é possível fazer uma previsão das contas a serem pagas pela operadora e solicitar revisão de possíveis glosas baseado nos detalhes do processamento das guias.

b) Demonstrativo de Pagamento - É o documento enviado da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer extrato das contas da produção apresentadas nas guias em questão e seu pagamento ou não.

II – FORMULÁRIOS/ LEGENDAS

II.1 – Guias

2.1.1 – Guia de Consulta

GUIA DE CONSULTA		2- Nº	
1 - Registro ANS		3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____	
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira ____/____/____		5 - Plano	6 - Validade da Carteira ____/____/____
7 - Nome		8 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____/____/____	
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____/____/____		10 - Nome do Contratado	
11 - Código CNES			
12 - T.L	13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento	16 - Município	17 - UF
18 - Código IBGE		19 - CEP	
20 - Nome do Profissional Executante		21 - Conselho Profissional	22 - Número no Conselho
23 - UF		24 - Código CBO S	
Hipóteses Diagnósticas			
25 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica		26 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias	
27 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			
28 - CID Principal	29 - CID (2)	30 - CID (3)	31 - CID (4)
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
32 - Data do Atendimento ____/____/____	33 - Código Tabela	34 - Código Procedimento	
35 - Tipo de Consulta 1 - Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-Natal		36 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta	
37 - Observação			
38 - Data e Assinatura do Médico ____/____/____		39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	

Legenda da Guia de Consulta

Nº do Campo	Nome do Campo	Descrição	Formato/Tamanho	Preenchimento
1	Registro ANS	Registro da Operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia	String (20)	SIM
3	Data de emissão da guia	Data da emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
4	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
5	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
6	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	SIM, se existente
7	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
8	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO				
9	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	String (14)	SIM
10	Nome do Contratado	Nome do contratado	String (70)	SIM
11	Código CNES	Código CNES do prestador contratado	String (7)	NÃO OBRIGATÓRIO
12	T.L.	Tipo de logradouro, conforme tabela de domínio XVI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (3)	
13	Logradouro	Nome do logradouro do endereço do contratado	String (40)	
14	Número	Número do endereço do contratado	String (5)	
15	Complemento	Complemento do endereço do contratado	String (15)	
16	Município	Município do contratado	String (40)	
17	UF	Sigla da Unidade Federativa do contratado	String (2)	
18	Código IBGE do Município	Código IBGE do município do contratado	String (7)	
19	CEP	CEP do contratado	String (8)	
20	Nome do Profissional Executante	Nome do profissional executante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 10 se referir à pessoa jurídica	String (70)	SIM, se campo 10=PJ
21	Conselho Profissional	Sigla do Conselho Profissional do executante, conforme tabela de domínio II, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (7)	SIM
22	Número no Conselho	Número no conselho profissional do executante	String (15)	SIM
23	UF Conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	String (2)	SIM
24	Código CBO-S	Código da especialidade do contratado, conforme tabela de domínio I, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (5)	SIM
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA				
25	Tipo de Doença	Código do tipo de doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	String (1)	NÃO OBRIGATÓRIO
26	Tempo de Doença Referida pelo Paciente	Tempo de doença referida pelo paciente em unidade de tempo: Anos = "A" Meses = "M" Dias = "D"	QTDE = Integer Unidade de Tempo = String (1)	

27	Indicação de Acidente	Indica se houve: Acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho=0 Acidente de trânsito=1 Outros acidentes=2	Integer (1)	
28	CID-10 Principal	Código CID-10 do diagnóstico principal	String (5)	NÃO OBRIGATÓRIO
29	CID-10 (2)	Código CID-10 do segundo diagnóstico	String (5)	
30	CID-10 (3)	Código CID-10 do terceiro diagnóstico	String (5)	
31	CID-10 (4)	Código CID-10 do quarto diagnóstico	String (5)	
DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO				
32	Data do Atendimento	Data de realização do atendimento	DD/MM/AA	SIM
33	Código da Tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos, conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM
34	Código do Procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM
35	Tipo de Consulta	Código do tipo de consulta: Primeira Consulta="1" Seguimento="2" Pré-Natal="3"	String (1)	SIM
36	Tipo de Saída	Código do tipo de saída: Retorno="1" Retorno com SADT="2" Referência="3" Internação="4" Alta="5"	Integer (1)	SIM
37	Observação	Observações	String (240)	NÃO OBRIGATÓRIO
38	Data / Assinatura do Médico	Data e assinatura do médico	-	SIM
39	Data / Assinatura do beneficiário / responsável	Data e assinatura do beneficiário/ responsável	-	SIM

2.1.2 – Guia de Serviço Profissional/ Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/ SADT)

Logo da Empresa		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT				2. Nº 123456789012
1 - Registro AHS		3 - IP Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha
6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia				
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira		9 - Plano		10 - Validade da Carteira		11 - Nome
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde						
Dados do Contratado Solicitante						
13 - Código na Operadora / CIPJ / CPF		14 - Nome do Contratado			15 - Código CHES	
16 - Nome do Profissional Solicitante				17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho
				19 - UF		20 - Código CBO S
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caráter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
		E-Eletiva U-Urgência/Emergência				
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição		28-Qt.Solic. 29-Qt.Autoriz.
1 -						
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
Dados do Contratado Executante						
30 - Código na Operadora / CIPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - T.L.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento	36 - Município
37 - UF		38 - Cód. IBGE		39 - CEP		40 - Código CHES
41 - Código na Operadora / CPF do exec. complementar		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho
				44 - UF		45 - Código CBO S
						46a - Grau de Participação
Dados do Atendimento						
46-Tipo Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06-Atendimento Domiciliar 07- SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva				47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito
Consulta Referência						
49 - Tipo de Doença		50 - Tempo de Doença				
A-Aguda C-Crônica		A-Anos M-Meses D-Dias				
Procedimentos e Exames realizados						
51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição	57-Qtde.
1-	: a :					
2-	: a :					
3-	: a :					
4-	: a :					
5-	: a :					
58-Via 59-Tec. 60% Red. / Acresc.						
61-Valor Unitário - R\$						
62-Valor Total - R\$						
63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série						
1 -		3 -		5 -		7 -
2 -		4 -		6 -		8 -
9 -		10 -				
64-Observação						
65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Taxas e Aluguéis R\$		67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medicamentos R\$
69 - Total Diárias R\$		70 - Total Gases Medicinais R\$		71 - Total Geral da Guia R\$		
86 - Data e Assinatura do Solicitante		87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		88-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

Frente

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

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

						85- Total OPM R\$
--	--	--	--	--	--	-------------------

Verso

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

Nº do Campo	Nome do Campo	Descrição	Formato/ Tamanho	Preenchimento
DADOS DA AUTORIZAÇÃO				
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia	String (20)	SIM
3	Número da Guia Principal	Número da guia principal	String (20)	SIM, se guia SP/ SADT em paciente internado. Informar nº da Guia de Solicitação de Internação
4	Data da Autorização	Data da autorização	DD/MM/AA	SIM, se existir autorização prévia
5	Senha	Senha de autorização	String (20)	
6	Validade da Senha	Data de validade da senha	DD/MM/AA	NÃO OBRIGATÓRIO
7	Data de Emissão da Guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	SIM, se existente
11	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE				
13	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	String (14)	SIM
14	Nome do Contratado	Nome do contratado solicitante	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	String (7)	NÃO OBRIGATÓRIO
16	Nome do Profissional Solicitante	Nome do profissional solicitante	String (70)	SIM, se campo 14=PJ
17	Conselho Profissional	Sigla do Conselho Profissional, conforme tabela de domínio II, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (7)	SIM
18	Número no Conselho	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
19	UF Conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
20	Código CBO-S	Código da especialidade, conforme tabela de domínio I, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (5)	NÃO OBRIGATÓRIO
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS / EXAMES SOLICITADOS				
21	Data / Hora da Solicitação	Data / Hora da Solicitação	DD/MM/AA HH:MM	SIM. Especificamente para o campo hora, caso o contratado solicitante não informe, convencionar 00:00
22	Caráter da Solicitação	Código do caráter da solicitação: Eletivo="E" Urgência / Emergência="U"	String (1)	SIM

23	CID-10	Código CID-10 do diagnóstico principal	String (5)	SIM, se pequena cirurgia, terapias ou procedimentos em série
24	Indicação Clínica	Deve ser preenchido pelo profissional solicitante	String (500)	SIM, se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo
25	Código da Tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos, conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	NÃO OBRIGATÓRIO
26	Código do Procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO OBRIGATÓRIO
27	Descrição do Procedimento	Descrição do procedimento solicitado	String (60)	SIM
28	Quantidade Solicitada	Quantidade solicitada de um mesmo serviço/ procedimento	Integer (2)	SIM
29	Quantidade Autorizada	Quantidade autorizada de um mesmo serviço/ procedimento	Integer (2)	SIM
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE				
30	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
31	Nome do Contratado	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
32	Tipo de Logradouro	Tipo de logradouro, conforme tabela de domínio XVI, constante do Manual de Preenchimento da TISS	String (3)	NÃO OBRIGATÓRIO
33	Logradouro	Nome do logradouro	String (40)	
34	Número	Número do endereço do contratado executante	String (5)	
35	Complemento	Complemento do endereço do contratado executante	String (15)	
36	Município	Município do contratado executante	String (40)	
37	UF	Sigla da Unidade Federativa do contratado executante	String (2)	
38	Código IBGE do Município	Código IBGE do município do contratado executante	String (7)	
39	CEP	CEP do contratado executante	String (8)	
40	Código CNES	Código CNES do contratado executante	String (7)	Obrigatório para hospital que possui CNES. Após o término do prazo concedido pela ANS, obrigatório para todos os hospitais
40a	Código na operadora/ CPF do executante complementar	Este campo identifica o profissional executante complementar em qualquer procedimento não laboratorial	String (14)	SIM, se campo 31 for=PJ e exceto para procedimentos diagnósticos laboratoriais em anatomia patológica e citopatologia, patologia clínica, pneumologia, medicina nuclear, radiologia geral, USG,TC, RM e cardiologia
41	Nome do profissional executante complementar	Este campo identifica o profissional executante complementar em qualquer procedimento não laboratorial	String (70)	

42	Conselho Profissional	Sigla do conselho profissional do executante, conforme tabela de domínio II, constante do Manual de Preenchimento da TISS Se o campo 45a estiver preenchido com o código referente ao grau de participação de "instrumentador" ou de "perfusionista" utilizar "OUT"	String (7)	SIM, se campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a e 41 forem preenchidos.
43	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante Se o campo 45a estiver preenchido com o código referente ao grau de participação de "instrumentador" ou de "perfusionista" utilizar "000000"	String (15)	
44	UF Conselho	Sigla da Unidade Federativa do conselho profissional do executante Se o campo 45a estiver preenchido com o código referente ao grau de participação de "instrumentador" ou de "perfusionista" utilizar a sigla do estado em que está sendo realizado o procedimento	String (2)	
45	Código CBO-S	Código da especialidade do executante, conforme tabela de domínio I, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (5)	SIM, se consulta em consultório
45a	Grau de Participação	Grau de participação do profissional na equipe médica, de acordo com a tabela de domínio III, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS Se o campo 45a estiver preenchido com o código referente ao grau de participação de "instrumentador" ou de "perfusionista", o campo 42 deve ser preenchido como "OUT", o campo 43 como "000000" e o campo 44 com a sigla do estado em que está sendo realizado o procedimento	String (2)	SIM, se houver procedimentos em equipe
46	Tipo de Atendimento	Código do tipo de atendimento da Guia de SP / SADT: Remoção=01 Pequena Cirurgia=02 Terapia=03 Consulta=04 Exame=05 Atendimento Domiciliar=06 SADT Internado=07 Quimioterapia=08 Radioterapia=09 TRS – Terapia Renal Substitutiva=10	Integer (2)	SIM. Selecionar uma das opções
47	Indicação de Acidente	Indica se houve: Acidente ou doença relacionada ao trabalho=0 Trânsito=1 Outros=2	Integer (1)	NÃO OBRIGATÓRIO

48	Tipo de Saída	Código do tipo de saída: Retorno=1 Retorno com SADT=2 Referência=3 Internação=4 Alta=5 Óbito=6	Integer (1)	SIM
CONSULTA DE REFERÊNCIA				
49	Tipo de Doença	Código do tipo de doença: Aguda= "A" Crônica= "C"	String (1)	NÃO OBRIGATÓRIO
50	Tempo de Doença Referida pelo Paciente	Tempo de doença referida pelo paciente em unidade de tempo: Anos = "A" Meses = "M" Dias = "D"	QTDE = Integer (2) Unidade de Tempo= String (1)	NÃO OBRIGATÓRIO
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS				
51	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
52	Hora Inicial	Hora inicial de realização do procedimento	HH:MM	SIM, se procedimento cirúrgico ou remoção
53	Hora Final	Hora final de realização do procedimento	HH:MM	
54	Código da Tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos, conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM
55	Código do Procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM
56	Descrição do Procedimento	Descrição do procedimento realizado	String (60)	SIM
57	Quantidade Realizada	Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/ procedimento realizado	Integer (2)	SIM
58	Via de Acesso	Código da Via de Acesso: Única= "U" Mesma Via= "M" Diferentes Vias= "D"	String (1)	SIM, se procedimento cirúrgico
59	Técnica Utilizada	Código da técnica utilizada: Convencional= "C" Videolaparoscopia = "V" (utilizar o "v" para as cirurgias vídeo assistidas)	String (1)	SIM, se procedimento cirúrgico
60	% de Redução/ Acréscimo	% de redução/ acréscimo no caso de cirurgia múltipla/ radiologia de múltiplas áreas	Double (3,2)	NÃO OBRIGATÓRIO
61	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ do procedimento/ serviço realizado	Double (5,2)	SIM
62	Valor Total (R\$)	Valor total em R\$ do procedimento/ serviço realizado	Double (5,2)	SIM
63	Data e Assinatura dos Procedimentos em Série	-	-	SIM, se procedimento em série
64	Observação	Observações	String (240)	Sim, se existir
65	Total Procedimentos	Valor em R\$ do total de procedimentos realizados	Double (7,2)	SIM, se aplicável
66	Total Taxas e Aluguéis	Valor em R\$ de taxas e aluguéis	Double (7,2)	SIM, se aplicável
67	Total Materiais	Valor em R\$ de materiais	Double (7,2)	SIM, se aplicável
68	Total Medicamentos	Valor em R\$ de medicamentos	Double (7,2)	SIM, se aplicável
69	Total Diárias	Valor em R\$ de diárias	Double (7,2)	SIM, se aplicável
70	Total Gases Medicinais	Valor em R\$ de gases medicinais	Double (7,2)	SIM, se aplicável

71	Total Geral da Guia	Valor em R\$ do total geral	Double (8,2)	SIM, somatório dos campos 65 a 70, acrescido do campo 85
OPM SOLICITADAS				
72	Código da Tabela	Código da tabela de OPM, conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	NÃO OBRIGATÓRIO
73	Código OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	NÃO OBRIGATÓRIO
74	Descrição OPM	Descrição OPM solicitada	String (60)	SIM, se existir OPM solicitada
75	Qtde de OPM	Quantidade de OPM solicitada	Integer (2)	
76	Fabricante OPM	Nome do fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO OBRIGATÓRIO
77	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM solicitada	Double (6,2)	NÃO OBRIGATÓRIO
OPM UTILIZADAS				
78	Código da Tabela	Código da tabela de OPM, conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	NÃO OBRIGATÓRIO
79	Código OPM	Código da OPM utilizada	String (10)	NÃO OBRIGATÓRIO
80	Descrição OPM	Descrição OPM utilizada	String (60)	SIM, se existir OPM utilizada
81	Qtde de OPM	Quantidade de OPM solicitada	Integer (2)	
82	Código de Barras	Código de barra identificador da OPM utilizada. Utilizar para lote precedido de "L" e série, precedido de "S"	String (20)	SIM, se existir OPM utilizada. Usar para informar o lote precedido de "L" e a série precedida de "S"
83	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	SIM, se existir OPM utilizada
84	Valor Total (R\$)	Valor total em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	
85	Valor Total OPM (R\$)	Valor total de OPM em R\$	Double (7,2)	
86	Data e Assinatura do Solicitante	–	–	SIM
87	Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	–	–	NÃO OBRIGATÓRIO
88	Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável	–	–	SIM
89	Data e Assinatura do Prestador Executante	–	–	SIM

2.1.3 – Guia de Solicitação de Internação

Logo da Empresa		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2- Nº 123456789012	
1 - Registro AINS		3 - Data da Autorização ____/____/____		6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____	
		4 - Senha		5 - Data Validade da Senha ____/____/____	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira ____			8 - Plano		9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora / CHIPJ / CPF ____			13 - Nome do Contratado		14 - Código CHES
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - Conselho Profissional		19 - Código CBO S
			17 - Número no Conselho		18 - UF
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação					
20 - Código na Operadora / CHIPJ ____			21 - Nome do Prestador		
22 - Caráter da Internação ☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação ☐ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica			
24 - Regime de Internação ☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____			
26 - Indicação Clínica _____ _____ _____					
Hipóteses Diagnósticas					
27 - Tipo Doença ☐ A - Aguda ☐ C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ A-Anos ☐ M-Meses ☐ D-Dias		29 - Indicação de Acidente ☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal ____		31 - CID 10 (2) ____		32 - CID 10 (3) ____	
		33 - CID 10 (4) ____			
Procedimentos Solicitados					
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição	
1-____		____		37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut	
2-____		____		____	
3-____		____		____	
4-____		____		____	
5-____		____		____	
OPM Solicitados					
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM	
1-____		____		42 - Qtde.	
2-____		____		43 - Fabricante	
3-____		____		44 - Valor Unitário R\$	
4-____		____		____	
5-____		____		____	
Dados da Autorização					
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____		47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____	
48 - Código na Operadora / CHIPJ ____			49 - Nome do Prestador Autorizado		50 - Código CHES
51 - Observação _____ _____ _____					
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____	

Frente

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

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

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

Verso

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Nº do Campo	Nome do Campo	Descrição	Formato/Tamanho	Preenchimento
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia de solicitação	String (20)	SIM
3	Data da autorização	Data que a autorização foi concedida	DD/MM/AA	SIM, após autorização prévia
4	Senha	Senha de autorização	String (20)	SIM, após autorização prévia
5	Validade da senha	Data de validade da senha	DD/MM/AA	NÃO OBRIGATÓRIO
6	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
7	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
8	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
9	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	SIM, se existente
10	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE				
12	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	String (14)	SIM
13	Nome do Contratado	Nome do contratado solicitante	String (70)	SIM
14	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	String (7)	NÃO OBRIGATÓRIO
15	Nome do Profissional Solicitante	Nome do contratado solicitante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 13 se referir a pessoa jurídica	String (70)	SIM, se campo 13 = PJ
16	Conselho Profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio II, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (7)	SIM
17	Número no Conselho	Número no Conselho profissional	String (15)	SIM
18	UF Conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
19	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio I, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (5)	NÃO OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO				
20	Código na operadora/CNPJ	Código do contratado solicitado ou CNPJ do contratado solicitado	String (14)	NÃO OBRIGATÓRIO
21	Nome do Prestador	Nome do contratado solicitado	String (70)	SIM
22	Caráter da Internação	Caráter da Internação: Eletiva = "E" Urgência / Emergência = "U"	String (1)	SIM
23	Tipo de Internação	Código do tipo de internação: Clínica = 1 Cirúrgica = 2 Obstétrica = 3 Pediátrica = 4 Psiquiátrica = 5	Integer (1)	SIM
24	Regime da Internação	Código regime de internação: Hospitalar = 1 Hospital-dia = 2 Domiciliar = 3	Integer (1)	SIM
25	Qtde. Diárias Solicitadas	Quantidade de Diárias Solicitadas	Integer (3)	SIM
26	Indicação Clínica	Texto livre preenchido pelo profissional médico solicitante da internação	String (500)	SIM

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS				
27	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	String (1)	NÃO OBRIGATÓRIO
28	Tempo de doença referida pelo paciente	Quantidade e unidade de tempo de doença referida pelo paciente: Anos = "A" Meses = "M" Dias = "D"	QTDE = Integer (2) Unidade de Tempo = String (1)	
29	Indicação de Acidente	Indica se houve: acidente ou doença relacionada ao trabalho = 0 trânsito = 1 outros = 2	Integer (1)	
30	CID – 10 Principal	Código CID 10 do diagnóstico principal	String (5)	SIM
31	CID – 10 (2)	Código CID 10 do segundo diagnóstico	String (5)	NÃO OBRIGATÓRIO
32	CID – 10 (3)	Código CID 10 do terceiro diagnóstico	String (5)	
33	CID – 10 (4)	Código CID 10 do quarto diagnóstico	String (5)	
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS				
34	Código da Tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	NÃO OBRIGATÓRIO
35	Código do Procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO OBRIGATÓRIO
36	Descrição	Descrição do procedimento	String (60)	SIM
37	Qtde Solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	Integer (2)	SIM
38	Qtde Autorizada	Quantidade de procedimentos autorizados pela operadora	Integer (2)	SIM
OPM SOLICITADAS				
39	Código da Tabela	Código da tabela de OPM conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	NÃO OBRIGATÓRIO
40	Código OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	NÃO OBRIGATÓRIO SIM, se existir OPM solicitada
41	Descrição OPM	Descrição OPM solicitada	String (60)	
42	Qtde de OPM	Quantidade de OPM solicitado	Integer (2)	
43	Fabricante	Nome do fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO OBRIGATÓRIO
44	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM solicitada	Double (6,2)	NÃO OBRIGATÓRIO
DADOS DA AUTORIZAÇÃO				
45	Data provável da admissão hospitalar	Data provável da admissão no hospital	DD/MM/AA	SIM
46	Qtde Diárias Autorizadas	Número de dias autorizados para a internação	Integer (3)	SIM
47	Tipo de Acomodação autorizada	Código do tipo de acomodação autorizada conforme tabela de domínio X, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM
48	Código na operadora/CNPJ	Código do prestador autorizado ou CNPJ do prestador autorizado	String (14)	SIM
49	Nome do Prestador Autorizado	Nome do prestador autorizado	String (70)	SIM
50	Código CNES	Código CNES do prestador autorizado	String (7)	NÃO OBRIGATÓRIO

51	Observação	Observações	String (240)	NÃO OBRIGATÓRIO
52	Data e Assinatura do Médico Solicitante			SIM
53	Data e Assinatura do beneficiário ou responsável			SIM
54	Data e Assinatura do responsável pela autorização			NÃO OBRIGATÓRIO
PRORROGAÇÕES				
55	Data	Data da Prorrogação	DD/MM/AA	SIM
56	Senha	Senha da Prorrogação	String (20)	SIM, se existir prorrogação e/ou autorização para outro procedimento
57	Responsável pela Prorrogação	Nome do responsável pela prorrogação	String (70)	SIM
58	Tipo da Acomodação	Tipo de acomodação autorizada conforme tabela de domínio X, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM, se existir prorrogação e/ou autorização para outro procedimento
59	Acomodação	Descrição da acomodação	String (40)	
60	Qtde. Autorizada	Quantidade Autorizada	String (2)	SIM
61	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	NÃO OBRIGATÓRIO
62	Código do procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO OBRIGATÓRIO
63	Descrição	Descrição do procedimento	String (60)	SIM
64	Quantidade solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	Integer (2)	
65	Quantidade autorizada	Quantidade de procedimentos autorizados	Integer (2)	
66	Código da Tabela	Código da tabela de OPM conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	NÃO OBRIGATÓRIO
67	Código da OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	
68	Descrição da OPM	Descrição da OPM solicitada	String (60)	SIM, se existir prorrogação e necessidade de OPM
69	Qtde. de OPM	Quantidade solicitada de OPM	Integer (2)	
70	Fabricante OPM	Nome do fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO OBRIGATÓRIO
71	Valor Unitário (R\$)	Valor Unitário em (R\$) da OPM utilizada	Double (6,2)	SIM, se existir prorrogação e necessidade de OPM

2.1.4 – Guia de Resumo de Internação

[illegible]

Frente

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Nº do Campo	Nome do Campo	Descrição	Formato/ Tamanho	Preenchimento
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia	String (20)	SIM
3	Nº Guia Solicitação	Número da Guia de Solicitação de Internação	String (20)	SIM
4	Data da autorização	Data de emissão da autorização	DD/MM/AA	SIM
5	Senha	Número da senha de autorização	String (20)	SIM
6	Data Validade da senha	Data de validade da senha de autorização	DD/MM/AA	NÃO OBRIGATÓRIO
7	Data de emissão da guia	Data de emissão da referida guia	DD/MM/AA	SIM
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	SIM, se existente
11	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE				
13	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
14	Nome do Contratado executante	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado executante	String (7)	Obrigatório para hospital que possua CNES. Após o término do prazo concedido pela ANS, obrigatório para todos os hospitais
16	Tipo Logradouro	Tipo de logradouro de acordo com a tabela de domínio XVI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (3)	NÃO OBRIGATÓRIO
17	Logradouro	Nome completo do Logradouro	String (40)	
18	Número	Número do endereço	String (5)	
19	Complemento	Complemento do endereço	String (15)	
20	Município	Nome do município/localidade	String (40)	
21	UF	Sigla da Unidade Federativa	String (2)	
22	Código IBGE	Código do município da Tabela do IBGE	String (7)	
23	CEP	CEP do endereço do contratado executante	String (8)	
DADOS DA INTERNAÇÃO				
24	Caráter da Internação	Caráter da Internação de acordo com o domínio: Eletivo = "E" Urgência/ Emergência = "U"	String (1)	SIM
25	Tipo de Acomodação Autorizada	Tipo de acomodação autorizada para internação de acordo com tabela de domínio X, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM
26	Data e Hora da internação	Data e Hora do início da internação	DD/MM/AA HH:MM	SIM
27	Data e Hora da saída da internação	Data e Hora da alta da internação	DD/MM/AA HH:MM	SIM, se campo 73 for "total"
28	Tipo da Internação	Tipo da internação realizada de acordo com a tabela de domínio XV, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da	String (1)	SIM

		TISS		
29	Regime da Internação	Regime da internação de acordo com a tabela de domínio VIII, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (1)	SIM
30	Internação Obstétrica	Campos (30 a 36) a serem preenchidos no caso de internação obstétrica	String (1)	SIM, se internação obstétrica
31	Se óbito em mulher	Condição da mulher em caso de óbito: 1 - grávida 2 – até 42 dias após término gestação 3 – de 43 dias a 12 meses após término da gestação	String (1)	SIM, se internação obstétrica e se aplicável
32	Se óbito neonatal	Em caso de óbito neonatal, informar as quantidades referentes	Integer (1)	SIM, se internação obstétrica e se aplicável
	Qtde óbito neonatal precoce	Número de óbitos neonatal precoce		
	Qtde óbito neonatal tardio	Número de óbitos neonatal tardio		
33	Número da declaração dos nascidos vivos	Número da declaração de nascimento	String (15)	SIM, se internação obstétrica e se aplicável
34	Qtde de nascidos vivos a termo	Quantidade de nascidos vivos a termo	Integer (2)	
35	Qtde de nascidos mortos	Quantidade de nascidos mortos	Integer (2)	SIM, se internação obstétrica e se aplicável
36	Qtde de nascidos vivos prematuros	Quantidade de nascidos prematuros	Integer (2)	
DADOS DA SAÍDA DA INTERNAÇÃO				
37	CID – 10 Principal	Código Internacional de Doença principal responsável pela internação	String (5)	SIM
38	CID – 10 (2)	Código Internacional de Doença responsável pela internação	String (5)	NÃO OBRIGATÓRIO
39	CID – 10 (3)	Código Internacional de Doença responsável pela internação	String (5)	
40	CID – 10 (4)	Código Internacional de Doença responsável pela internação	String (5)	
41	Indicador de Acidente	Indica se houve: acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho = 0 acidente de trânsito = 1 outros acidentes = 2	String (1)	NÃO OBRIGATÓRIO
42	Motivo Saída	Código do motivo da saída da internação de acordo com tabela de domínio V, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM
43	CID – 10 óbito	Código Internacional de Doença responsável pelo óbito do paciente	String (5)	SIM, se óbito
44	Nº Declaração de óbito	Número da declaração de óbito do paciente	String (7)	SIM, se óbito
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS				
45	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
46	Hora Inicial	Horário inicial da realização do procedimento	HH:MM	SIM, se tiver procedimento cirúrgico
47	Hora Final	Horário final da realização do procedimento	HH:MM	

48	Tabela	Código da tabela de codificação dos procedimentos VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM
49	Código do Procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM
50	Descrição	Descrição do procedimento realizado	String (60)	SIM
51	Quantidade	Quantidade realizada do procedimento apresentado	Integer (2)	SIM
52	Via de Acesso	Código da Via de Acesso: Única= "U" Mesma Via= "M" Diferentes Vias= "D"	String (1)	SIM, se procedimento cirúrgico
53	Técnica Utilizada	Código da técnica utilizada Convencional = "C" Videolaparoscopia = "V" (utilizar o "v" para as cirurgias vídeo assistidas)	String (1)	
54	% redução/ acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado	Double (3,2)	NÃO OBRIGATÓRIO
55	Valor Unitário	Valor monetário de cada procedimento	Double (5,2)	SIM, se procedimento cirúrgico
56	Valor Total	Valor monetário do procedimento levando-se em consideração a quantidade executada	Double (5,2)	
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE				
57	Seqüencial Referência	Número seqüencial do procedimento que relaciona a equipe executante	String (2)	SIM. Preencher completamente se equipe pertencer ao hospital. Se equipe tiver vínculo direto com a operadora preencher somente os dados do cirurgião ou clínico responsável
58	Grau de Participação	Grau de Participação do profissional na equipe médica de acordo com a tabela de domínio III, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	
59	Código na Operadora/CPF	Código do profissional na Operadora ou CPF do profissional	String (14)	
60	Nome do Profissional	Nome do profissional participante da equipe médica	String (70)	
61	Conselho Profissional	Código do conselho do profissional de acordo com a tabela de domínio II, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (7)	
62	Número no Conselho	Número de identificação do profissional no Conselho	String (15)	
63	UF	Sigla identificadora da Unidade Federativa	String (2)	
64	CPF	Número do CPF do profissional participante da equipe médica	String (11)	NÃO OBRIGATÓRIO
OPM UTILIZADA				
65	Tabela	Código da tabela de OPMs	String (2)	NÃO OBRIGATÓRIO
66	Código OPM	Código OPM utilizado	String (10)	NÃO OBRIGATÓRIO
67	Descrição OPM	Descrição das OPMs	String (60)	SIM, se OPM utilizada
68	Quantidade OPM	Quantidade de OPMs utilizadas	Integer (2)	SIM, se OPM utilizada
69	Código de Barras	Código de barras identificador da OPM utilizada	String (20)	SIM, se existir OPM utilizada. Usar para informar o lote precedido de "I" e a série, precedida de "S"

70	Valor Unitário	Valor monetário de cada OPM	Double (6,2)	SIM, se existir OPMs utilizadas
71	Valor Total OPM	Valor monetário da OPM levando-se em consideração a quantidade executada	Double (6,2)	
72	Total Geral	Valor total de guia incluindo todos os procedimentos executados	Double (7,2)	SIM, se aplicável
73	Tipo de Faturamento	Indica se o faturamento é do tipo parcial ou total segundo tabela de domínio XIV, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (1)	SIM
74	Total Procedimento	Valor total dos procedimentos. Somatório de todos os itens de procedimentos levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	Sim, se os honorários de equipe forem cobrados em conta hospitalar
75	Total Diárias	Valor total das diárias. Somatório de todos os itens de diária levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	SIM, se aplicável
76	Total Taxas/ Aluguéis	Valor total das taxas/ aluguéis. Somatório de todos os itens de taxas/aluguéis levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	SIM, se aplicável
77	Total Materiais	Valor total dos materiais. Somatório de todos os itens de materiais levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	SIM, se aplicável
78	Total Medicamentos	Valor total dos medicamentos. Somatório de todos os itens de medicamentos levando em consideração a quantidade	Double (6,2)	SIM, se aplicável
79	Total Gases Medicinais	Valor total Gases Medicinais. Somatório de todos os itens de Gases Medicinais	Double (6,2)	SIM, se aplicável
80	Total Geral	Somatório de todos os valores totais. Procedimento + Diárias + Taxas/Aluguéis + Materiais + Medicamentos + Gases Medicinais	Double (7,2)	SIM. Somatório dos campos 74 a 79, acrescido do campo 72
81	Observação	Observações	String (240)	NÃO OBRIGATÓRIO
82	Data e Assinatura do Contratado			SIM
83	Data e Assinatura do Auditor da Operadora			NÃO OBRIGATÓRIO

2.1.5 – Guia de Honorário Individual

Logo da Empresa

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2- Nº123456789012

1 - Registro AHS

3 - Nº Guia de Solicitação / Senha

4 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

5 - Número da Carteira

6 - Plano

7 - Validade da Carteira

8 - Nome

9 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

11 - Nome do Contratado

12 - Código CNES

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

14 - Nome do Contratado Executante

15 - Código CNES

16 - Tipo da Acomodação Autorizada

17 - Grau Part.

18 - Nome do Profissional Executante

19 - Conselho Profissional

20 - Número no Conselho

21 - UF

22 - Número no CPF

Procedimentos Realizados

23-Data	24-Hora Inicial	25-Hora Final	26-Tabela	27-Código do Procedimento	28-Descrição	29-Qtde.	30-Via	31-Tec.	32-% Red. / Acresc.	33-Valor Unitário - R\$	34-Valor Total - R\$
1- / /	: a	: a									
2- / /	: a	: a									
3- / /	: a	: a									
4- / /	: a	: a									
5- / /	: a	: a									
6- / /	: a	: a									
7- / /	: a	: a									
8- / /	: a	: a									
9- / /	: a	: a									
10- / /	: a	: a									

35 - Total Geral Honorários R\$

36 - Observação

37-Data Hora e Assinatura do Prestador

38-Data Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Legenda da Guia de Honorário Individual

Nº. do Campo	Nome do Campo	Descrição	Formato/Tamanho	Preenchimento
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia	String (20)	SIM
3	Nº da Guia de Solicitação	Número da Guia de Solicitação de Internação ou senha	String (20)	SIM
4	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
5	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
6	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
7	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO OBRIGATÓRIO
8	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
9	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO (ONDE FOI EXECUTADO O PROCEDIMENTO)				
10	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	String (14)	SIM
11	Nome do Contratado	Nome do contratado	String (70)	SIM
12	Código CNES	Código CNES do contratado	String (7)	Obrigatório para hospital que possua CNES. Após o término do prazo concedido pela ANS, obrigatório para todos os hospitais
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE				
13	Código da operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
14	Nome do contratado executante	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado	String (7)	Obrigatório para hospital que possua CNES. Após o término do prazo concedido pela ANS, obrigatório para todos os hospitais
16	Tipo de acomodação autorizada	Tipo de acomodação conforme tabela de domínio X, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM
17	Grau de Participação	Grau de participação do profissional na equipe médica executante do serviço conforme tabela de domínio III, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM
18	Nome do Profissional executante	Nome do profissional que executou o serviço	String (70)	Obrigatório se campo 14 igual PJ
19	Conselho Profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio II, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (7)	SIM – Caso grau de participação referente “instrumentador” ou “perfusionista” utilizar “OUT”
20	Número no Conselho	Número no conselho profissional do executante	String (15)	SIM. Caso grau de participação referente a “instrumentador” ou “perfusionista” utilizar “000000”

21	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	String (2)	SIM. Caso grau de participação referente a "instrumentador" ou "perfusionista" utilizar a sigla de estado de realização do procedimento
22	CPF	Número do CPF do profissional executante do serviço	String (11)	NÃO OBRIGATÓRIO
DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO				
23	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
24	Hora Inicial	Horário inicial da realização do procedimento	HH:MM	SIM, se honorário cirúrgico
25	Hora Final	Horário final da realização do procedimento	HH:MM	NÃO OBRIGATÓRIO
26	Tabela	Código da tabela de codificação dos procedimentos, conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM
27	Código do Procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM
28	Descrição	Descrição do procedimento realizado	String (60)	SIM
29	Quantidade	Quantidade realizada do procedimento apresentado	Integer (2)	SIM
30	Via de Acesso	Código da Via de Acesso: Única= "U" Mesma Via= "M" Diferentes Vias= "D"	String (1)	SIM, se procedimento cirúrgico
31	Técnica Utilizada	Código da técnica utilizada Convencional = "C" Videolaparoscopia = "V" (utilizar o "v" para as cirurgias vídeo assistidas)	String (1)	
32	% de redução/acrécimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado	Double (3,2)	NÃO OBRIGATÓRIO
33	Valor Unitário	Valor monetário de cada procedimento	Double (5,2)	SIM
34	Valor Total	Valor monetário do procedimento considerando a quantidade executada	Double (5,2)	SIM
35	Total Geral Honorário	Valor final do honorário médico considerado o somatório do campo "valor total"	Double (7,2)	SIM
36	Observação	Observações	String (240)	NÃO OBRIGATÓRIO
37	Data e Assinatura do Prestador	Campos destinados para data completa e assinatura do prestador		SIM
38	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Campos destinados para data completa e assinatura do beneficiário/ responsável		NÃO OBRIGATÓRIO

2.1.6 – Guia de Outras Despesas

Logo da Empresa		GUIA DE OUTRAS DESPESAS									
1 - Registro AHS		2 - 11ª Guia Referenciada									
3 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		4 - Nome do Contratado						5 - Código CHES			
Código de Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis											
6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-% Red. / Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$		
1-											
16-Descrição											
2-											
16-Descrição											
3-											
16-Descrição											
4-											
16-Descrição											
5-											
16-Descrição											
6-											
16-Descrição											
7-											
16-Descrição											
8-											
16-Descrição											
8-											
16-Descrição											
10-											
16-Descrição											
11-											
16-Descrição											
12-											
16-Descrição											
13-											
16-Descrição											
17 - Total Gases Medicinais R\$		18 - Total Medicamentos R\$		19 - Total Materiais R\$		20 - Total Taxas Diversas R\$		21 - Total Diárias R\$		22 - Total Aluguéis R\$	

Legenda da Guia de Outras Despesas

Nº do Campo	Nome do Campo	Descrição	Formato/Tamanho	Preenchimento
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia referenciada	Número da guia referenciada às despesas adicionais. Número da Guia Principal	String (20)	SIM
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE				
3	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
4	Nome do Contratado	Nome do contratado executante	String (70)	SIM
5	Código CNES	Código CNES do prestador executante	String (7)	Obrigatório para hospital que possua CNES. Após o término do prazo concedido pela ANS, obrigatório para todos os hospitais
6	Código da despesa	Código da natureza da despesa. 1 – Gases Medicinais 2 – Medicamento 3 – Material 4 – Taxas Diversas 5 – Diárias 6 – Aluguéis	String (1)	SIM
7	Data	Data de realização das despesas	DD/MM/AA	SIM
8	Hora Inicial	Horário inicial da realização das despesas	HH:MM	SIM, se procedimento cirúrgico ou remoção
9	Hora Final	Horário final da realização das despesas	HH:MM	
10	Tabela	Código da tabela de codificação das despesas, conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	SIM, se campo 16 não for preenchido
11	Código do item	Código das despesas realizadas	String (10)	SIM, se campo 16 não for preenchido
12	Quantidade	Quantidade realizada da despesa apresentada	Double (3,2)	SIM
13	% de redução/acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor da despesa realizada	Double (3,2)	NÃO OBRIGATÓRIO
14	Valor Unitário	Valor monetário de cada despesa	Double (6,2)	SIM
15	Valor Total	Valor monetário da despesa considerando a qtde. executada	Double (6,2)	SIM
16	Descrição	Descrição da despesa realizada	String (60)	SIM
17	Total Gases Medicinais	Valor final de gases medicinais considerando o somatório do campo "valor total"	Double (7,2)	SIM, se aplicável
18	Total Medicamentos	Valor final de medicamentos considerando o somatório do campo "valor total"	Double (7,2)	SIM, se aplicável
19	Total Materiais	Valor final de materiais considerando o somatório do campo "valor total"	Double (7,2)	SIM, se aplicável
20	Total Taxas Diversas	Valor final de taxas diversas considerando o somatório do campo "valor total"	Double (7,2)	SIM, se aplicável
21	Total Diárias	Valor final de diárias considerando o somatório do campo "valor total"	Double (7,2)	SIM, se aplicável
22	Total aluguéis	Valor final de aluguéis considerando o somatório do campo "valor total"	Double (7,2)	SIM, se aplicável
23	Total Geral	Valor final do honorário médico considerando o somatório do campo "valor total"	Double (7,2)	SIM

II.2 – Demonstrativos de Retorno

2.2.1 – Demonstrativo de Análise de Conta Médica

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

**Legenda do
Demonstrativo de Análise de Conta Médica**

Nº do Campo	Nome do Campo	Descrição	Formato/Tamanho	Preenchimento
DADOS DA OPERADORA				
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Nome da operadora	Nome da operadora	String (70)	SIM
3	CNPJ operadora	Número do CNPJ da operadora	String (14)	SIM
4	Número do demonstrativo	Número identificador do demonstrativo	String (12)	SIM
5	Data emissão do demonstrativo	Data de emissão do demonstrativo	DD/MM/AAAA	SIM
DADOS DO PRESTADOR				
6	Código Prestador/ CNPJ/ CPF	Código identificador do prestador na operadora ou CNPJ/ CPF do prestador	String (14)	SIM
7	Nome do Prestador	Nome do prestador	String (70)	SIM
8	Código CNES	Código CNES do prestador	String (7)	Obrigatório para hospital que possua CNES. Após o término do prazo concedido pela ANS, obrigatório para todos os hospitais
DADOS DO LOTE				
9	Número da Fatura	Número identificador das faturas que compõem o lote	String (12)	NÃO OBRIGATÓRIO
10	Número do Lote	Número do lote processado	String (12)	SIM
11	Data envio Lote	Data em que o lote foi enviado à operadora	DD/MM/AAAA	SIM
12	Número do protocolo	Número do protocolo de recebimento do lote	String (12)	SIM
13	Valor Protocolo	Valor total do protocolo	Double (9,2)	SIM
14	Valor Glosa Protocolo	Valor total da glosa do protocolo	Double (9,2)	SIM
15	Código Glosa Protocolo	Código de glosa de protocolo, conforme tabela de domínio XXI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS. Aceita N valores para um mesmo protocolo.	String (4)	SIM
16	Número da Guia / Senha	Número identificador das guias que compõem o lote	String (20)	SIM
17	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário dos serviços prestados	String (70)	NÃO OBRIGATÓRIO
18	Código do beneficiário	Código identificador do beneficiário na operadora	String (20)	SIM
19	Data Realização	Data de realização do serviço	DD/MM/AAAA	SIM
20	Descrição do Serviço	Descrição do serviço realizado	String (70)	NÃO OBRIGATÓRIO
21	Código Tabela	Código identificador da tabela de valoração, conforme tabela de domínio VI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	NÃO OBRIGATÓRIO
22	Código Serviço	Código identificador do serviço realizado	String (20)	NÃO OBRIGATÓRIO
23	Grau de Participação	Código da posição do profissional na equipe, conforme tabela de domínio III, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS	String (2)	NÃO OBRIGATÓRIO

24	Qtde executada	Quantidade executada do serviço	Integer (3)	SIM
25	Valor Processado	Valor usado como base para o processamento de valores	Double (9,2)	SIM
26	Valor Liberado	Valor liberado previsto para pagamento pela operadora sem impostos	Double (9,2)	SIM
27	Valor Glosa	Valor glosado pela operadora	Double (9,2)	SIM
28	Código Glosa	Código da glosa, conforme tabela de domínio XXI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS. Código da glosa (N valores para um mesmo procedimento)	String (4)	SIM
29	Valor Processado Guia	Valor total usado como base para o processamento de valores na guia	Double (9,2)	SIM
30	Valor Liberado Guia	Valor total previsto para pagamento pela operadora nesta guia sem impostos	Double (9,2)	SIM
31	Valor Glosa Guia	Valor total glosado pela operadora na guia	Double (9,2)	NÃO OBRIGATÓRIO
32	Código Glosa Guia	Código de glosa da guia, conforme tabela de domínio XXI, constante do Anexo do Manual de Preenchimento da TISS (N valores para uma mesma guia)	String (4)	SIM
33	Valor Processado Fatura	Valor total usado como base para o processamento de valores na fatura	Double (9,2)	SIM
34	Valor Liberado Fatura	Valor total previsto para pagamento pela operadora na fatura sem impostos	Double (9,2)	SIM
35	Valor Glosa Fatura	Valor total glosado pela operadora no lote	Double (9,2)	NÃO OBRIGATÓRIO
36	Valor Processado Geral	Valor total do Demonstrativo usado como base para o processamento de valores de fatura	Double (9,2)	SIM
37	Valor Liberado Geral	Valor total do Demonstrativo liberado para pagamento pela operadora no lote sem impostos.	Double (9,2)	SIM
38	Valor Glosa Geral	Valor total do Demonstrativo glosado pela operadora no lote	Double (9,2)	NÃO OBRIGATÓRIO

2.2.2 – Demonstrativo de Pagamento

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

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Nº do Campo	Nome do Campo	Descrição	Formato/Tamanho	Preenchimento
DADOS DA OPERADORA				
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Nome da Operadora	Nome da operadora	String (70)	SIM
3	CNPJ Operadora	Número do CNPJ da operadora	String (14)	SIM
4	Número do Demonstrativo	Número identificador do demonstrativo	String (12)	SIM
5	Data emissão do demonstrativo	Data de emissão do demonstrativo	DD/MM/AAAA	SIM
DADOS DO PRESTADOR				
6	Código Prestador /CNPJ / CPF	Código identificador do prestador na operadora ou identificador de pessoa física ou pessoa jurídica	String (14)	SIM
7	Nome do Prestador	Nome do Prestador	String (70)	SIM
8	Código CNES	Código CNES do Prestador	String (7)	Obrigatório para hospital que possua CNES. Após o término do prazo concedido pela ANS, obrigatório para todos os hospitais
DADOS DO PAGAMENTO				
9	Data do Pagamento	Data para previsão do pagamento	DD/MM/AAAA	SIM
10	Forma de Pagamento	Indicador da forma que o pagamento se realizará: 1 – Crédito em Conta 2 – Carteira 3 – Boleto Bancário	Integer (1)	SIM
11	Banco	Código identificador do banco no qual o prestador receberá a fatura	String (10)	SIM, se campo 10 for Crédito em Conta
12	Agência	Código da agência no qual o prestador receberá a fatura	String (10)	
13	Número da Conta / Cheque	Código da conta corrente na qual o prestador receberá a fatura. No caso de pagamento em cheque informar número do mesmo	String (20)	NÃO OBRIGATÓRIO
DADOS DO RESUMO				
14	Número da Fatura	Número do documento fiscal	String (12)	NÃO OBRIGATÓRIO
15	Número do lote	Número identificador do lote. O lote é um número que identifica um conjunto de guias para o mesmo prestador enviado através das mensagens eletrônicas à Operadora	String (12)	SIM
16	Data de envio do Lote	Data de envio do lote pelo prestador	DD/MM/AAAA	SIM
17	Número do protocolo	Número do protocolo de recebimento do lote	String (12)	SIM
18	Valor informado	Valor informado na fatura	Double (9,2)	SIM
19	Valor Processado	Valor processado na fatura pela operadora	Double (9,2)	SIM
20	Valor Liberado	Valor liberado para pagamento pela operadora	Double (9,2)	SIM
21	Valor da Glosa	Valor da Glosa	Double (9,2)	SIM
22	Total Geral Valor Informado (R\$)	Total Geral Valor Informado (R\$)	Double (9,2)	SIM
23	Total Geral Valor Processado (R\$)	Total Geral Valor Processado (R\$)	Double (9,2)	SIM

24	Total Geral Valor Liberado (R\$)	Total Geral Valor Liberado (R\$)	Double (9,2)	SIM
25	Total Geral Glosa (R\$)	Total Geral Glosa (R\$)	Double (9,2)	SIM
26	Total Valor	Campo 26 = (campo 24 subtraído do campo 25)	Double (9,2)	SIM
27	Demais Descontos ou Créditos	Demais descontos ou créditos a serem debitados ou creditados ao valor liberado. Itens devem estar devidamente descritos e valorados linha a linha	String (70) para descrição Double (9,2) para valores	SIM
28	Total Valor Liberado	Campo 28 = (campo 26 subtraído do campo 27)	Double (9,2)	SIM

III - LIGAÇÃO ENTRE GUIAS

3.1. Consultas

3.1.1. Consulta eletiva **sem** procedimentos e **sem** despesas (exceto consulta de referência – ver item 3.1.3).

3.1.1.1. A cobrança da consulta deverá ser feita por meio da Guia de Consulta.

3.1.2. Consulta eletiva **com** procedimento e/ou despesas:

3.1.2.1. A cobrança da consulta e dos procedimentos realizados durante a consulta, deverá ser feita por meio da Guia de SP/SADT.

3.1.2.2. A cobrança das despesas ocorridas durante a consulta deverá ser feita pela Guia de Outras Despesas, cujo campo 2- *Nº da Guia Referenciada* conterá o número da Guia de SP/SADT.

GUIA DE SP/SADT 2- Nº 1230000000ABCD

3 - Nº Guia Principal	4 - Data d

GUIA DE OUTRAS DESPESAS

2 - Nº Guia Referenciada
1230000000ABCD

3.1.3. A consulta de referência, ou seja, aquela realizada por um especialista por solicitação de outro médico, **sempre** deverá ser cobrada por meio da Guia de SP/SADT, para que constem os dados do médico solicitante.

3.1.4. Em qualquer consulta, a **solicitação** de exames e/ ou procedimentos deverá ser feita por meio de uma Guia de SP/SADT independente. É *recomendável* que o campo 3-*Nº da Guia Principal* contenha o número da guia utilizada para cobrança da consulta.

GUIA DE CONSULTA 2- Nº 123456789012

2- Nº

GUIA DE SP/SADT 2- Nº 1230000000ABCD

3 - Nº Guia Principal	4 - Data d
123456789012	

3.2 - Serviços Profissionais, Exames e Procedimentos (Paciente Não Internado)

3.2.1. A cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente **não internado** deverá sempre ser feita por meio da Guia de SP/SADT.

3.2.2. As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, decorrentes dos atendimentos informados na Guia de SP/SADT deverão ser detalhadas na Guia de Outras Despesas, cujo campo *2-Nº da Guia Referenciada* conterà o número da Guia de SP/SADT onde foi feita a cobrança.

GUIA DE SP/SADT 2- Nº 1230000000ABCD	
3 - Nº Guia Principal	4 - Data d
GUIA DE OUTRAS DESPESAS	
2 - Nº Guia Referenciada	
1230000000ABCD	

3.2.3. Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesiastas, auxiliares, etc...) decorrentes dos procedimentos discriminados na Guia de SP/SADT, deve ser usada uma Guia adicional de SP/SADT para cada cobrança, destacando no campo *45a-Grau de Participação* o papel do profissional. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo *3-Nº da Guia Principal* contenha o número da Guia de SP/SADT principal.

GUIA DE SP/SADT 2- Nº 1230000000ABCD	
3 - Nº Guia Principal	4 - Data d
GUIA DE SP/SADT 2- Nº 432100000DCBA	
3 - Nº Guia Principal	4 - Data d
1230000000ABCD	
45a - Grau de Participação	

3.3 - Pronto Atendimento

3.3.1. Obedecerá aos mesmos critérios dispostos no item 2. Serviços profissionais, exames e procedimentos (paciente não internado).

3.4 – Internação

3.4.1. A cobrança de honorários dos procedimentos e exames, bem como das OPMs deverá sempre ser realizada por meio da Guia de Resumo de Internação, cujo campo *3-Nº da Guia de Solicitação* conterá o número da Guia de Solicitação de Internação.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO 2- Nº **123456789012**

5- Data Validade da Senha 6- Data de Emissão da Guia

____/____/____

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO 2- Nº **XYZ1234567890**

3 - Nº Guia de Solicitação 4 - Data da Autorização 5-Senha

123456789012 ____/____/____

3.4.2. As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, decorrentes dos atendimentos deverão ser detalhadas na Guia de Outras Despesas, cujo campo *3-Nº da Guia Referenciada* conterá o número da Guia de Resumo de Internação.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO 2- Nº **123456789012**

5- Data Validade da Senha 6- Data de Emissão da Guia

____/____/____

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO 2- Nº **XYZ1234567890**

3 - Nº Guia de Solicitação 4 - Data da Autorização 5-Senha

123456789012 ____/____/____

GUIA DE OUTRAS DESPESAS

2 - Nº Guia Referenciada

XYZ1234567890

3.4.3. Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesiastas, auxiliares, etc...) deve ser usada uma Guia de Honorário Individual independente para cada cobrança. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo 3-*Nº da Guia Referenciada* contenha o número da Guia de Solicitação de Internação.

Importante: As Guias de Honorário Individual só podem ser vinculadas à Guia de Solicitação de Internação. Não podem ser vinculadas à Guia de SP/SADT nem a quaisquer outras.

O diagrama ilustra a vinculação entre duas guias. No topo, a 'GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO' possui o campo '2 - Nº' com o valor '123456789012'. Abaixo, a 'GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL' possui o campo '3 - Nº Guia de Solicitação / Senha' com o valor '123456789012'. Uma seta vermelha indica a conexão entre o número na Guia de Honorário Individual e o número na Guia de Solicitação de Internação.

3.4.4. A solicitação de prorrogação e de novos procedimentos não dispõe de guia específica nessa versão da TISS, e por isso deverá ser feita conforme os critérios de cada operadora e anotado no verso da Guia de Solicitação de Internação original, de forma que haverá sempre um único número de Guia de Solicitação de Internação vinculando todos os eventos.

3.5. Serviços Profissionais, Exames e Procedimentos (Paciente Internado)

3.5.1. A cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente **internado** poderá ser feita por meio da Guia de SP/SADT ou diretamente na Guia de Resumo de Internação.

3.5.2. Caso opte por cobrar na guia de SP/SADT:

3.5.2.1. As despesas decorrentes dos atendimentos informados nessa guia deverão ser detalhadas na Guia de Outras Despesas, cujo campo 3-*Nº da Guia Referenciada* conterá o número da Guia de SP/SADT onde foi feita a cobrança.

3.5.2.2. Se for necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesiastas, auxiliares, etc...) decorrentes dos procedimentos discriminados na Guia de SP/SADT, deve ser usada uma guia adicional de SP/SADT para cada cobrança, destacando no campo 45a-*Grau de Participação* o papel do profissional. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo 3-*Nº da Guia Referenciada* contenha o número da Guia de SP/SADT principal.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO 2- Nº 123456789012

5- Data Validade da Senha 6- Data de Emissão da Guia

GUIA DE SP/SADT 2- Nº 1230000000ABCD

3- Nº Guia Principal 123456789012 4- Data d

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO 2- Nº XYZ1234567890

3- Nº Guia de Solicitação 123456789012 4- Data de Autorização 5- Senha

GUIA DE OUTRAS DESPESAS

2- Nº Guia Referenciada 1230000000ABCD

GUIA DE OUTRAS DESPESAS

2- Nº Guia Referenciada XYZ1234567890

3.5.2. Nas situações de internações ou serviços terceirizado (ex. Internação clínica em quarto evoluindo para UTI terceirizado), utilizar a guia SP/SADT para cobrança do terceirizado, informando no campo 3-*Nº da Guia Referenciada*, da Guia de Solicitação de Internação.

3.5.4. Caso opte por cobrar na Guia de Resumo da Internação:

3.5.4.1. As despesas decorrentes dos atendimentos informados nessa guia deverão ser detalhadas na Guia de Outras Despesas, cujo campo 3-*Nº da Guia Referenciada* conterá o número da Guia de Resumo da Internação onde foi feita a cobrança.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO 2- Nº 123456789012

5- Data Validade da Senha 6- Data de Emissão da Guia

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO 2- Nº XYZ1234567890

3- Nº Guia de Solicitação 123456789012 4- Data de Autorização 5- Senha

GUIA DE OUTRAS DESPESAS

2- Nº Guia Referenciada XYZ1234567890

3.5.4.2. Se for necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesistas, auxiliares, etc...) deve ser usada uma Guia de Honorário Individual independente para cada cobrança. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo 3-*Nº da Guia de Solicitação / Senha* contenha o número da Guia de Solicitação de Internação.

Importante: As Guias de Honorário Individual só podem ser vinculadas à Guia de Solicitação de Internação. Não podem ser vinculadas à Guia de SP/SADT nem a quaisquer outras.

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº123456789012

5- Data Validade da Senha

6- Data de Emissão da Guia

5- Nº Guia de Solicitação / Senha

4- Data de Emissão da Guia

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL2- Nº ABCD123456789XYZ

3- Nº Guia de Solicitação / Senha

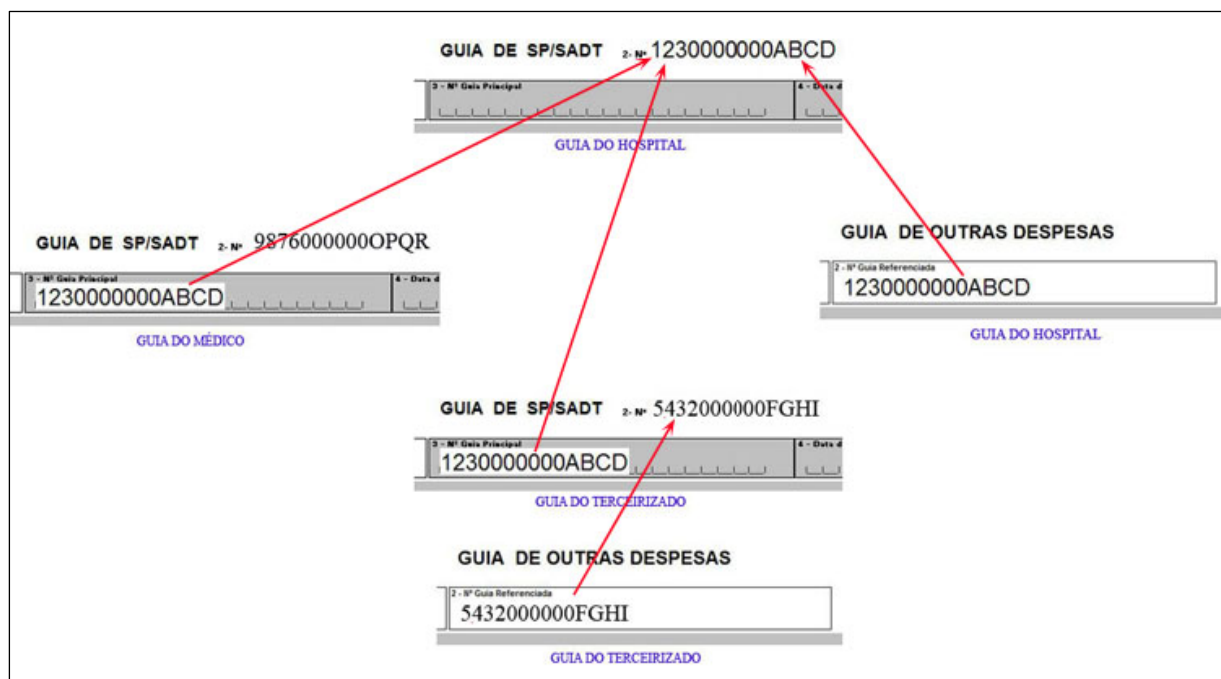
4- Data de Emissão da Guia

IV – EXEMPLOS DE UTILIZAÇÃO

Exemplo 1

O beneficiário é atendido no ambulatório do hospital com uma fratura e o serviço de raio X é terceirizado.

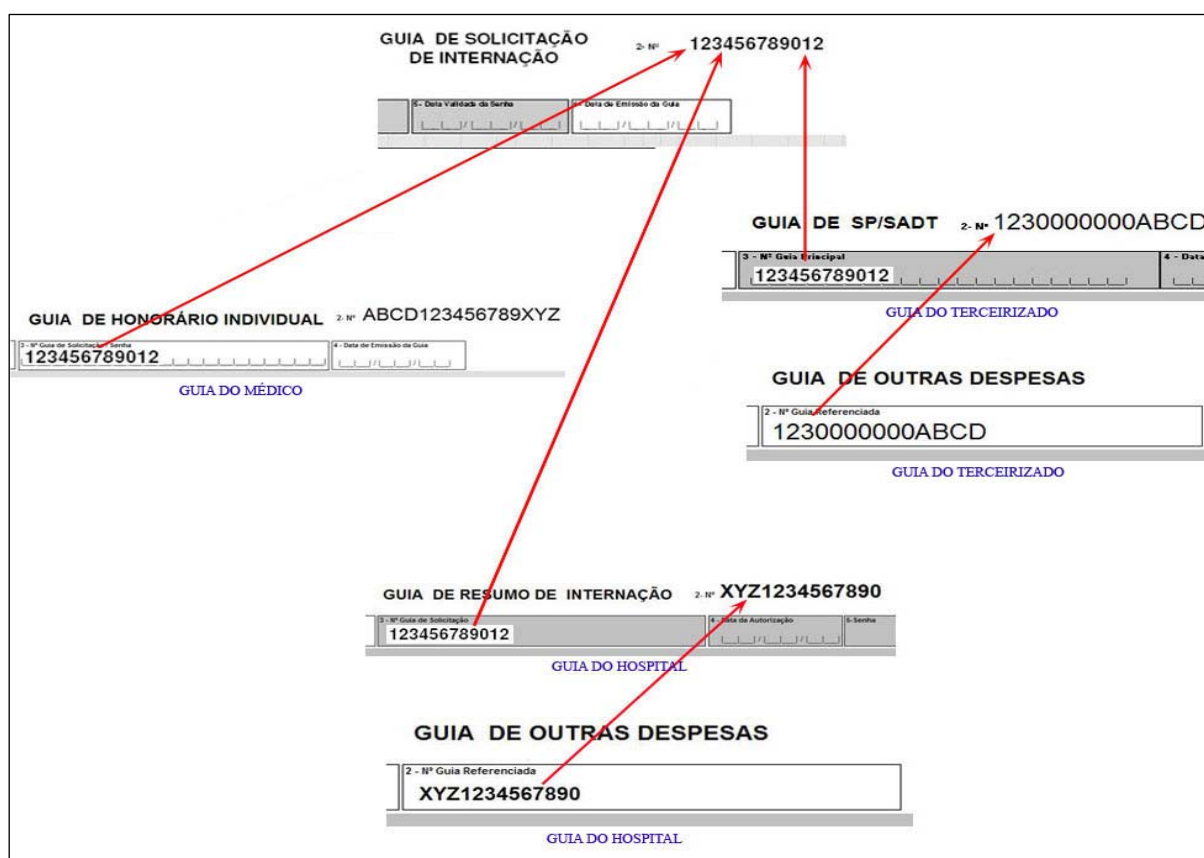
1. O hospital manda uma Guia de SP/ SADT, com uma Guia de Outras Despesas anexa, onde serão cobrados: taxas de sala, serviços hospitalares em geral, materiais e medicamentos.
2. O serviço de raio X manda uma Guia de SP/ SADT. Se houver taxas, materiais ou medicamentos, anexará também uma Guia de Outras Despesas.
3. O médico poderá cobrar seus serviços em Guia de SP/SADT própria.
4. Veja na seção Ligação entre guias como vincular os formulários envolvidos.



Exemplo 2

O beneficiário está internado para uma cirurgia com um auxiliar e um anestesista. A conta é desvinculada (cada médico manda sua conta para a operadora independente dos outros e do hospital). Os exames de laboratório e de imagem são terceirizados.

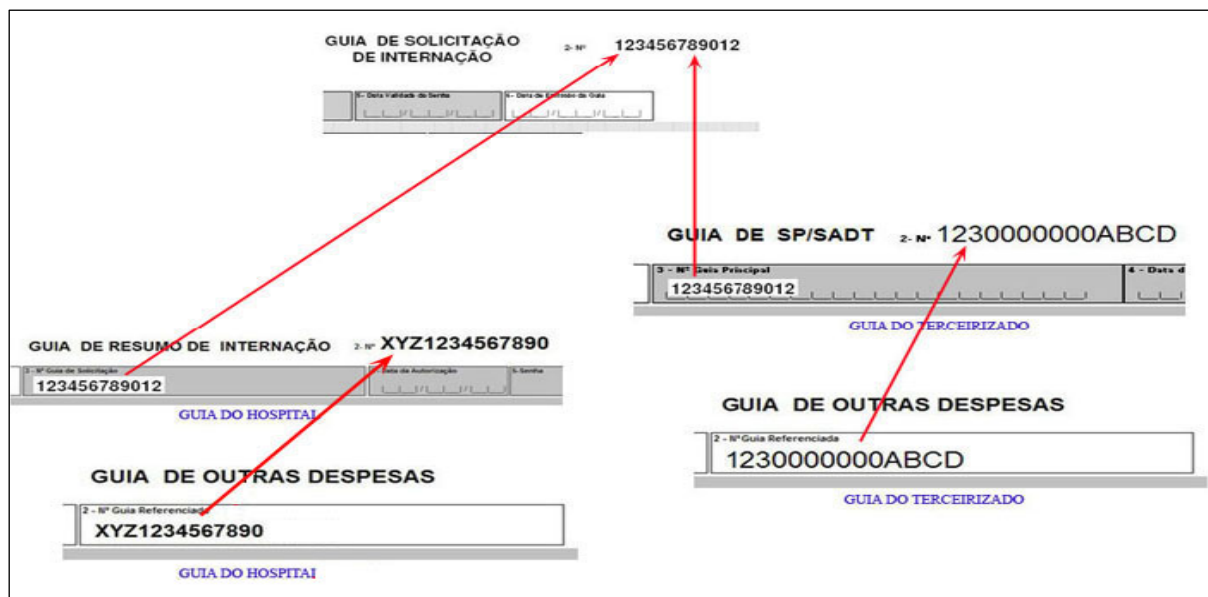
1. O hospital manda uma Guia de Resumo de Internação, com uma Guia de Outras Despesas anexa, onde serão cobrados: taxas de sala, serviços hospitalares em geral, diárias, materiais e medicamentos.
2. O laboratório e o serviço de imagens mandam separadamente uma Guia de SP/ SADT. Se existirem taxas, materiais ou medicamentos, também anexarão uma Guia de Outras Despesas.
3. Os médicos cobrarão seus honorários na Guia de Honorário Individual.
4. Veja na seção Ligação entre guias como vincular os formulários envolvidos.



Exemplo 3

O beneficiário está internado para um procedimento cirúrgico e os honorários médicos serão cobrados pelo hospital. Os exames de laboratório e de imagem serão cobrados por terceiros.

1. O hospital manda uma Guia de Resumo de Internação, com uma Guia de Outras Despesas anexa, onde serão cobrados: taxas de sala, serviços hospitalares em geral, diárias, materiais e medicamentos.
2. O laboratório e o serviço de imagens preenchem separadamente uma Guia de SP/SADT. Se houver taxas, materiais ou medicamentos, anexará também uma Guia de Outras Despesas.
3. O hospital registra os serviços dos médicos na própria Guia de Resumo de Internação.
4. Veja na seção Ligação entre guias como vincular os formulários envolvidos.



Exemplo 4

Cobrança de integrante de equipe cirúrgica não cadastrada na Operadora.

1. Utilizar Guia de Honorário Individual (uma para cada profissional).
2. No campo 13 indicar o código/ CPF/ CNPJ do executante com o nome no campo 14.
3. No campo 17 indicar o grau de participação conforme tabela de domínio, com o nome no campo 18.
4. O campo 13 indicará, nestes casos de integrantes não cadastrados, o prestador que receberá o crédito referente aos honorários do participante (campo 17 e 18).

V – GLOSSÁRIO

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: 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.

Beneficiário Ativo: É aquele cujo contrato esteja em vigor, de acordo com os dados informados pela Operadora à ANS através do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

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 infra-estrutura 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.

CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde): Tabela internacional que busca classificar as doenças e problemas relacionados à saúde de acordo com critérios estabelecidos. Criada em 1893 como a Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte, esta tabela vem sofrendo ao longo do tempo várias revisões, sendo a atual a 10ª (décima). O nome atualmente utilizado (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) visa tornar mais claro o conteúdo e a finalidade da tabela, bem como refletir a extensão progressiva da abrangência da classificação, além de doenças e lesões.

CID 10 Principal: Código específico relacionado ao motivo principal que norteou o atendimento prestado, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão. Nas internações haverá um CID principal referente a hipótese diagnóstica, que posteriormente pode ser modificado pelo diagnóstico de fato. Na Guia de Resumo de Internação deve ser informado o CID referente ao diagnóstico de fato.

CID 10 Secundário: Código específico relacionado a motivos secundários detectados durante o atendimento prestado, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão.

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, classificada em:

- ***Primeira Consulta:*** consulta inicial do beneficiário com o prestador habilitado.
- ***Consulta de Pré-Natal:*** consulta realizada a beneficiária, por profissional da especialidade de obstetria, para acompanhamento do processo gestacional.
- ***Consulta de Referência:*** consulta realizada por indicação de outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento. Caso seja a primeira consulta e ao mesmo tempo seja referenciada por outro profissional, constitui-se uma consulta referenciada.
- ***Consulta de Seguimento:*** consulta eletiva realizada em consultório em continuidade de tratamento e/ou acompanhamento do paciente no mesmo prestador.

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.

Nascido Morto: Produto da concepção com 22 semanas ou mais de gestação, ou pelo menos 500 gramas de peso, que depois da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, não manifesta qualquer sinal de vida.

Nascido Vivo: É o produto da concepção que imediatamente após o nascimento, ou seja, depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta.

Nascido Vivo a Termo: Produto da concepção, com idade gestacional igual ou superior a 37 (trinta e sete) semanas, que depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta.

Nascido Vivo Prematuro: Produto da concepção, com idade gestacional igual ou inferior a 36 (trinta e seis) semanas e 6 (seis) dias, que, depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta.

Óbito Fetal: É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independente da duração da gravidez; indica o óbito o fato de que, depois da separação, o feto não respira nem dá nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Óbito Neonatal: É aquele ocorrido entre o período imediato após o nascimento e 27 (vinte e sete) dias de vida.

Óbito Neonatal Precoce: É aquele ocorrido no período entre 0 (zero) e 6 (seis) dias de vida.

Óbito Neonatal Tardio: É aquele ocorrido no período entre 7 (sete) e 27 (vinte e sete) dias de vida.

OPM: 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 prestado 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 unívoco. É o comprovante de recebimento pela operadora de um lote de guias.

Rede Credenciada: Grupo de prestadores de serviços médico-hospitais 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 Alta: 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.

Tipo de Doença: Classificação da doença motivo do atendimento de acordo com a tabela de domínio específica.