

# GUIA DE UTILIZAÇÃO

SISTEMA VOXIS  
E  
PADRÃO TISS

**Unimed**   
Nova Iguaçu

Somos médicos.  
E isso faz toda a diferença.

# SISTEMA VOXIS

**Unimed**   
Nova Iguaçu

Somos médicos.  
E isso faz toda a diferença.

## 1. Acesso ao Sistema

É necessário estar conectado à internet, digitar o endereço abaixo:

<http://voxis.novaiguacu.unimed.com.br>

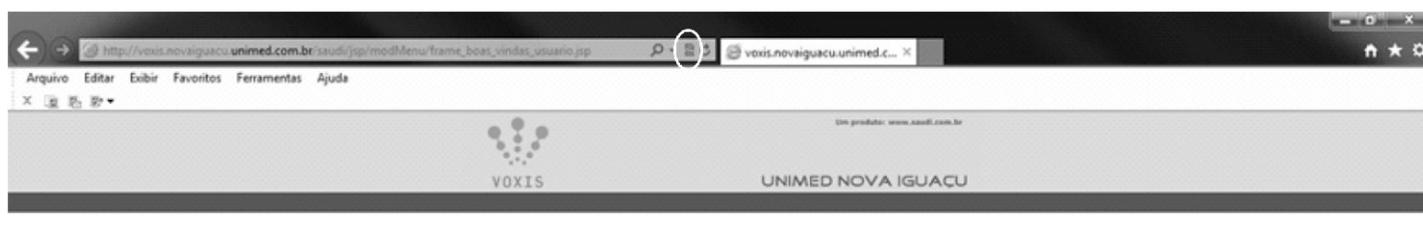
Ao abrir o Voxis é necessário login e senha que serão fornecidos pelo setor de TI da Unimed Nova Iguaçu:



OBS: Na opção "**Acessar como**" aparecem os tipos de guia disponíveis para o cooperado (Consulta, SP/SADT e Honorários).

Tela do Voxis com as opções.

OBS: Caso não apareça o menu de opções do Voxis, selecionar a opção de compatibilidade:

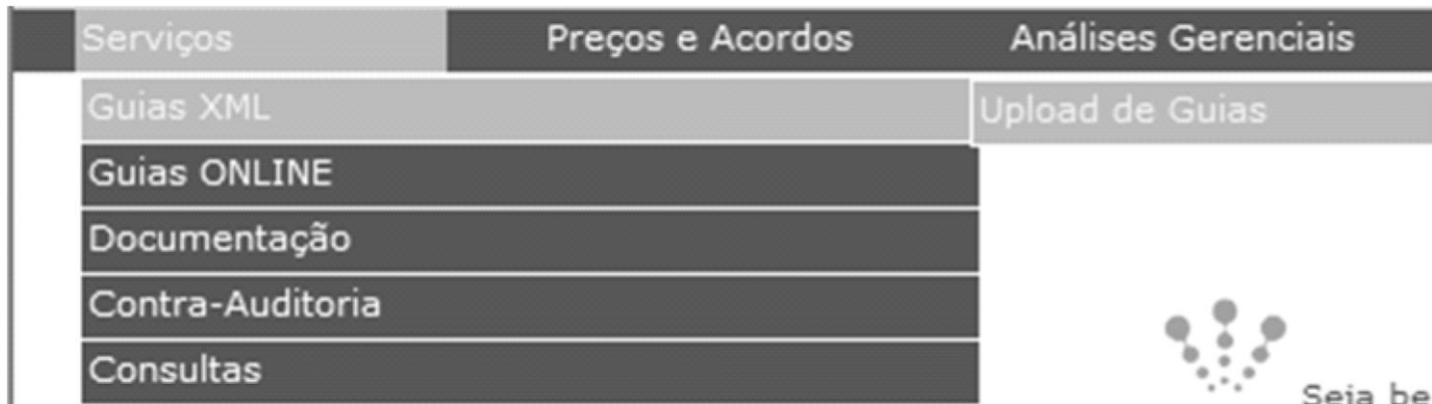


## 2. Upload de guias

O VOXIS permite que sejam enviadas guias de consulta e SP/SADT no padrão XML TISS, caso você já possua um sistema que realize a geração das guias para faturamento no padrão indicado, basta fazer o upload das mesmas no sistema, conforme mostra o exemplo abaixo.

Exemplo Upload de Guias XML padrão TISS

Acessar o menu Serviço / Guias XML / Upload de Guias



Selecionar o arquivo XML e confirmar:

Upload de Guias de SP/SADT - - 28/06/2013 08:33 - [Ajuda ?](#) | [Home](#) | [Sair](#)

Campos em  são obrigatórios  
Ajuda On Line:

Informe o Prestador de Guias de SP/SADT, padrão TISS

|             |         |
|-------------|---------|
| Modalidade: | SP/SADT |
| Prestador:  | 69      |

Informe o que voce deseja fazer

Enviar (upload) um Novo Arquivo de Guias TISS/XML ou  
 Buscar Arquivos de Guias TISS/XML enviados, anteriormente.

Informe (upload) o arquivo de Guias de SP/SADT, padrão TISS/XML, que voce deseja enviar para a Operadora

|                        |                                         |             |
|------------------------|-----------------------------------------|-------------|
| Arquivo a ser enviado: | C:\Users\... \Desktop\ _ \TESTE_SADT.XI | Procurar... |
|------------------------|-----------------------------------------|-------------|

A operadora aceita arquivos nas versões: 2.02.03

Após confirmação aparecerá na tela:

Informe o Prestador de Guias de SP/SADT, padrão TISS

|                    |         |
|--------------------|---------|
| <b>Modalidade:</b> | SP/SADT |
| <b>Prestador:</b>  | 6       |

Informe o que voce deseja fazer

- Enviar (upload) um Novo Arquivo de Guias TISS/XML ou  
 Buscar Arquivos de Guias TISS/XML enviados, anteriormente.

Arquivo enviado para a Operadora

Dados do Arquivo TISS/XML enviado para a Operadora

|                                                |                                                 |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Operadora:</b>                              | 23 - UNIMED NOVA IGUACU                         |
| <b>Prestador:</b>                              | 6                                               |
| <b>No. do Protocolo de Entrega Eletrônica:</b> | 5                                               |
| <b>Data do Envio:</b>                          | 28/06/2013 às 08:37hs, por                      |
| <b>Nome do Arquivo Enviado:</b>                | TESTE_SADT.XML                                  |
| <b>Status do Arquivo Enviado:</b>              | ARQUIVO RECEBIDO                                |
| <b>Quantidade de Guias Anexadas:</b>           | 4 ⇒ <a href="#">Relacionar Guias Anexadas</a>   |
| <b>Quantidade de Guias Rejeitadas:</b>         | 3 ⇒ <a href="#">Relacionar Guias Rejeitadas</a> |
| <b>Quantidade de Guias Aceitas:</b>            | 1 ⇒ <a href="#">Relacionar Guias Aceitas</a>    |

fechar

Caso existam guias rejeitadas, basta clicar no link "Relacionar Guias Rejeitadas" para visualizar o motivo, conforme imagem abaixo:

Informações do Arquivo TISS/XML transmitido para a Operadora

|                                                |                               |
|------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Modalidade</b>                              | SP/SADT                       |
| <b>Operadora:</b>                              | 23 - UNIMED NOVA IGUACU       |
| <b>Prestador:</b>                              | 6                             |
| <b>No. do Protocolo de Entrega Eletrônica:</b> | 5                             |
| <b>Data do Envio:</b>                          | 28/06/2013 08:37, por UNI023_ |
| <b>Nome do Arquivo Enviado:</b>                | TESTE_SADT.XML                |

Opções de busca de Guias

| Consultar por   | Saída |
|-----------------|-------|
| Mensagem / Guia | HTML  |

buscar

Esta página, somente exibe guia e/ou itens que provocaram mensagem de glosa na guia. Para visualizar todas as guias com respectivos itens da entrega eletrônica, [clique aqui](#)

Relação de Mensagens TISS

|     |             | Mensagem Interna do SAUDI                          | Mensagem TISS            |
|-----|-------------|----------------------------------------------------|--------------------------|
| [-] | 110         | Guia / Parcela (...) já está atualizado no Sistema | 1308 Guia já apresentada |
|     | No. da Guia | No. da Carteira                                    | Nome do Beneficiário     |
| L   | 8760637     |                                                    |                          |
| L   | 8893287     |                                                    |                          |
| L   | 8893326     |                                                    |                          |
|     |             |                                                    | Status da Guia           |
|     |             |                                                    | Guia Rejeitada           |
|     |             |                                                    | Guia Rejeitada           |
|     |             |                                                    | Guia Rejeitada           |

1/1

Para visualizar o detalhe do erro, basta clicar na lupa. As mensagens em Vermelho identificam os erros.

**ERRO: GUIA REJEITADA.** É necessário corrigir os erros para que a Guia seja aceita.  
**AVISO: GUIA NÃO REJEITADA.** É um alerta para que o problema seja corrigido, mas a Guia é aceita.

Informações de Erros e Avisos da Guia

|               |      |                                                                                                           |
|---------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ERRO:</b>  | 1308 | Guia já apresentada (110-Guia / Parcela (8760637) já está atualizado no Sistema)                          |
| <b>AVISO:</b> | 1799 | Outros (389-Profissional Solicitante do Procedimento Médico (Conselho: CRM UF: RJ Número: cadastrado) não |

|                |                      |                       |         |                             |                           |
|----------------|----------------------|-----------------------|---------|-----------------------------|---------------------------|
| 1-Registro ANS | 3-No. Guia Principal | 4-Data da Autorização | 5-Senha | 6-Data de Validade da Senha | 7-Data de Emissão da Guia |
| 344397         | 0000000              |                       |         |                             | 27/03/2013                |

Dados do Beneficiário

|                      |            |             |         |                                    |
|----------------------|------------|-------------|---------|------------------------------------|
| 8-Número da Carteira | 9-Plano    | 10-Validade | 11-Nome | 12-Número Cartão Nacional de Saúde |
| 0(.....)             | Unimed Rio | 15/07/2013  |         |                                    |

Dados do Contratado Solicitante

|                                     |                          |                       |       |                |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------|----------------|
| 13-Código do Contratado             | 14-Nome do Contratado    | 15-Código CNES        |       |                |
|                                     |                          |                       |       |                |
| 16-Nome do Profissional Solicitante | 17-Conselho Profissional | 18-Número no Conselho | 19-UF | 20-Código CBOS |
|                                     | CRM                      |                       | RJ    | 2231.44        |

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

|                          |                           |              |                      |
|--------------------------|---------------------------|--------------|----------------------|
| 21-Data/Hora Solicitação | 22-Caráter da Solicitação | 23-CID 10    | 24-Indicação Clínica |
| 27/03/2013 09:05         | E - Eletiva               |              | Tumoracao palpebral  |
| 25-Tabela                | 26-Código do Procedimento | 27-Descrição | 28-Qt.Solic.         |
|                          |                           |              |                      |

Para consultar os arquivos enviados anteriormente, selecione o menu **Serviço / Guias XML / Upload de Guias**, selecione a opção "Buscar Arquivos de Guias TISS/XML enviados anteriormente", preencha a opção de filtro desejada (no exemplo abaixo foi informado um período) e clique em buscar.

OBS: Nesta tela você visualizará os arquivos **aceitos e rejeitados**.

Informe o Prestador de Guias de SP/SADT, padrão TISS

|             |                      |
|-------------|----------------------|
| Modalidade: | SP/SADT              |
| Prestador:  | <input type="text"/> |

Informe o que voce deseja fazer

- Enviar (upload) um Novo Arquivo de Guias TISS/XML ou  
 Buscar Arquivos de Guias TISS/XML enviados, anteriormente.

Opções de busca de arquivos enviados, eletronicamente, de Guias de SP/SADT

|                                         |                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Status do Arquivo Enviado:              | <input type="text"/>                   |
| Data de Envio do Arquivo TISS:          | de: 28 / 06 / 2013 até: 28 / 06 / 2013 |
| Data de Emissão da Guia:                | de: / / até: / /                       |
| No. do Protocolo de Entrega Eletrônica: | <input type="text"/>                   |
| No. do Lote no Prestador:               | <input type="text"/>                   |

Opções adicionais de busca: por Paciente, No da Guia, ...

buscar

Relação de Arquivos enviados eletronicamente, padrão TISS

|  | No. Protocolo Entrega Eletrônica | Data do Envio do Arquivo TISS | Status do Arquivo Enviado | Nome do Arquivo Enviado | Quantidade de Guias no Arquivo |            |         |
|--|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------------|------------|---------|
|  |                                  |                               |                           |                         | Anexadas                       | Rejeitadas | Aceitas |
|  | 5                                | 28/06/2013 08:37              | ARQUIVO RECEBIDO          | TESTE_SADT.XML          | 4                              | 3          | 1       |

Selecionando a lupa para visualizar o detalhe do arquivo:

Informações do Arquivo TISS/XML transmitido para a Operadora

|                                         |                         |
|-----------------------------------------|-------------------------|
| Modalidade                              | Consulta Médica         |
| Operadora:                              | 23 - UNIMED NOVA IGUACU |
| Prestador:                              |                         |
| No. do Protocolo de Entrega Eletrônica: | 9                       |
| Data do Envio:                          | 28/06/2013 08:05, por   |
| Nome do Arquivo Enviado:                | TESTE_CONSULTA.xml      |

Opções de busca de Guias

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Status das Guias | Ordernar Por     |
| Todas as Guias ▼ | Número da Guia ▼ |

buscar

Relação de Guias

|  | Número da Guia | Senha de Autorização | Paciente | Status da Guia Enviada | Quantidade de Itens Rejeitados |
|--|----------------|----------------------|----------|------------------------|--------------------------------|
|  | 8000249        |                      |          | GUIA REJEITADA         | 0                              |
|  | 8000250        |                      |          | GUIA REJEITADA         | 0                              |
|  | 8000251        |                      |          | GUIA REJEITADA         | 0                              |
|  | 888888         |                      |          | GUIA ACEITA            | 0                              |
|  | 999999         |                      |          | GUIA ACEITA            | 0                              |

1/1 ▼

fechar

## 2.1. Entrega de Documentação na Operadora

Após o Envio das Guias devem ser montadas as remessas para envio à Operadora

### Menu **Serviço / Documentação / Entregar Documentação na Operadora**

Conforme a imagem abaixo, informar as opções de filtro desejadas e clicar em buscar. Nesta tela serão exibidas todas as guias que atendam ao critério utilizado no filtro escolhido.

Opções de busca de Guias de Internação:

|                                   |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modalidade                        | SP/SADT                                                                                                                          |
| Prestador:                        |                                                                                                                                  |
| Nº Protocolo Entrega Eletrônica:  |                                                                                                                                  |
| Limite de Guias por Entrega:      | 50                                                                                                                               |
| Entrega acordada com a Operadora: | <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Por Classificação da Operadora <input checked="" type="radio"/> Por Operadora |
| Operadora:                        | 023 - UNIMED NOVA IGUACU (1 Guias) ▼                                                                                             |
| Ordernar as Guias por:            | No. da Guia ▼                                                                                                                    |

buscar

Relação de Guias disponíveis para entrega de Documentação. Marque as Guias que voce deseja efetuar a entrega e clique no botão Prosseguir

Guias marcadas: 1

|  | GED                                 | No. Protocolo Entrega Eletrônica | No. da Guia | Senha Autorização | Nº da Carteira | Paciente | Total Cobrado | Total de Doc's Anexados | Data de Internação |            |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------|----------------|----------|---------------|-------------------------|--------------------|------------|
|  |                                     |                                  |             |                   |                |          |               |                         | Entrada            | Saída      |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | 5                                | 999999      | 0                 |                |          | 258,00        | 0                       | 15/03/2013         | 15/03/2013 |

Página 1 de 1 ▼

prosseguir

Marcar todas as guias e clicar em prosequir.

Na tela abaixo, informar a competência e clicar em "Confirmar".

Informe os dados para Entregar Documentação na Operadora

|                      |                       |                    |        |
|----------------------|-----------------------|--------------------|--------|
| <b>Prestador:</b>    | €                     |                    |        |
| <b>Status Atual:</b> | ENTREGAR DOCUMENTAÇÃO |                    |        |
| <b>Competência:</b>  | 06 / 2013             | <b>Referência:</b> | Mensal |

Confira os dados abaixo e clique no botão confirmar. Em seguida, voce poderá imprimir a listagem das Guias a serem entregues.

| Operadora          | Total de Guias | Total Cobrado | Total de Doc's Anexados |
|--------------------|----------------|---------------|-------------------------|
| UNIMED NOVA IGUACU | 1              | 258,00        | 0                       |
| <b>TOTAIS</b>      | <b>1</b>       | <b>258,00</b> | <b>0</b>                |

cancelar

confirmar

Após a confirmação, é gerado o numero do protocolo:

Informações da Entrega de Documentação

|                     |            |
|---------------------|------------|
| <b>Prestador:</b>   |            |
| <b>Competência:</b> | Jun / 2013 |

## No. PROTOCOLO ENTREGA DOCUMENTAÇÃO: 102692

Sr. Usuário: a Entrega eletrônica de documentação foi gerada com sucesso e a entrega física na Operadora está liberada.

Voce pode imprimir, agora, a listagem das Guias a serem entregues e anexar a documentação física ou poderá fazer isto, posteriormente, através da opção de Menu Consultar Entrega de Documentos.

fechar

imprimir

A opção **Imprimir** abre um arquivo pdf para a impressão "Capa de lote".

OBS: para visualizar a capa de lote é necessário um software leitor de arquivos PDF.

Exemplo da capa de lote.

| SAUDI – Sistema de Auditoria de Contas Médicas          |             |  |                               | Data : 28/06/2013    |               |            |            |
|---------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------|------------|------------|
| Operadora: 23 - UNIMED NOVA IGUACU                      |             |                                                                                      |                               | Hora : 09:06         |               |            |            |
| Protocolo no. 102692 de Entrega Documentação de SP:SADT |             |                                                                                      |                               |                      |               |            |            |
| Competência: 06/2013                                    |             |                                                                                      |                               |                      |               |            |            |
| Nº Protocolo Entrega Eletrônico                         | No. da Guia | Senha de Autorização                                                                 | Núm. Carteira do Beneficiário | Nome do Beneficiário | Total Cobrado | Entrada    | Saida      |
| 5                                                       | 999999 - 1  | 0                                                                                    |                               |                      | 258.00        | 15/03/2013 | 15/03/2013 |
| <b>TOTAL DE GUIAS: 1</b>                                |             |                                                                                      |                               | <b>TOTAIS:</b>       | 258.00        |            |            |

No menu **Análises Gerenciais / Gerar Relatório de Fechamento por competência**, é possível gerar o relatório de todas as remessas da competência.

Na tela abaixo, basta informar a competência e clicar em buscar.

Relatório de Fechamento por Competência - - 28/06/2013 09:10 - [Ajuda ?](#) | [Home](#) | [Sair](#)  
Campos em  são obrigatórios  
Ajuda On Line:

Apresentar relatório, detalhado por Guia e por mês de competência, com informações dos Totais Cobrado, Glosado e Aprovado para Pagamento e o % de Glosa sobre Total Cobrado.

Opções de busca de Guias com glosas

|                    |        |                                                  |                      |
|--------------------|--------|--------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Modalidade</b>  |        | <b>Prestador</b>                                 |                      |
| SP/SADT            |        |                                                  |                      |
| <b>Competência</b> |        | <b>No. Protocolo Entrega Documentação</b>        | <b>Ordenação</b>     |
| 06 / 2013          | Mensal | de <input type="text"/> até <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                    |        |                                                  | <b>Saída</b>         |
|                    |        |                                                  | HTML                 |

## Relação de Guias

| No. Protocolo Entrega Documentação | Beneficiário |             | Nº da Guia  | Período de Internação |            | Valores |          |          |         | % de Glosa |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-----------------------|------------|---------|----------|----------|---------|------------|
|                                    | Nome         | Nº Carteira |             | Entrada               | Saída      | Cobrado | Valorado | Aprovado | Glosado |            |
| 101521                             |              |             | 8893287 - 1 | 28/03/2013            | 28/03/2013 | 258,00  | 0,00     | 0,00     | 258,00  | 100,00     |
| 101521                             |              |             | 8893326 - 1 | 26/03/2013            | 26/03/2013 | 139,75  | 0,00     | 0,00     | 139,75  | 99,46      |
| 101522                             |              |             | 8760637 - 1 | 27/03/2013            | 27/03/2013 | 129,00  | 0,00     | 0,00     | 129,00  | 100,00     |
| 102692                             |              |             | 999999 - 1  | 15/03/2013            | 15/03/2013 | 258,00  | 0,00     | 0,00     | 258,00  | 100,00     |

### 3. Digitação de Guias

Para aqueles que não possuem um sistema capaz de gerar o arquivo no padrão XML TISS, o VOXIS disponibiliza uma interface que permite a digitação das Guias de Consulta, SP/SADT e Honorários, conforme mostram os exemplos abaixo:

#### 3.1. Digitação de Guia de Consulta

Digitando Consulta, acessar o menu **Serviços / Guias ONLINE / Digitar Guias de Consulta Médica**

**GUIA DE CONSULTA** 2-No.

|                                           |                                 |                                             |                                             |
|-------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>1-Registro ANS</b>                     |                                 | <b>3-Data de Emissão da Guia</b>            |                                             |
| <input type="text" value="344397"/>       |                                 | <input type="text" value="16 / 05 / 2013"/> |                                             |
| <b>Dados do Beneficiário</b>              |                                 |                                             |                                             |
| <b>4-Número da Carteira</b>               |                                 | <b>5-Plano</b>                              | <b>6-Validade da Carteira</b>               |
| <input type="text" value="0"/>            |                                 | <input type="text" value="UNIMED"/>         | <input type="text" value="16 / 05 / 2016"/> |
| <b>7-Nome</b>                             |                                 | <b>8-Número Cartão Nacional de Saúde</b>    |                                             |
| <input type="text"/>                      |                                 | <input type="text"/>                        |                                             |
| <b>Dados do Contratado</b>                |                                 |                                             |                                             |
| <b>9-Código na Operadora/CNPJ/CPF</b>     |                                 | <b>10-Nome do Contratado</b>                |                                             |
| <input type="text"/>                      |                                 | <input type="text"/>                        |                                             |
| <b>12-T.L.</b>                            | <b>13-Logradouro</b>            | <b>14-Número</b>                            | <b>15-Complemento</b>                       |
| <input type="text" value="008"/>          | <input type="text"/>            | <input type="text"/>                        | <input type="text"/>                        |
| <b>16-Município</b>                       | <b>17-UF</b>                    | <b>18-Cód. IBGE</b>                         | <b>19-CEP</b>                               |
| <input type="text" value="Nova Iguaçu"/>  | <input type="text" value="RJ"/> | <input type="text" value="3303500"/>        | <input type="text" value="26210060"/>       |
| <b>20-Nome do Profissional Executante</b> |                                 | <b>21-Conselho Profissional</b>             | <b>22-Número no Conselho</b>                |
| <input type="text"/>                      |                                 | <input type="text" value="CRM"/>            | <input type="text"/>                        |
|                                           |                                 | <b>23-UF</b>                                | <b>24-Código CBOS</b>                       |
|                                           |                                 | <input type="text" value="RJ"/>             | <input type="text"/>                        |

## Hipóteses Diagnósticas

|                      |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| 25-Tipo de Doença    | 26-Tempo de Doença   | 27-Indicação de Acidente |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |                      |
| 28-CID Principal     | 29-CID (2)           | 30-CID (3)               | 31-CID (4)           |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |

## Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

|                        |                  |                        |
|------------------------|------------------|------------------------|
| 32-Data do Atendimento | 33-Código Tabela | 34-Código Procedimento |
| 16 / 05 / 2013         | 16               | 10101012               |
| 35-Tipo de Consulta    | 36-Tipo de Saída |                        |
| Primeira Consulta      | Retorno          |                        |

## 37-Observação:

|                                                                                                                         |                    |                |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|--------------------|
| Status Atual da Guia:                                                                                                   | GUIA EM CONSTRUÇÃO | Próximo Passo: | GUIA EM CONSTRUÇÃO |
| <input type="button" value="confirmar"/> <input type="button" value="nova guia"/> <input type="button" value="fechar"/> |                    |                |                    |

Após o preenchimento da guia no item marcado acima, escolher a opção Guia Registrada e clicar em "Confirmar":

## 37-Observação:

|                                                                                                                         |                    |                |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|---------------------------------------|
| Status Atual da Guia:                                                                                                   | GUIA EM CONSTRUÇÃO | Próximo Passo: | GUIA EM CONSTRUÇÃO<br>GUIA REGISTRADA |
| <input type="button" value="confirmar"/> <input type="button" value="nova guia"/> <input type="button" value="fechar"/> |                    |                |                                       |

OBS: se ocorrer algum erro a guia permanece em construção.

Após a digitação de todas as guias, é necessário encaminhá-las à Operadora.

Acessar o menu **Serviços / Guias ONLINE / Encaminhar Guias para a Operadora**

Na tela abaixo clicar em buscar, neste momento serão exibidas todas as guias registradas, em seguida devem ser marcadas todas as guias e clicar no botão "Prosseguir".

Encaminhar Guias para Operadora -

- 28/06/2013 10:16 - [Ajuda ?](#) | [Home](#) | [Sair](#)  
Campos em  são obrigatórios  
Ajuda On Line:

Opções de Busca de Guias

| Modalidade      | Prestador | Guias Emitidas... | Beneficiário         |
|-----------------|-----------|-------------------|----------------------|
| Consulta Médica |           | Todas as Guias ▼  | <input type="text"/> |

Relação de Guias

| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Número da Guia | Data de Emissão da Guia | Guia de Solicitação / Senha | Beneficiário       |      |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------|------|
|                                     |                          |                |                         |                             | Número da Carteira | Nome |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 99999          | 16/05/2013              |                             |                    |      |

Página 1 de 1 ▼

Na tela abaixo serão exibidas todas as guias marcadas, basta clicar em confirmar.

Informações das guias a serem enviadas para a Operadora

| Modalidade      | Prestador | Total de Guias |
|-----------------|-----------|----------------|
| Consulta Médica |           | 1              |

Relação de Guias a serem enviadas para a Operadora

| Número da Guia | Data de Emissão da Guia | Senha de Autorização | Beneficiário       |            |
|----------------|-------------------------|----------------------|--------------------|------------|
|                |                         |                      | Número da Carteira | Nome       |
| 99999          | 16/05/2013              |                      |                    | JOSE SILVA |

Após a confirmação será exibida a tela com o protocolo de envio à Operadora.

Guias enviadas para a Operadora

|                                         |                             |
|-----------------------------------------|-----------------------------|
| Operadora:                              | 23 - UNIMED NOVA IGUACU     |
| Prestador:                              |                             |
| No. do Protocolo de Entrega Eletrônica: | 10                          |
| Data do Envio:                          | 28/06/2013 às 10:20 hs, por |
| Quantidade de Guias Anexadas:           | 1                           |

Em seguida é necessário montar a remessa, acessar o menu **Serviço / Documentação / Entregar Documentação na Operadora**

Na tela abaixo clicar em buscar



Não foi encontrada nenhuma nota para o prestador.

Opções de busca de Guias de Internação:

|                                   |                                                                                                                       |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modalidade                        | Consulta Médica                                                                                                       |
| Prestador:                        | <input type="text"/>                                                                                                  |
| Nº Protocolo Entrega Eletrônica:  | <input type="text"/>                                                                                                  |
| Limite de Guias por Entrega:      | 25                                                                                                                    |
| Entrega acordada com a Operadora: | <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Por Classificação da Operadora <input type="radio"/> Por Operadora |
| Ordernar as Guias por:            | No. da Guia <input type="text"/>                                                                                      |

Neste momento serão exibidas todas as guias disponíveis, de acordo com o filtro aplicado.

Relação de Guias disponíveis para entrega de Documentação. Marque as Guias que voce deseja efetuar a entrega e clique no botão Prosseguir Guias marcadas: 1

| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | GED | No. Protocolo Entrega Eletrônica | No. da Guia | Senha Autorização | Nº da Carteira | Paciente | Total Cobrado | Total de Doc's Anexados | Data de Internação |            |
|--------------------------|-------------------------------------|-----|----------------------------------|-------------|-------------------|----------------|----------|---------------|-------------------------|--------------------|------------|
|                          |                                     |     |                                  |             |                   |                |          |               |                         | Entrada            | Saída      |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |     | 5                                | 999999      |                   |                |          | 258,00        | 0                       | 15/03/2013         | 15/03/2013 |

Marcar todas as guias e clicar em proseguir.

Na tela abaixo, informar a competência e clicar em "Confirmar".

Informe os dados para Entregar Documentação na Operadora

|                      |                                                                     |                    |                                     |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| <b>Prestador:</b>    |                                                                     |                    |                                     |
| <b>Status Atual:</b> | ENTREGAR DOCUMENTAÇÃO                                               |                    |                                     |
| <b>Competência:</b>  | <input type="text" value="06"/> / <input type="text" value="2013"/> | <b>Referência:</b> | <input type="text" value="Mensal"/> |

Confira os dados abaixo e clique no botão confirmar. Em seguida, voce poderá imprimir a listagem das Guias a serem entregues.

| Operadora          | Total de Guias | Total Cobrado | Total de Doc's Anexados |
|--------------------|----------------|---------------|-------------------------|
| UNIMED NOVA IGUACU | 1              | 258,00        | 0                       |
| <b>TOTAIS</b>      | <b>1</b>       | <b>258,00</b> | <b>0</b>                |

Após a confirmação, é gerado o número do protocolo:

Informações da Entrega de Documentação

Prestador:

Competência:

Jun / 2013

**No. PROTOCOLO ENTREGA DOCUMENTAÇÃO: 102692**

Sr. Usuário: a Entrega eletrônica de documentação foi gerada com sucesso e a entrega física na Operadora está liberada.

Voce pode imprimir, agora, a listagem das Guias a serem entregues e anexar a documentação física ou poderá fazer isto, posteriormente, através da opção de Menu Consultar Entrega de Documentos.

fechar

imprimir

A opção **Imprimir** abre um arquivo pdf para a impressão "Capa de lote".

OBS: para visualizar a capa de lote é necessário um software leitor de arquivos PDF.

## 3.2. Digitação de Guia de SP/SADT

Digitando SADT, acessar o menu **Serviços / Guias ONLINE / Digitar Guias de SP/SADT**

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2-No. 99999

| 1-Registro ANS | 3-No. Guia Principal | 4-Data da Autorização | 5-Senha | 6-Data de Validade da Senha | 7-Data de Emissão da Guia |
|----------------|----------------------|-----------------------|---------|-----------------------------|---------------------------|
| 344397         | 99999                | / /                   |         | / /                         | 15 / 03 / 2013            |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Validade    | 11-Nome | 12-Número Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------|---------|----------------|---------|------------------------------------|
|                      | UNIMED  | 31 / 12 / 2016 |         |                                    |

Dados do Contratado Solicitante

| 13-Código do Contratado | 14-Nome do Contratado | 15-Código CNES |
|-------------------------|-----------------------|----------------|
|                         |                       |                |

| 16-Nome do Profissional Solicitante | 17-Conselho Profissional | 18-Número no Conselho | 19-UF | 20-Código CBO5 |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------|----------------|
|                                     | CRM                      |                       | RJ    | 2231.44        |

☑ Preencha os dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

| 21-Data/Hora Solicitação | 22-Caráter da Solicitação | 23-CID 10 | 24-Indicação Clínica |
|--------------------------|---------------------------|-----------|----------------------|
| 15 / 03 / 2013 17 : 26   | Eletiva                   | 1068      | TUMOR ESCLERA        |

| 25-Tabela | 26-Código do Procedimento | 27-Descrição                            | 28-Qt.Solic. | 29-Qt.Autoriz. |
|-----------|---------------------------|-----------------------------------------|--------------|----------------|
| INSERINDO |                           |                                         |              | 1              |
| 1         | 16                        | 30308046 ***PROCEDIMENTO INEXISTENTE*** | 1            |                |

Dados do Contratado Executante

| 30-Código na Operadora / CNPJ/CPF | 31-Nome do Contratado | 32-T.L. | 33-Logradouro | 34-Número | 35-Complemento | 36-Município | 37-UF | 38-Cód. IBGE | 39-CEP | 40-Código CNES |
|-----------------------------------|-----------------------|---------|---------------|-----------|----------------|--------------|-------|--------------|--------|----------------|
|                                   |                       |         |               |           |                |              |       |              |        |                |

| 40-Código na Operadora / CPF do exec. complementar | 41-Nome do Profissional Executante / Complementar | 42-Conselho Profissional | 43-Número no Conselho | 44-UF | 45-Código CBO5 | 45a-Grau de Participação |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------|----------------|--------------------------|
|                                                    |                                                   | CRM                      |                       | RJ    | 2231.44        |                          |

Dados do Atendimento

| 46-Tipo Atendimento | 47-Indicação de Acidente | 48-Tipo de Saída |
|---------------------|--------------------------|------------------|
| Pequena Cirurgia    |                          | Retorno SADT     |

Consulta Referência

| 49-Tipo de Doença | 50-Tempo de Doença |
|-------------------|--------------------|
|                   |                    |

☑ Procedimentos e Exames realizados

| 51-Data   | 52-Hora Inicial | 53-Hora Final | 54-Tabela | 55-Código do Procedimento | 56-Descrição                |
|-----------|-----------------|---------------|-----------|---------------------------|-----------------------------|
| INSERINDO |                 |               |           |                           |                             |
| 1         | 15/03/2013      |               | 16        | 30308046                  | ***PROCEDIMENTO INEXISTENTE |

64-Observação:

☑ OPM Solicitados

| 72-Tabela | 73-Código do OPM | 74-Descrição OPM | 75-Qtd. | 76-Fabricante | 77-Valor Unitário |
|-----------|------------------|------------------|---------|---------------|-------------------|
| INSERINDO |                  |                  |         |               |                   |

☑ OPM Utilizados

| 78-Tabela | 79-Código do OPM | 80-Descrição OPM | 81-Qtd. | 82-Código de Barras | 83-Valor Unitário |
|-----------|------------------|------------------|---------|---------------------|-------------------|
| INSERINDO |                  |                  |         |                     |                   |

☑ Despesas Realizadas

| 6-Código de Despesa | 7-Data      | 8-Hora Inicial | 9-Hora Final | 10-Tabela | 11-Código do Item | 12-Q |
|---------------------|-------------|----------------|--------------|-----------|-------------------|------|
| INSERINDO           | <selecione> |                |              |           |                   |      |

Totais da Guia

| TOTALS R\$       |                     |              |                 |            |                     |                  |
|------------------|---------------------|--------------|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| 65-Procedimentos | 66-Taxas e Aluguéis | 67-Materiais | 68-Medicamentos | 69-Diárias | 70-Gases Medicinais | 71-Geral da Guia |
| 0.01             | 0.00                | 0.00         | 0.00            | 0.00       | 0.00                | 0.01             |

Status Atual da Guia: GUIA EM CONSTRUÇÃO Próximo Passo: **GUIA EM CONSTRUÇÃO**

Após o preenchimento da guia no item marcado acima, escolher a opção Guia Registrada e clicar em "Confirmar":

OBS: se ocorrer algum erro a guia permanece em construção.

Após a digitação de todas as guias, é necessário encaminhá-las à Operadora.

Acessar o menu **Serviços / Guias ONLINE / Encaminhar Guias para a Operadora**

Na tela abaixo clicar em buscar, neste momento serão exibidas todas as guias registradas, em seguida devem ser marcadas todas as guias e clicar no botão "Prosseguir".

## Opções de Busca de Guias

| Modalidade | Prestador | Guias Emitidas... | Beneficiário |
|------------|-----------|-------------------|--------------|
| SP/SADT    | 69        | Todas as Guias    |              |

buscar

## Relação de Guias

| <input checked="" type="checkbox"/> | Número da Guia | Data de Emissão da Guia | Guia de Solicitação / Senha | Beneficiário       |      |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------|------|
|                                     |                |                         |                             | Número da Carteira | Nome |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 99999          | 15/03/2013              |                             |                    |      |

Página 1 de 1

prosseguir

Na tela abaixo serão exibidas todas as guias marcadas, basta clicar em confirmar.

## Informações das guias a serem enviadas para a Operadora

| Modalidade | Prestador | Total de Guias |
|------------|-----------|----------------|
| SP/SADT    | 69        | 1              |

## Relação de Guias a serem enviadas para a Operadora

| Número da Guia | Data de Emissão da Guia | Senha de Autorização | Beneficiário       |      |
|----------------|-------------------------|----------------------|--------------------|------|
|                |                         |                      | Número da Carteira | Nome |
| 99999          | 15/03/2013              |                      |                    |      |

fechar confirmar

Após a confirmação será exibida a tela com o protocolo de envio à Operadora.

## Guias enviadas para a Operadora

|                                         |                             |
|-----------------------------------------|-----------------------------|
| Operadora:                              | 23 - UNIMED NOVA IGUACU     |
| Prestador:                              |                             |
| No. do Protocolo de Entrega Eletrônica: | 6                           |
| Data do Envio:                          | 28/06/2013 às 11:22 hs, por |
| Quantidade de Guias Anexadas:           | 1                           |

fechar imprimir guias imprimir protocolo de entrega eletrônica

Em seguida é necessário montar a remessa, acessar o menu **Serviço / Documentação / Entregar Documentação na Operadora**

Na tela abaixo clicar em buscar

Opções de busca de Guias de Internação:

|                                   |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modalidade                        | SP/SADT                                                                                                                          |
| Prestador:                        | <input type="text"/>                                                                                                             |
| Nº Protocolo Entrega Eletrônica:  | <input type="text"/>                                                                                                             |
| Limite de Guias por Entrega:      | 50                                                                                                                               |
| Entrega acordada com a Operadora: | <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Por Classificação da Operadora <input checked="" type="radio"/> Por Operadora |
| Operadora:                        | 023 - UNIMED NOVA IGUACU (1 Guias)                                                                                               |
| Ordernar as Guias por:            | No. da Guia                                                                                                                      |

buscar

Relação de Guias disponíveis para entrega de Documentação. Marque as Guias que voce deseja efetuar a entrega e clique no botão Prosseguir Guias marcadas: 1

|  | <input checked="" type="checkbox"/> | GED | No. Protocolo Entrega Eletrônica | No. da Guia | Senha Autorização | Nº da Carteira | Paciente | Total Cobrado | Total de Doc's Anexados | Data de Internação |            |
|--|-------------------------------------|-----|----------------------------------|-------------|-------------------|----------------|----------|---------------|-------------------------|--------------------|------------|
|  |                                     |     |                                  |             |                   |                |          |               |                         | Entrada            | Saída      |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> |     | 6                                | 22222       |                   |                |          | 0,01          | 0                       | 15/03/2013         | 15/03/2013 |

Página 1 de 1

prosseguir

Neste momento serão exibidas todas as guias disponíveis, de acordo com o filtro aplicado.

buscar

Relação de Guias disponíveis para entrega de Documentação. Marque as Guias que voce deseja efetuar a entrega e clique no botão Prosseguir Guias marcadas: 1

|  | <input checked="" type="checkbox"/> | GED | No. Protocolo Entrega Eletrônica | No. da Guia | Senha Autorização | Nº da Carteira | Paciente | Total Cobrado | Total de Doc's Anexados | Data de Internação |            |
|--|-------------------------------------|-----|----------------------------------|-------------|-------------------|----------------|----------|---------------|-------------------------|--------------------|------------|
|  |                                     |     |                                  |             |                   |                |          |               |                         | Entrada            | Saída      |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> |     | 5                                | 22222       |                   |                |          | 258,00        | 0                       | 15/03/2013         | 15/03/2013 |

Página 1 de 1

prosseguir

Marcar todas as guias e clicar em prosseguir.

Na tela abaixo, informar a competência e clicar em "Confirmar".

Informe os dados para Entregar Documentação na Operadora

|               |                       |             |        |
|---------------|-----------------------|-------------|--------|
| Prestador:    |                       |             |        |
| Status Atual: | ENTREGAR DOCUMENTAÇÃO |             |        |
| Competência:  | 06 / 2013             | Referência: | Mensal |

Confira os dados abaixo e clique no botão confirmar. Em seguida, voce poderá imprimir a listagem das Guias a serem entregues.

| Operadora          | Total de Guias | Total Cobrado | Total de Doc's Anexados |
|--------------------|----------------|---------------|-------------------------|
| UNIMED NOVA IGUACU | 1              | 0,01          | 0                       |
| <b>TOTAIS</b>      | <b>1</b>       | <b>0,01</b>   | <b>0</b>                |

cancelar

confirmar

Após a confirmação, é gerado o numero do protocolo:

#### Informações da Entrega de Documentação

|                     |            |
|---------------------|------------|
| <b>Prestador:</b>   | 6!         |
| <b>Competência:</b> | Jun / 2013 |

## No. PROTOCOLO ENTREGA DOCUMENTAÇÃO: 102749

Sr. Usuário: a Entrega eletrônica de documentação foi gerada com sucesso e a entrega física na Operadora está liberada.

Voce pode imprimir, agora, a listagem das Guias a serem entregues e anexar a documentação física ou poderá fazer isto, posteriormente, através da opção de Menu Consultar Entrega de Documentos.

fechar

imprimir

A opção **Imprimir** abre um arquivo pdf para a impressão "**Capa de lote**".

OBS: para visualizar a capa de lote é necessário um software leitor de arquivos PDF.

Exemplo da capa de lote.

SAUDI – Sistema de Auditoria de Contas Médicas

Operadora: 23 - UNIMED NOVA IGUACU

Prestador: -----



Data : 28/06/2013

Hora : 11:33

Protocolo no. 102749 de Entrega Documentação de SP:SADT

Competência: 06/2013

| Nº Protocolo Entrega Eletrônico | No. da Guia | Senha de Autorização | Núm. Carteira do Beneficiário | Nome do Beneficiário | Total Cobrado  | Entrada    | Saida      |
|---------------------------------|-------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------------|------------|------------|
| 6                               | 99999 - 1   |                      | 0 023                         |                      | 0,01           | 15/03/2013 | 15/03/2013 |
| <b>TOTAL DE GUIAS: 1</b>        |             |                      |                               |                      | <b>TOTAIS:</b> | 0,01       |            |

### 3.3. Digitação de Guia de Honorários Médicos

Digitando Honorário, acessar o menu **Serviços / Guias ONLINE / Digitar Guias de Honorários Médicos**

Digitar Guias de Honorários Médicos - - 17/07/2013 10:39 - [Ajuda ?](#) | [Home](#) | [Sair](#)  
Campos em  são obrigatórios  
Ajuda On Line:

Prestador:

**GUIA DE DE HONORÁRIO INDIVIDUAL** 2-No.

|                                     |                                      |                                             |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS                      | 3-Nº Guia de Solicitação / Senha     | 4-Data de Emissão da Guia                   |
| <input type="text" value="344397"/> | <input type="text" value="4184005"/> | <input type="text" value="19 / 06 / 2013"/> |

Dados do Beneficiário

|                      |                                  |                                             |
|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| 5-Número da Carteira | 6-Plano                          | 7-Validade da Carteira                      |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="EMP"/> | <input type="text" value="31 / 12 / 2014"/> |
| 8-Nome               |                                  | 9-Número Cartão Nacional de Saúde           |
| <input type="text"/> |                                  | <input type="text"/>                        |

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

|                                 |                       |                      |
|---------------------------------|-----------------------|----------------------|
| 10-Código na Operadora/CNPJ/CPF | 11-Nome do Contratado | 12-Código CNES       |
| <input type="text"/>            | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |

Dados do Contratado Executante

|                                 |                                        |                                  |                                             |                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| 13-Código na Operadora/CNPJ/CPF | 14-Nome do Contratado Executante       | 15-Código CNES                   | 16-Tipo da Acomodação Autorizada            |                                 |                      |
| <input type="text"/>            | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>             | <input type="text" value="1 - Enfermaria"/> |                                 |                      |
| 17-Grau de Participação         | 18-Nome do Profissional Executante     | 19-Conselho Profissional         | 20-Número no Conselho                       | 21-UF                           | 22-Número no CPF     |
| <input type="text" value="00"/> | <input type="text" value="CIRURGIAO"/> | <input type="text" value="CRM"/> | <input type="text"/>                        | <input type="text" value="RJ"/> | <input type="text"/> |

Procedimentos e Exames realizados

|                  | 23-Data                                     | 24-Hora Inicial      | 25-Hora Final        | 26-Tabela                       | 27-Código do Procedimento             | 28-Descrição         |
|------------------|---------------------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| <b>INSERINDO</b> | <input type="text" value="28 / 06 / 2013"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="16"/> | <input type="text" value="31004202"/> | <input type="text"/> |

35-Total Geral Honorários R\$

36-Observação:

Status Atual da Guia:  Próxime Passo:

✓ **Dados atualizados no Banco de Dados com sucesso!**

Após o preenchimento da guia no item marcado acima, escolher a opção Guia Registrada e clicar em “Confirmar”:

OBS: se ocorrer algum erro a guia permanece em construção.

Após a digitação de todas as guias, é necessário encaminhá-las à Operadora.

Acessar o menu **Serviços / Guias ONLINE / Encaminhar Guias para a Operadora**

Na tela abaixo clicar em buscar, neste momento serão exibidas todas as guias registradas, em seguida devem ser marcadas todas as guias e clicar no botão “Prosseguir”.

## Opções de Busca de Guias

| Modalidade         | Prestador            | Guias Emitidas... | Beneficiário         |
|--------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Honorários Médicos | <input type="text"/> | Todas as Guias    | <input type="text"/> |

## Relação de Guias

| <input checked="" type="checkbox"/> | Número da Guia | Data de Emissão da Guia | Guia de Solicitação / Senha | Beneficiário       |                  |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------|------------------|
|                                     |                |                         |                             | Número da Carteira | Nome             |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 9999           | 19/06/2013              | 851315075                   |                    | TESTE HONORARIOS |

Página 1 de 1

Na tela abaixo serão exibidas todas as guias marcadas, basta clicar em confirmar.

Encaminhar Guias para Operadora -

17/07/2013 12:05 - [Ajuda ?](#) | [Home](#) | [Sair](#)

Campos em  são obrigatórios

Ajuda On Line:

## Informações das guias a serem enviadas para a Operadora

| Modalidade         | Prestador | Total de Guias |
|--------------------|-----------|----------------|
| Honorários Médicos |           | 1              |

## Relação de Guias a serem enviadas para a Operadora

| Número da Guia | Data de Emissão da Guia | Senha de Autorização | Beneficiário       |                  |
|----------------|-------------------------|----------------------|--------------------|------------------|
|                |                         |                      | Número da Carteira | Nome             |
| 9999           | 19/06/2013              | 851315075            |                    | TESTE HONORARIOS |

Após a confirmação será exibida a tela com o protocolo de envio à Operadora.

## Guias enviadas para a Operadora

|                                         |                         |
|-----------------------------------------|-------------------------|
| Operadora:                              | 23 - UNIMED NOVA IGUAÇU |
| Prestador:                              |                         |
| No. do Protocolo de Entrega Eletrônica: | 5                       |
| Data do Envio:                          | 17/07/2013 às 12:35 hr. |
| Quantidade de Guias Anexadas:           | 1                       |

Em seguida é necessário montar a remessa, acessar o **menu Serviço / Documentação / Entregar Documentação na Operadora**

Na tela abaixo clicar em buscar

Neste momento serão exibidas todas as guias disponíveis, de acordo com o filtro aplicado.

Opções de busca de Guias de Internação:

|                                   |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modalidade                        | Honorários Médicos                                                                                                               |
| Prestador:                        | <input type="text"/>                                                                                                             |
| Nº Protocolo Entrega Eletrônica:  | <input type="text"/>                                                                                                             |
| Limite de Guias por Entrega:      | 25                                                                                                                               |
| Entrega acordada com a Operadora: | <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Por Classificação da Operadora <input checked="" type="radio"/> Por Operadora |
| Operadora:                        | 023 - UNIMED NOVA IGUACU (1 Guias)                                                                                               |
| Ordenar as Guias por:             | No. da Guia                                                                                                                      |

buscar

Relação de Guias disponíveis para entrega de Documentação. Marque as Guias que voce deseja efetuar a entrega e clique no botão Prosseguir

Guias marcadas: 1

|  | <input checked="" type="checkbox"/> | GED | No. Protocolo Entrega Eletrônica | No. da Guia | Senha Autorização | Nº da Carteira | Paciente         | Total Cobrado | Total de Doc's Anexados | Data de Internação |            |
|--|-------------------------------------|-----|----------------------------------|-------------|-------------------|----------------|------------------|---------------|-------------------------|--------------------|------------|
|  |                                     |     |                                  |             |                   |                |                  |               |                         | Entrada            | Saída      |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> |     | 5                                | 9999        | 851315075         |                | TESTE HONORARIOS | 0,01          | 0                       | 28/06/2013         | 28/06/2013 |

Página 1 de 1

prosseguir

Marcar todas as guias e clicar em prosequir.

Na tela abaixo, informar a competência e clicar em “Confirmar”.

Informe os dados para Entregar Documentação na Operadora

|               |                       |             |        |
|---------------|-----------------------|-------------|--------|
| Prestador:    |                       |             |        |
| Status Atual: | ENTREGAR DOCUMENTACAO |             |        |
| Competência:  | 06 / 2013             | Referência: | Mensal |

Confira os dados abaixo e clique no botão confirmar. Em seguida, voce poderá imprimir a listagem das Guias a serem entregues.

| Operadora          | Total de Guias | Total Cobrado | Total de Doc's Anexados |
|--------------------|----------------|---------------|-------------------------|
| UNIMED NOVA IGUACU | 1              | 0,01          | 0                       |
| <b>TOTAIS</b>      | <b>1</b>       | <b>0,01</b>   | <b>0</b>                |

cancelar

confirmar

Após a confirmação, é gerado o número do protocolo:

Informações da Entrega de Documentação

|              |            |
|--------------|------------|
| Prestador:   |            |
| Competência: | Jun / 2013 |

**No. PROTOCOLO ENTREGA DOCUMENTAÇÃO: 1**

Sr. Usuário: a Entrega eletrônica de documentação foi gerada com sucesso e a entrega física na Operadora está liberada.

Voce pode imprimir, agora, a listagem das Guias a serem entregues e anexar a documentação física ou poderá fazer isto, posteriormente, através da opção de Menu Consultar Entrega de Documentos.

fechar

imprimir

A opção **Imprimir** abre um arquivo pdf para a impressão "Capa de lote".

OBS: para visualizar a capa de lote é necessário um software leitor de arquivos PDF.

| SAUDI – Sistema de Auditoria de Contas Médicas                |  | Data: 17/07/2013     |                               |                      |               |            |            |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------|------------|------------|
| Operadora: 23 - UNIMED NOVA IGUAÇU                            |                                                                                    | Hora: 01:15          |                               |                      |               |            |            |
| Prestador:                                                    |                                                                                    |                      |                               |                      |               |            |            |
| Protocolo no. 1 de Entrega Documentação de Honorários Médicos |                                                                                    |                      |                               |                      |               |            |            |
| Competência: 06/2013                                          |                                                                                    |                      |                               |                      |               |            |            |
| Nº Protocolo Entrega Eletrônico                               | No. da Guia                                                                        | Senha de Autorização | Num. Carteira do Beneficiário | Nome do Beneficiário | Total Cobrado | Entrada    | Saída      |
| 5                                                             | 9999 - 1                                                                           | 851315075            | 0                             |                      | 0,01          | 28/06/2013 | 28/06/2013 |
| TOTAL DE GUIAS: 1                                             |                                                                                    |                      |                               |                      | TOTALS:       | 0,01       |            |

#### 4. Dúvidas frequentes:

##### Digitando no Voxis:

Ao selecionar a opção registrar guias, se ocorrer algum erro aparece em vermelho:

- Número da carteira do usuário: 17 dígitos
- Conselho profissional: se tiver espaço ou erro não consegue registrar.
- Código CBOS: 6 dígitos com " . ". Exemplo: 2231.44
- Tipos de tabela tuss.

No caso de dúvidas referente ao preenchimento entrar em contato com:

**Setor de Custos Assistenciais: Solange Lemos (3759-8277 ou 3759-8289)**

Envio do arquivo "cooperado" XML padrão TISS vigente:

- O código do prestador na operadora é o CRM sem o52 EX: **52447744** (errado), 447744 (correto).
- Quantidade de dígitos da carteira do usuário: 17 (Número completo da carteirinha).
- Tipo de arquivo, se o arquivo for de SADT não atualiza na Consulta.

No caso de erro aparece o motivo no momento da importação, dúvidas entre em contato com:

**Setor de TI – Alexandre Oliveira (3759-8446) ou Alex Nunes (3759-8307) e-mail:**

[voxis@novaiguacu.unimed.com.br](mailto:voxis@novaiguacu.unimed.com.br)

# PADRÃO TISS

## FORMULÁRIOS PADRONIZADOS TISS 3.0

A seguir, estão listadas as guias de cobrança de serviços, utilizadas no Padrão TISS 3.0 e suas possibilidades de vinculação com outras guias de cobrança e de solicitação de autorização do padrão.

**Unimed**   
Nova Iguaçu

Somos médicos.  
E isso faz toda a diferença.



## LEGENDA DA GUIA DE COMPROVANTE PRESENCIAL

| Termo                                                      | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia                     | Descrição                                                                                              | Condição de preenchimento                                                                      |
|------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                                               | 1                   | Registro ANS                              | Registro da operadora na ANS                                                                           | Obrigatório                                                                                    |
| Nº da guia no prestador                                    | 2                   | Nº da guia no prestador                   | Nº que identifica a guia no prestador                                                                  | Obrigatório                                                                                    |
| Código do contratado executante na operadora               | 3                   | Código na operadora                       | Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora                              | Obrigatório                                                                                    |
| Nome do contratado executante                              | 4                   | Nome do contratado                        | Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento   | Obrigatório                                                                                    |
| Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante | 5                   | Código CNES                               | Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) | Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999 |
| Nome do profissional executante                            | 6                   | Nome do profissional executante           | Nome do profissional que executou o procedimento                                                       | Condicionado, preencher quando o prestador informado no campo Nº 10 for pessoa jurídica        |
| Conselho profissional do executante                        | 7                   | Conselho Profissional                     | Código do conselho profissional do executante do procedimento                                          | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 26</b>                                                          |
| Nº do executante no conselho profissional                  | 8                   | Nº no conselho                            | Nº de registro do profissional executante no conselho profissional                                     | Obrigatório                                                                                    |
| UF do conselho do profissional executante                  | 9                   | UF                                        | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento                     | Obrigatório, preencher "33" - RJ                                                               |
| Código na Classificação Brasileira de Ocupações            | 10                  | Código CBO                                | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante                             | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 24</b>                                                          |
| Data de realização                                         | 11                  | Data do Atendimento                       | Data em que a consulta foi realizada                                                                   | Obrigatório                                                                                    |
| Nº da carteira                                             | 12                  | Nº da carteira                            | Nº da carteira do beneficiário na operadora                                                            | Obrigatório                                                                                    |
| Nome do beneficiário                                       | 13                  | Nome                                      | Nome do beneficiário                                                                                   | Obrigatório                                                                                    |
| Nº da guia principal                                       | 14                  | Nº da guia principal                      | Nº da guia principal                                                                                   | Obrigatório                                                                                    |
| Assinatura do beneficiário ou responsável                  | 15                  | Assinatura do beneficiário ou responsável | Assinatura do beneficiário ou responsável                                                              | Obrigatório                                                                                    |
| Data da assinatura do prestador contratado                 | 16                  | Data de Assinatura do Contratado          | Data da assinatura do prestador contratado                                                             | Obrigatório                                                                                    |
| Assinatura do contratado                                   | 17                  | Assinatura do contratado                  | Assinatura do prestador contratado                                                                     | Obrigatório                                                                                    |



## LEGENDA DA GUIA DE CONSULTA

| Termo                                                      | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia               | Descrição                                                                                              | Condição de preenchimento                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                                               | 1                   | Registro ANS                        | Registro da operadora na ANS                                                                           | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nº da guia no prestador                                    | 2                   | Nº da guia no prestador             | Nº que identifica a guia no prestador                                                                  | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nº da guia atribuído pela operadora                        | 3                   | Nº da guia atribuído pela operadora | Nº que identifica a guia atribuído pela operadora                                                      | Condicionado, caso a operadora atribua outro Nº à guia, independente do Nº que a identifica no prestador                                             |
| Nº da carteira                                             | 4                   | Nº da carteira                      | Nº da carteira do beneficiário na operadora                                                            | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Data de validade da carteira                               | 5                   | Validade da carteira                | Data da validade da carteira do beneficiário                                                           | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Indicador de atendimento ao recém-nato                     | 6                   | Atendimento a RN                    | Indica se o paciente é um RN que está sendo atendido no contrato do responsável                        | Obrigatório, informador "S" caso o atendimento seja do RN e o beneficiário seja o responsável e "N" quando o atendimento for do próprio beneficiário |
| Nome do beneficiário                                       | 7                   | Nome                                | Nome do beneficiário                                                                                   | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Cartão Nacional de Saúde                                   | 8                   | Cartão Nacional de Saúde            | Nº do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário                                                         | Condicionado, preencher caso o beneficiário possua o Nº do Cartão Nacional de Saúde                                                                  |
| Código do contratado executante na operadora               | 9                   | Código na operadora                 | Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora                              | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nome do contratado executante                              | 10                  | Nome do contratado                  | Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento   | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante | 11                  | Código CNES                         | Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) | Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999                                                       |
| Nome do profissional executante                            | 12                  | Nome do profissional executante     | Nome do profissional que executou o procedimento                                                       | Condicionado, preencher quando o prestador informado no campo Nº 10 for pessoa jurídica                                                              |

|                                                                         |    |                                           |                                                                                                           |                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conselho profissional do executante                                     | 13 | Conselho Profissional                     | Código do conselho profissional do executante do procedimento                                             | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 26</b>                                                                      |
| Nº do executante no conselho profissional                               | 14 | Nº no conselho                            | Nº de registro do profissional executante no conselho profissional                                        | Obrigatório                                                                                                |
| UF do conselho do profissional executante                               | 15 | UF                                        | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento                        | Obrigatório, preencher "33" - RJ                                                                           |
| Código na Classificação Brasileira de Ocupações                         | 16 | Código CBO                                | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante                                | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 24</b>                                                                      |
| Indicação de acidente ou doença relacionada                             | 17 | Indicação de Acidente                     | Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada           | Obrigatório, informa "0" = Trabalho, "1" = Trânsito, "2" = Outros ou "9" Não acidente                      |
| Data de realização                                                      | 18 | Data do Atendimento                       | Data em que o atendimento/procedimento foi realizado                                                      | Obrigatório                                                                                                |
| Tipo de consulta                                                        | 19 | Tipo de consulta                          | Código do tipo de consulta realizada                                                                      | Obrigatório, preencher "1" = Primeira Consulta, "2" = Retorno, "3" = Pré-Natal ou "4" = Por encaminhamento |
| Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado     | 20 | Tabela                                    | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 87</b>                                                                      |
| Código do procedimento realizado                                        | 21 | Código do procedimento                    | Código identificador do procedimento realizado pelo prestador                                             | Obrigatório                                                                                                |
| Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado | 22 | Valor do procedimento                     | Valor unitário do procedimento realizado                                                                  | Obrigatório                                                                                                |
| Observação/Justificativa                                                | 23 | Observação/Justificativa                  | Campo utilizado para adicionar quaisquer observações e/ou justificativas necessárias                      | Obrigatório                                                                                                |
| Assinatura do profissional executante                                   | 24 | Assinatura do profissional executante     | Assinatura do profissional que executou o procedimento                                                    | Obrigatório                                                                                                |
| Assinatura do beneficiário ou responsável                               | 25 | Assinatura do beneficiário ou responsável | Assinatura do beneficiário ou responsável                                                                 | Obrigatório                                                                                                |



## LEGENDA DA GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SP / SADT)

| Termo                               | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia               | Descrição                                                | Condição de preenchimento                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                        | 1                   | Registro ANS                        | Registro da operadora na ANS                             | Obrigatório                                                                                                                                                                                                |
| Nº da guia no prestador             | 2                   | Nº da guia no prestador             | Nº que identifica a guia no prestador                    | Obrigatório                                                                                                                                                                                                |
| Nº da guia principal                | 3                   | Nº da guia principal                | Nº da guia principal                                     | Condicionado, preencher com o Nº da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais |
| Data da autorização                 | 4                   | Data da autorização                 | Data em que a autorização foi concedida pela operadora   | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora                                                                                                                                    |
| Senha                               | 5                   | Senha                               | Senha de autorização emitida pela operadora              | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização com emissão de senha                                                                                                                              |
| Data de validade da senha           | 6                   | Data de validade da senha           | Data de validade da senha de autorização do procedimento | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização com emissão de senha                                                                                                                              |
| Nº da guia atribuído pela operadora | 7                   | Nº da guia atribuído pela operadora | Nº que identifica a guia atribuído pela operadora        | Condicionado, preencher caso a operadora atribua outro nº à guia                                                                                                                                           |
| Nº da carteira                      | 8                   | Nº da carteira                      | Nº da carteira do beneficiário na operadora              | Obrigatório                                                                                                                                                                                                |
| Data de validade da carteira        | 9                   | Validade da carteira                | Data da validade da carteira do beneficiário             | Obrigatório                                                                                                                                                                                                |
| Nome do beneficiário                | 10                  | Nome                                | Nome do beneficiário                                     | Obrigatório                                                                                                                                                                                                |
| Cartão Nacional de Saúde            | 11                  | Cartão Nacional de Saúde            | Nº do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário           | Condicionado, preencher caso o beneficiário possua o Nº do Cartão Nacional de Saúde                                                                                                                        |

|                                                                |    |                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------|----|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicador de atendimento ao recém-nato                         | 12 | Atendimento a RN                 | Indica se o paciente é um RN que está sendo atendido no contrato do responsável                                  | Obrigatório, informador "S" caso o atendimento seja do RN e o beneficiário seja o responsável e "N" quando o atendimento for do próprio beneficiário |
| Código do contratado solicitante na operadora                  | 13 | Código na operadora              | Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora                                        | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nome do contratado solicitante                                 | 14 | Nome do contratado               | Nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento                                    | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nome do profissional solicitante                               | 15 | Nome do profissional solicitante | Nome do profissional que está solicitando o procedimento                                                         | Condicionado, preencher quando o prestador informado no campo N° 14 for pessoa jurídica                                                              |
| Conselho profissional do solicitante                           | 16 | Conselho Profissional            | Código do conselho profissional do solicitante                                                                   | Obrigatório, <b>VIDE TABELA N° 26</b>                                                                                                                |
| N° do solicitante no conselho profissional                     | 17 | N° no conselho                   | N° de registro do profissional solicitante no conselho profissional                                              | Obrigatório                                                                                                                                          |
| UF do conselho do profissional solicitante                     | 18 | UF                               | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante                                              | Obrigatório, preencher "33" - RJ                                                                                                                     |
| Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante | 19 | Código CBO                       | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial | Obrigatório, <b>VIDE TABELA N° 24</b>                                                                                                                |
| Assinatura do profissional solicitante                         | 20 | Assinatura do Solicitante        | Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação                                                        | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Caráter do atendimento                                         | 21 | Caráter do atendimento           | Código do caráter do atendimento                                                                                 | Obrigatório, informar "1" para "eletivo" e "2" para "Urgência/Emergência"                                                                            |
| Data da solicitação                                            | 22 | Data da solicitação              | Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais                                   | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Indicação clínica                                              | 23 | Indicação clínica                | Indicação clínica embasando a solicitação                                                                        | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Tabela de referência do procedimento                           | 24 | Tabela                           | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos                                                     | Obrigatório, <b>VIDE TABELA N° 87</b>                                                                                                                |
| Código do procedimento solicitado                              | 25 | Código do procedimento           | Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador                                                   | Obrigatório                                                                                                                                          |

|                                                            |    |                                       |                                                                                                        |                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descrição do procedimento solicitado                       | 26 | Descrição                             | Descrição do procedimento solicitado pelo prestador                                                    | Obrigatório                                                                                                                                    |
| Quantidade solicitada do procedimento                      | 27 | Qtde Solic                            | Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador                                                   | Obrigatório                                                                                                                                    |
| Quantidade autorizada do procedimento                      | 28 | Qtde Aut                              | Quantidade do procedimento autorizada pela operadora                                                   | Obrigatório                                                                                                                                    |
| Código do contratado executante na operadora               | 29 | Código na operadora                   | Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora                              | Obrigatório                                                                                                                                    |
| Nome do contratado executante                              | 30 | Nome do contratado                    | Nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento                                  | Obrigatório                                                                                                                                    |
| Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante | 31 | Código CNES                           | Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) | Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999                                                 |
| Tipo de atendimento                                        | 32 | Tipo de Atendimento                   | Código do tipo de atendimento                                                                          | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 50</b>                                                                                                          |
| Indicação de acidente ou doença relacionada                | 33 | Indicação de Acidente                 | Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada        | Obrigatório, informa "0" = Trabalho, "1" = Trânsito, "2" = Outros ou "9" Não acidente                                                          |
| Tipo de consulta                                           | 34 | Tipo de consulta                      | Código do tipo de consulta realizada                                                                   | Condicionado, caso o campo Nº 32 for consultado. Preencher "1" = Primeira Consulta, "2" = Retorno, "3" = Pré-Natal ou "4" = Por encaminhamento |
| Motivo de Encerramento                                     | 35 | Motivo de Encerramento do Atendimento | Código do motivo de encerramento do atendimento                                                        | Condicionado, preenchido em caso de óbito, <b>VIDE TABELA Nº 39</b>                                                                            |
| Data de realização                                         | 36 | Data                                  | Data em que o atendimento foi realizado                                                                | Obrigatório                                                                                                                                    |
| Hora inicial da realização do procedimento                 | 37 | Hora Inicial                          | Horário inicial da realização do procedimento                                                          | Condicionado, preenchido quando houver atendimento de urgência/emergência                                                                      |
| Hora final da realização do procedimento                   | 38 | Hora Final                            | Horário final da realização do procedimento                                                            | Condicionado, preenchido quando houver atendimento de urgência/emergência                                                                      |
| Tabela de referência do procedimento                       | 39 | Tabela                                | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados                                | Condicionado, preencher quando houver procedimento realizado sendo informado, <b>VIDE TABELA Nº 87</b>                                         |

|                                                    |    |                        |                                                                          |                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------|----|------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código do procedimento realizado                   | 40 | Código do Procedimento | Código identificador do procedimento realizado pelo prestador            | Condicionado, preencher quando houver procedimento realizado sendo informado                                                                                   |
| Descrição do procedimento realizado                | 41 | Descrição              | Descrição do procedimento realizado                                      | Condicionado, preencher quando houver procedimento realizado sendo informado                                                                                   |
| Quantidade de procedimentos realizados             | 42 | Qtde                   | Quantidade realizada do procedimento                                     | Condicionado, preencher quando houver procedimento realizado sendo informado                                                                                   |
| Via de acesso                                      | 43 | Via                    | Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento        | Preencher "1" - Via única (100%), "2" - Mesma via (50%) ou "3" - Diferentes vias (70%)                                                                         |
| Técnica utilizada para o procedimento              | 44 | Téc                    | Código da técnica utilizada para realização do procedimento              | Condicionado, preencher quando houver procedimento preencher "1" - Convencional, "2" - Vídeo ou "3" - Robótica                                                 |
| Fator de redução ou acréscimo                      | 45 | Fator Red / Acrésc     | Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado    | Obrigatório, quando não houver Red / Acrésc preencher campo com 1,00                                                                                           |
| Valor unitário do procedimento realizado           | 46 | Valor Unitário         | Valor unitário do procedimento realizado                                 | Obrigatório                                                                                                                                                    |
| Valor total por procedimento realizado             | 47 | Valor Total            | Valor total do procedimento realizado                                    | Obrigatório                                                                                                                                                    |
| Sequencial de referência do procedimento realizado | 48 | Seq. Ref               | Nº sequencial referência do procedimento do qual profissional participou | Condicionado, preencher na contingência em papel com o Nº de referência do procedimento (Nº da linha) a que se refere a participação do profissional da equipe |
| Grau de participação do profissional               | 49 | Grau Part              | Grau de participação do profissional na realização do procedimento       | Condicionado, preencher quando houver honorários relativos aos procedimentos realizados, <b>VIDE TABELA Nº 35</b>                                              |
| Código do contratado executante na operadora       | 50 | Código na Operadora    | Código na Operadora do profissional que executou o procedimento          | Condicionado, preencher quando houver honorários relativos aos procedimentos                                                                                   |
| Nome do profissional executante                    | 51 | Nome do profissional   | Nome do profissional que executou o procedimento                         | Condicionado, preencher quando houver honorários relativos aos procedimentos                                                                                   |

|                                                               |    |                                              |                                                                                            |                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome do profissional executante                               | 51 | Nome do profissional                         | Nome do profissional que executou o procedimento                                           | Condicionado, preencher quando houver honorários relativos aos procedimentos                                                                  |
| Conselho profissional do executante                           | 52 | Conselho Profissional                        | Código do conselho do profissional que executou o procedimento                             | Condicionado, preencher quando houver honorários relativos aos procedimentos, <b>VIDE TABELA N° 26</b>                                        |
| N° do executante no conselho profissional                     | 53 | N° no conselho                               | N° de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional executante              | Condicionado, preencher quando houver honorários relativos aos procedimentos                                                                  |
| UF do conselho do profissional executante                     | 54 | UF                                           | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento         | Condicionado, preencher quando houver honorários relativos aos procedimentos, preencher <b>"33" - RJ</b>                                      |
| Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante | 55 | Código CBO                                   | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento | Condicionado, deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados, <b>VIDE TABELA N° 24</b> |
| Data de realização                                            | 56 | Data de realização de procedimentos em série | Data em que o atendimento/procedimento foi realizado                                       | Condicionado, deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados                                                                  |
| Assinatura do beneficiário ou responsável                     | 57 | Assinatura do beneficiário ou responsável    | Assinatura do beneficiário ou responsável                                                  | Obrigatório                                                                                                                                   |
| Observação / Justificativa                                    | 58 | Observação /Justificativa                    | Campo utilizado para adicionar quaisquer observações e/ou justificativas necessárias       | Obrigatório                                                                                                                                   |
| Valor total de procedimentos                                  | 59 | Total de Procedimentos                       | Valor total de todos os procedimentos realizados                                           | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado                                                                              |
| Valor total de taxas e aluguéis                               | 60 | Total de Taxas Diversas e Aluguéis           | Valor total das taxas diversas e aluguéis                                                  | Condicionado, deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados                                                                          |
| Valor total de materiais                                      | 61 | Total de Materiais                           | Valor total dos materiais                                                                  | Condicionado, deve ser preenchido caso haja material cobrado                                                                                  |
| Valor total de OPME                                           | 62 | Total de OPME                                | Valor total das OPME's, considerando o valor unitário e quantidade de cada material        | Condicionado, deve ser preenchido caso haja OPME's cobrados                                                                                   |

|                                            |    |                                            |                                                                     |                                                                       |
|--------------------------------------------|----|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Valor total de medicamentos                | 63 | Total de Medicamentos                      | Valor total dos medicamentos                                        | Condicionado, deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado       |
| Valor total de gases medicinais            | 64 | Total Gases Medicinais                     | Valor total dos gases medicinais                                    | Condicionado, deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados |
| Valor do total geral                       | 65 | Total Geral                                | Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados    | Obrigatório                                                           |
| Assinatura do responsável pela autorização | 66 | Assinatura do responsável pela Autorização | Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora | Obrigatório                                                           |
| Assinatura do beneficiário ou responsável  | 67 | Assinatura do Beneficiário ou Responsável  | Assinatura do beneficiário ou responsável                           | Obrigatório                                                           |
| Assinatura do contratado                   | 68 | Assinatura do contratado                   | Assinatura do prestador contratado                                  | Obrigatório                                                           |

## 4. GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Utilizada para solicitação de autorização de internação em regime hospitalar e hospital-dia. É a guia que deve ser referenciada pela guia de Resumo de Internação, pela guia Honorário Individual e anexo de solicitação de OPME, anexo de solicitação de quimioterapia e anexo de solicitação de radioterapia.

|                                                                                   |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|  |                             | <b>GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO</b>    |                                          | 2- Nº Guia no Prestador <b>12345678901234567890</b> |                                                             |
| 1 - Registro ANS                                                                  |                             | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |                                          |                                                     |                                                             |
| 4 - Data da Autorização                                                           |                             | 5 - Senha                                   |                                          | 6 - Data de Validade da Senha                       |                                                             |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                      |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 7 - Número da Carteira                                                            |                             |                                             | 8 - Validade da Carteira                 |                                                     | 9 - Atendimento de RN                                       |
| 10 - Nome                                                                         |                             |                                             |                                          | 11 - Cartão Nacional de Saúde                       |                                                             |
| <b>Dados do Contratado Solicitante</b>                                            |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 12 - Código na Operadora                                                          |                             |                                             | 13 - Nome do Contratado                  |                                                     |                                                             |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante                                             |                             | 15 - Conselho Profissional                  | 16 - Número no Conselho                  |                                                     | 17 - UF                                                     |
|                                                                                   |                             |                                             |                                          |                                                     | 18 - Código CBO                                             |
| <b>Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação</b>                  |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ                                                   |                             | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado      |                                          |                                                     | 21 - Data sugerida para internação                          |
| 22 - Caráter do Atendimento                                                       | 23 - Tipo de Internação     | 24 - Regime de Internação                   | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas           | 26 - Previsão de uso de OPME                        | 27 - Previsão de uso de quimioterápico                      |
| 28 - Indicação Clínica                                                            |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| <b>Hipóteses Diagnósticas</b>                                                     |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 29 - CID 10 Principal                                                             |                             | 30 - CID 10 (2)                             | 31 - CID 10 (3)                          | 32 - CID 10 (4)                                     | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |
| <b>Procedimentos Solicitados</b>                                                  |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 34 - Tabela                                                                       | 35 - Código do Procedimento |                                             | 36 - Descrição                           |                                                     | 37 - Qtde Solic                                             |
|                                                                                   |                             |                                             |                                          |                                                     | 38 - Qtde Aut                                               |
| 01-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 02-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 03-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 04-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 05-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 06-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 07-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 08-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 09-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 10-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 11-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 12-                                                                               |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| <b>Dados da Autorização</b>                                                       |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar                                         |                             | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas              |                                          | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada                  |                                                             |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado                                        |                             |                                             | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado |                                                     | 44 - Código CNES                                            |
| 45 - Observação / Justificativa                                                   |                             |                                             |                                          |                                                     |                                                             |
| 46 - Data da Solicitação                                                          |                             | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante |                                          | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável      | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização             |

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

## LEGENDA DA GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

| Termo                                         | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia               | Descrição                                                                       | Condição de preenchimento                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                                  | 1                   | Registro ANS                        | Registro da operadora na ANS                                                    | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nº da guia no prestador                       | 2                   | Nº da guia no prestador             | Nº que identifica a guia no prestador                                           | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nº da guia atribuído pela operadora           | 3                   | Nº da guia atribuído pela operadora | Nº que identifica a guia atribuído pela operadora                               | Condicionado, preencher caso a operadora atribua outro nº à guia                                                                                     |
| Data da autorização                           | 4                   | Data da autorização                 | Data em que a autorização foi concedida pela operadora                          | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Senha                                         | 5                   | Senha                               | Senha de autorização emitida pela operadora                                     | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Data de validade da senha                     | 6                   | Data de validade da senha           | Data de validade da senha de autorização do procedimento                        | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização com emissão de senha                                                                        |
| Nº da carteira                                | 7                   | Nº da carteira                      | Nº da carteira do beneficiário na operadora                                     | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Data de validade da carteira                  | 8                   | Validade da carteira                | Data da validade da carteira do beneficiário                                    | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Indicador de atendimento ao recém-nato        | 9                   | Atendimento a RN                    | Indica se o paciente é um RN que está sendo atendido no contrato do responsável | Obrigatório, informador "S" caso o atendimento seja do RN e o beneficiário seja o responsável e "N" quando o atendimento for do próprio beneficiário |
| Nome do beneficiário                          | 10                  | Nome                                | Nome do beneficiário                                                            | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Cartão Nacional de Saúde                      | 11                  | Cartão Nacional de Saúde            | Nº do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário                                  | Condicionado, preencher caso o beneficiário possua o Nº do Cartão Nacional de Saúde                                                                  |
| Código do contratado solicitante na operadora | 12                  | Código na operadora                 | Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora       | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nome do contratado solicitante                | 13                  | Nome do contratado                  | Nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento   | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nome do profissional solicitante              | 14                  | Nome do profissional solicitante    | Nome do profissional que está solicitando o procedimento                        | Condicionado, preencher quando o prestador informado no campo Nº 14 for pessoa jurídica                                                              |
| Conselho profissional do solicitante          | 15                  | Conselho Profissional               | Código do conselho profissional do solicitante                                  | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 26</b>                                                                                                                |
| Nº do solicitante no conselho profissional    | 16                  | Nº no conselho                      | Nº de registro do profissional solicitante no conselho profissional             | Obrigatório                                                                                                                                          |
| UF do conselho do profissional solicitante    | 17                  | UF                                  | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante             | Obrigatório, preencher <b>"33" - RJ</b>                                                                                                              |

|                                                                |    |                                   |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante | 18 | Código CBO                        | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 24</b>                                                                                                                               |
| Código do contratado solicitado na operadora                   | 19 | Código na operadora               | Código do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário                                      | Obrigatório                                                                                                                                                         |
| Nome do hospital / local solicitado                            | 20 | Nome do hospital / local          | Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário                            | Obrigatório                                                                                                                                                         |
| Data sugerida para internação                                  | 21 | Data sugerida para internação     | Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente                                | Obrigatório                                                                                                                                                         |
| Caráter do atendimento                                         | 22 | Caráter do atendimento            | Código do caráter do atendimento                                                                                 | Obrigatório, informar "1" para "eletivo" e "2" para "Urgência/Emergência"                                                                                           |
| Tipo de internação                                             | 23 | Tipo de internação                | Código do tipo de internação                                                                                     | Obrigatório, preencher "1" - Clínica, "2" - Cirúrgica, "3" - Obstétrica, "4" - Pediátrica ou "5" - Psiquiátrica                                                     |
| Regime de internação                                           | 24 | Regime de internação              | Código regime de internação                                                                                      | Obrigatório, preencher "1" - Hospitalar, "2" - Hospital-Dia ou "3" - Domiciliar                                                                                     |
| Quantidade de diárias solicitadas                              | 25 | Quantidade de diárias solicitadas | Número de dias de internação solicitadas pelo prestador                                                          | Obrigatório                                                                                                                                                         |
| Indicador de previsão de uso de OPME                           | 26 | Previsão de uso de OPME           | Indica se há previsão de utilização de OPME na internação                                                        | Obrigatório, informar "S" - caso haja previsão de utilização de OPME durante a internação e "N" - caso não haja previsão de uso de OPME                             |
| Indicador de previsão de uso de quimioterápico                 | 27 | Previsão de uso de quimioterápico | Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação                                  | Obrigatório, informar "S" - caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento |
| Indicação clínica                                              | 28 | Indicação clínica                 | Indicação clínica do profissional embasando a solicitação                                                        | Obrigatório                                                                                                                                                         |
| Diagnóstico principal                                          | 29 | CID10 Principal                   | Código do diagnóstico principal de acordo com a CID - 10ª revisão                                                | Opcional                                                                                                                                                            |
| Diagnóstico secundário                                         | 30 | CID10 (2)                         | Código do diagnóstico secundário de acordo com a CID - 10ª revisão                                               | Opcional                                                                                                                                                            |

|                                              |    |                                      |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------|----|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Terceiro diagnóstico                         | 31 | CID10 (3)                            | Código do terceiro diagnóstico de acordo com a CID - 10ª revisão                              | Opcional                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Quarto diagnóstico                           | 32 | CID10 (4)                            | Código do quarto diagnóstico de acordo com a CID - 10ª revisão                                | Opcional                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Indicação de acidente ou doença relacionada  | 33 | Indicação de Acidente                | Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada | Obrigatório, informa "0" = Trabalho, "1" = Trânsito, "2" = Outros e "9" Não acidente                                                                                                                                                                                                |
| Tabela de referência do procedimento         | 34 | Tabela                               | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos                                  | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 87</b>                                                                                                                                                                                                                                               |
| Código do procedimento solicitado            | 35 | Código do procedimento               | Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador                                | Obrigatório                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Descrição do procedimento solicitado         | 36 | Descrição                            | Descrição do procedimento solicitado pelo prestador                                           | Obrigatório                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Quantidade solicitada do procedimento        | 37 | Qtde Solic                           | Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador                                          | Obrigatório                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Quantidade autorizada do procedimento        | 38 | Qtde Aut                             | Quantidade do procedimento autorizada pela operadora                                          | Obrigatório, preencher com zero caso a operadora não autorize                                                                                                                                                                                                                       |
| Data provável da admissão hospitalar         | 39 | Data provável da admissão hospitalar | Data provável da admissão do paciente no hospital                                             | Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora                                                                                                                                                                                                              |
| Quantidade de diárias autorizadas            | 40 | Qtde diárias autorizadas             | Número de dias de internação autorizados pela operadora                                       | Condicional, preencher em caso de autorização pela operadora                                                                                                                                                                                                                        |
| Tipo da acomodação autorizada                | 41 | Tipo da acomodação autorizada        | Código do tipo da acomodação autorizada                                                       | Condicional, preencher em caso de autorização pela operadora com:<br>"33" - Enfermaria,<br>"12" - Apartamento,<br>"21" - Berçário,<br>"27" - Dayclinic Apartamento,<br>"28" - Dayclinic Enfermaria,<br>"51" - UTI Adulto,<br>"52" - UTI Infantil/Pediátrica,<br>"53" - UTI Neonatal |
| Código do contratado autorizado na operadora | 42 | Código na operadora                  | Código identificador do prestador autorizado junto a operadora                                | Condicional, preencher em caso de autorização pela operadora                                                                                                                                                                                                                        |
| Nome do hospital / local autorizado          | 43 | Nome do hospital / local autorizado  | Nome do prestador para onde foi autorizada a internação                                       | Condicional, preencher em caso de autorização pela operadora                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                            |    |                                            |                                                                                                                 |                                                                                                |
|------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante | 44 | Código CNES                                | Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)          | Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999 |
| Observação / Justificativa                                 | 45 | Observação / Justificativa                 | Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário | Opcional                                                                                       |
| Data da solicitação                                        | 46 | Data da solicitação                        | Data em que o profissional solicitando os procedimentos                                                         | Obrigatório                                                                                    |
| Assinatura do profissional solicitante                     | 47 | Assinatura do profissional solicitante     | Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação                                                       | Obrigatório                                                                                    |
| Assinatura do beneficiário ou responsável                  | 48 | Assinatura do Beneficiário ou Responsável  | Assinatura do beneficiário ou responsável                                                                       | Obrigatório                                                                                    |
| Assinatura do responsável pela autorização                 | 49 | Assinatura do responsável pela autorização | Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora                                             | Obrigatório                                                                                    |



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

| Termo                                                          | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia                   | Descrição                                                                                                        | Condição de preenchimento                                                            |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                                                   | 1                   | Registro ANS                            | Registro da operadora na ANS                                                                                     | Obrigatório                                                                          |
| Nº da guia no prestador                                        | 2                   | Nº da guia no prestador                 | Nº que identifica a guia no prestador                                                                            | Obrigatório                                                                          |
| Nº da guia de solicitação de internação                        | 3                   | Nº da guia de solicitação de internação | Nº da guia inicial de solicitação de internação                                                                  | Obrigatório                                                                          |
| Data da autorização                                            | 4                   | Data da autorização                     | Data em que a autorização foi concedida pela operadora                                                           | Obrigatório                                                                          |
| Senha                                                          | 5                   | Senha                                   | Senha de autorização emitida pela operadora                                                                      | Obrigatório                                                                          |
| Nº da guia atribuído pela operadora                            | 6                   | Nº da guia atribuído pela operadora     | Nº que identifica a guia atribuído pela operadora                                                                | Condicional, preencher caso a operadora atribua outro nº à guia                      |
| Nº da carteira                                                 | 7                   | Nº da carteira                          | Nº da carteira do beneficiário na operadora                                                                      | Obrigatório                                                                          |
| Nome do beneficiário                                           | 8                   | Nome                                    | Nome do beneficiário                                                                                             | Obrigatório                                                                          |
| Código do contratado solicitante na Operadora                  | 9                   | Código na operadora                     | Código identificador do prestador solicitante junto a operadora                                                  | Obrigatório                                                                          |
| Nome do contratado solicitante                                 | 10                  | Nome do contratado                      | Nome do prestador que está solicitando o procedimento                                                            | Obrigatório                                                                          |
| Nome do profissional solicitante                               | 11                  | Nome do profissional solicitante        | Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação                                            | Condicional, preencher quando contratado referido no campo Nº 10 for pessoa jurídica |
| Conselho profissional do solicitante                           | 12                  | Conselho Profissional                   | Código do conselho profissional do solicitante do procedimento                                                   | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 26</b>                                                |
| Nº do solicitante no conselho profissional                     | 13                  | Nº no conselho                          | Nº de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional                                   | Obrigatório                                                                          |
| UF do conselho do profissional solicitante                     | 14                  | UF                                      | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante                                              | Obrigatório, preencher <b>"33" - RJ</b>                                              |
| Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante | 15                  | Código CBO                              | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 24</b>                                                |

|                                                 |    |                                      |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------|----|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quantidade de diárias adicionais solicitadas    | 16 | Qtde. diárias adicionais solicitadas | Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas                | Condicionado, preencher no caso de solicitação de aumento do N° de diárias                                                                                                                                                                                                                                            |
| Tipo da acomodação solicitada                   | 17 | Tipo da acomodação solicitada        | Código do tipo da acomodação solicitada                                   | Condicionado, preencher no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação como:<br>"33" - Enfermaria,<br>"12" - Apartamento,<br>"21" - Berçário,<br>"27" -Dayclinic Apartamento,<br>"28" - Dayclinic Enfermaria,<br>"51" - UTI Adulto,<br>"52" -UTI Infantil/Pediátrica,<br>"53" - UTI Neonatal |
| Indicação clínica                               | 18 | Indicação clínica                    | Indicação clínica embasando a solicitação                                 | Obrigatório                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Tabela de referência do procedimento solicitado | 19 | Tabela                               | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos              | Condicionado, preencher caso haja procedimentos adicionais, <b>VIDE TABELA N° 87</b>                                                                                                                                                                                                                                  |
| Código do procedimento solicitado               | 20 | Código do Procedimento               | Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador            | Condicionado, preencher caso haja procedimentos adicionais                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Descrição do procedimento solicitado            | 21 | Descrição                            | Descrição do procedimento solicitado pelo prestador                       | Condicionado, preencher caso haja procedimentos adicionais                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Quantidade solicitada do procedimento           | 22 | Qtde solicitada                      | Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador                      | Condicionado, preencher caso haja procedimentos adicionais                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Quantidade autorizada do procedimento           | 23 | Qtde Autorizada                      | Quantidade autorizada pela operadora de um mesmo procedimento             | Condicionado, preencher caso haja procedimentos adicionais                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Quantidade de diárias adicionais autorizadas    | 24 | Qtde. diárias adicionais autorizadas | Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora | Condicionado, preencher sempre que campo N° 16 for preenchido pelo prestador                                                                                                                                                                                                                                          |
| Tipo da acomodação autorizada                   | 25 | Tipo da acomodação autorizada        | Código do tipo da acomodação autorizada                                   | Condicionado, preencher sempre que campo N° 17 for preenchido pelo prestador como:<br>"33" - Enfermaria,<br>"12" - Apartamento,<br>"21" - Berçário,<br>"27" -Dayclinic Apartamento,<br>"28" - Dayclinic Enfermaria,<br>"51" - UTI Adulto,<br>"52" -UTI Infantil/Pediátrica,<br>"53" - UTI Neonatal                    |

|                                                                |    |                                            |                                                                                                                 |                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação | 26 | Justificativa da Operadora                 | Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.                                    | Condicionado, preencher sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação |
| Observação / Justificativa                                     | 27 | Observação/Justificativa                   | Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário | Opcional                                                                                                     |
| Data da solicitação                                            | 28 | Data da solicitação                        | Data em que está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento                                      | Obrigatório                                                                                                  |
| Assinatura do profissional solicitante                         | 29 | Assinatura do profissional solicitante     | Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação                                                       | Obrigatório                                                                                                  |
| Assinatura do responsável pela autorização                     | 30 | Assinatura do responsável pela autorização | Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora                                             | Obrigatório                                                                                                  |



## LEGENDA DA GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

| Termo                                        | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia                   | Descrição                                                                       | Condição de preenchimento                                                                                                                            |
|----------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                                 | 1                   | Registro ANS                            | Registro da operadora na ANS                                                    | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nº da guia no prestador                      | 2                   | Nº da guia no prestador                 | Nº que identifica a guia no prestador                                           | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nº da guia de solicitação de internação      | 3                   | Nº da guia de solicitação de internação | Nº da guia inicial de solicitação de internação                                 | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Data da autorização                          | 4                   | Data da autorização                     | Data em que a autorização foi concedida pela operadora                          | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Senha                                        | 5                   | Senha                                   | Senha de autorização emitida pela operadora                                     | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Data de validade da senha                    | 6                   | Data de validade da senha               | Data de validade da senha de autorização do procedimento                        | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nº da guia atribuído pela operadora          | 7                   | Nº da guia atribuído pela operadora     | Nº que identifica a guia atribuído pela operadora                               | Condicionado, preencher caso a operadora atribua outro nº à guia                                                                                     |
| Nº da carteira                               | 8                   | Nº da carteira                          | Nº da carteira do beneficiário na operadora                                     | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Data de validade da carteira                 | 9                   | Validade da carteira                    | Data da validade da carteira do beneficiário                                    | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nome do beneficiário                         | 10                  | Nome                                    | Nome do beneficiário                                                            | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Cartão Nacional de Saúde                     | 11                  | Cartão Nacional de Saúde                | Nº do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário                                  | Condicionado, preencher caso o beneficiário possua o Nº do Cartão Nacional de Saúde                                                                  |
| Indicador de atendimento ao RN               | 12                  | Atendimento a RN                        | Indica se o paciente é um RN que está sendo atendido no contrato do responsável | Obrigatório, informador "S" caso o atendimento seja do RN e o beneficiário seja o responsável e "N" quando o atendimento for do próprio beneficiário |
| Código do contratado executante na operadora | 13                  | Código na operadora                     | Código na operadora do prestador contratado que executou o procedimento         | Obrigatório                                                                                                                                          |

|                                                            |    |                               |                                                                                                        |                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------|----|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome do contratado executante                              | 14 | Nome do contratado            | Nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento                                  | Obrigatório                                                                                                                                                      |
| Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante | 15 | Código CNES                   | Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) | Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999                                                                    |
| Caráter do atendimento                                     | 16 | Caráter do atendimento        | Código do caráter do atendimento                                                                       | Obrigatório, informar "1" para "eletivo" e "2" para "Urgência/Emergência"                                                                                        |
| Tipo de faturamento                                        | 17 | Tipo de faturamento           | Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia                                                   | Obrigatório                                                                                                                                                      |
| Data do início do faturamento                              | 18 | Data do início do faturamento | Data do início do faturamento apresentado nesta guia.                                                  | Obrigatório, quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada |
| Hora do início do faturamento                              | 19 | Hora do início do faturamento | Hora do início do faturamento apresentado nesta guia                                                   | Obrigatório, quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do início do faturamento da guia que está sendo complementada |
| Data do fim do faturamento                                 | 20 | Data do fim do faturamento    | Data final do faturamento apresentado nesta guia                                                       | Obrigatório, quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do final do faturamento da guia que está sendo complementada  |
| Hora do fim do faturamento                                 | 21 | Hora do fim do faturamento    | Hora do final do faturamento apresentado nesta guia                                                    | Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do final do faturamento da guia que está sendo complementada  |
| Tipo de internação                                         | 22 | Tipo de internação            | Código do tipo de internação                                                                           | Obrigatório, preencher "1" - Clínica, "2" - Cirúrgica, "3" - Obstétrica, "4" - Pediátrica ou "5" - Psiquiátrica                                                  |

|                                             |    |                                      |                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------|----|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Regime de internação                        | 23 | Regime de internação                 | Código regime de internação                                                                   | Obrigatório, preencher "1" - Hospitalar, "2" - Hospital-Dia ou "3" - Domiciliar                                                                                                           |
| Diagnóstico principal                       | 24 | CID10 Principal                      | Código do diagnóstico principal de acordo com a CID - 10ª revisão                             | Opcional                                                                                                                                                                                  |
| Diagnóstico secundário                      | 25 | CID10 (2)                            | Código do diagnóstico secundário de acordo com a CID - 10ª revisão                            | Opcional                                                                                                                                                                                  |
| Terceiro diagnóstico                        | 26 | CID10 (3)                            | Código do terceiro diagnóstico de acordo com a CID - 10ª revisão                              | Opcional                                                                                                                                                                                  |
| Quarto diagnóstico                          | 27 | CID10 (4)                            | Código do quarto diagnóstico de acordo com a CID - 10ª revisão                                | Opcional                                                                                                                                                                                  |
| Indicação de acidente ou doença relacionada | 28 | Indicação de Acidente                | Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada | Obrigatório, informa "0" = Trabalho, "1" = Trânsito, "2" = Outros e "9" Não acidente                                                                                                      |
| Motivo de encerramento                      | 29 | Motivo de encerramento da internação | Código do motivo de encerramento da internação                                                | Obrigatório                                                                                                                                                                               |
| Nº da Declaração de Nascido Vivo            | 30 | Nº da Declaração de Nascido Vivo     | Nº da declaração de nascido vivo                                                              | Condicionado, preencher caso tenha havido nascido vivo                                                                                                                                    |
| Diagnóstico de óbito                        | 31 | CID10 Óbito                          | Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a CID - 10ª revisão                  | Opcional                                                                                                                                                                                  |
| Nº da Declaração de Óbito                   | 32 | Nº da Declaração de Óbito            | Nº da declaração de óbito                                                                     | Condicionado, preencher quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 ou quando for óbito do RN na guia da mãe                                                                   |
| Indicador de declaração de óbito de RN      | 33 | Indicador DO de RN                   | Indica se a declaração de óbito é do RN durante a internação da mãe                           | Condicionado, preencher quando o campo Nº 32 for preenchido. Preencher com "S" caso a declaração de óbito informada seja do RN e com "N" caso a declaração de óbito informada seja da mãe |
| Data de realização                          | 34 | Data                                 | Data em que o atendimento foi realizado                                                       | Obrigatório                                                                                                                                                                               |

|                                                    |    |                        |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------|----|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hora inicial da realização do procedimento         | 35 | Hora Inicial           | Horário inicial da realização do procedimento                                                                                                    | Condicionado, preencher quando ocorrer em situações de urgência/emergência                                                                           |
| Hora final da realização do procedimento           | 36 | Hora Final             | Horário inicial da realização do procedimento                                                                                                    | Condicionado, preencher quando ocorrer em situações de urgência/emergência                                                                           |
| Tabela de referência do procedimento               | 37 | Tabela                 | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados                                                                          | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 87</b>                                                                                                                |
| Código do procedimento realizado                   | 38 | Código do Procedimento | Código identificador do procedimento realizado pelo prestador                                                                                    | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Descrição do procedimento realizado                | 39 | Descrição              | Descrição do procedimento realizado                                                                                                              | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Quantidade de procedimentos realizados             | 40 | Qtde                   | Quantidade realizada do procedimento                                                                                                             | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Via de acesso                                      | 41 | Via                    | Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento                                                                                | Preencher "1" - Via única (100%), "2" - Mesma via (50%) ou "3" - Diferentes vias (70%)                                                               |
| Técnica utilizada para realização do procedimento  | 42 | Téc                    | Código da técnica utilizada para realização do procedimento                                                                                      | Condicionado, preencher quando houver procedimento preencher "1" - Convencional, "2" - Vídeo ou "3" - Robótica                                       |
| Fator de redução ou acréscimo                      | 43 | Fator Red / Acrésc     | Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado                                                                            | Obrigatório, quando não houver Red / Acrésc preencher campo com 1,00                                                                                 |
| Valor unitário do procedimento realizado           | 44 | Valor Unitário         | Valor unitário do procedimento realizado                                                                                                         | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Valor total por procedimento realizado             | 45 | Valor Total            | Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Sequencial de referência do procedimento realizado | 46 | Seq. Ref               | Nº sequencial referência do procedimento realizado do qual o profissional participou                                                             | Condicionado, preencher na contingência em papel com o Nº de referência do procedimento (Nº da linha) a que se refere a participação do profissional |

|                                                                |    |                           |                                                                                                                  |                                                              |
|----------------------------------------------------------------|----|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Grau de participação do profissional                           | 47 | Grau Part                 | Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço                                             | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 35</b>                        |
| Código do contratado executante na operadora                   | 48 | Código na Operadora       | Código na Operadora do profissional participante da equipe do procedimento                                       | Obrigatório                                                  |
| Nome do profissional executante                                | 49 | Nome do profissional      | Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento                                          | Obrigatório                                                  |
| Conselho profissional do executante                            | 50 | Conselho Profissional     | Código do conselho profissional do executante do procedimento                                                    | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 26</b>                        |
| Nº do executante no conselho profissional                      | 51 | Nº no conselho            | Nº de registro no respectivo Conselho Profissional                                                               | Obrigatório                                                  |
| UF do conselho do profissional executante                      | 52 | UF                        | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional executante do procedimento                                  | Obrigatório, preencher <b>"33" - RJ</b>                      |
| Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante | 19 | Código CBO                | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 24</b>                        |
| Valor total de procedimentos                                   | 54 | Total de Procedimentos    | Valor total de todos os procedimentos realizados                                                                 | Obrigatório                                                  |
| Valor total de diárias                                         | 55 | Total de Diárias          | Valor total, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas                              | Condicionado, preencher caso haja diárias cobradas           |
| Valor total de taxas e aluguéis                                | 56 | Total de Taxas e Aluguéis | Valor total, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados                                      | Condicionado, preencher caso haja taxas ou aluguéis cobrados |
| Valor total de materiais                                       | 57 | Total de Materiais        | Valor total, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada                             | Condicionado, preencher caso haja material cobrado           |
| Valor total de OPME                                            | 58 | Total de OPME             | Valor total, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado                                 | Condicionado, preencher caso haja OPME cobrado               |

|                                            |    |                                           |                                                                                                                 |                                                                                |
|--------------------------------------------|----|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Valor total de medicamentos                | 59 | Total de Medicamentos                     | Valor total, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado                         | Condicionado, preencher caso haja medicamento cobrado                          |
| Valor total de gases medicinais            | 60 | Total Gases Medicinais                    | Valor total, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados                          | Condicionado, preencher caso haja gases medicinais cobrados                    |
| Valor do total geral                       | 61 | Total Geral                               | Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados utilizados                                     | Obrigatório                                                                    |
| Data da assinatura do prestador contratado | 62 | Data da assinatura do contratado          | Data da assinatura do prestador contratado                                                                      | Obrigatório                                                                    |
| Assinatura do contratado                   | 63 | Assinatura do contratado                  | Assinatura do prestador contratado                                                                              | Obrigatório                                                                    |
| Assinatura do auditor da operadora         | 64 | Assinatura do(s) auditor(es) da operadora | Assinatura do auditor da operadora                                                                              | Condicionado, preencher na utilização de papel quando houver auditoria in loco |
| Observação / Justificativa                 | 65 | Observação / Justificativa                | Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário | Opcional                                                                       |

# 7. GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

Utilizada para a cobrança de honorários diretamente pelo profissional.  
 A guia de Honorário Individual deve ser vinculada a guia de Solicitação de Internação.



2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

## GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL (Somente para pacientes internados)

|                                                                |                                                |                                |                                                    |                             |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>1 - Registro ANS</b>                                        | <b>3- Nº Guia de Solicitação de Internação</b> | <b>4 - Senha</b>               | <b>5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b> | <b>8 - Atendimento a RN</b> |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                   |                                                |                                |                                                    |                             |
| <b>6 - Número da Carteira</b>                                  | <b>7 - Nome</b>                                |                                |                                                    |                             |
| <b>Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)</b> |                                                |                                |                                                    |                             |
| <b>9 - Código na Operadora</b>                                 | <b>10 - Nome do Hospital/Local</b>             |                                |                                                    |                             |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                          |                                                |                                |                                                    |                             |
| <b>12 - Código na Operadora</b>                                | <b>13 - Nome do Contratado</b>                 |                                |                                                    |                             |
| <b>15 - Nome do Profissional Executante</b>                    | <b>16 - Conselho Profissional</b>              | <b>17 - Número no Conselho</b> | <b>18 - UF</b>                                     | <b>19 - Código CBO</b>      |
| <b>Dados da Internação</b>                                     |                                                |                                |                                                    |                             |
| <b>20 - Data do Início do Faturamento</b>                      | <b>21 - Data do Fim do Faturamento</b>         |                                |                                                    |                             |
| <b>Procedimentos Realizados</b>                                |                                                |                                |                                                    |                             |
| <b>22 - Grau Part. 23-Data</b>                                 | <b>24-Hora Inicial</b>                         | <b>25-Hora Final</b>           | <b>26-Tabela 27-Código do Procedimento</b>         | <b>28-Descrição</b>         |
| 01- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 02- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 03- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 04- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 05- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 06- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 07- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 08- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 09- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 10- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 11- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| 12- _____                                                      | _____                                          | _____                          | _____                                              | _____                       |
| <b>35- Observação / Justificativa</b>                          |                                                |                                |                                                    |                             |
|                                                                |                                                |                                |                                                    |                             |
| <b>36- Valor total dos honorários</b>                          |                                                |                                |                                                    |                             |
| _____                                                          |                                                |                                |                                                    |                             |
| <b>37 - Data de emissão</b>                                    |                                                |                                |                                                    |                             |
| _____                                                          |                                                |                                |                                                    |                             |
| <b>38 - Assinatura do Profissional Executante</b>              |                                                |                                |                                                    |                             |
| _____                                                          |                                                |                                |                                                    |                             |

## GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

| Termo                                                      | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia                   | Descrição                                                                                                                                | Condição de preenchimento                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                                               | 1                   | Registro ANS                            | Registro da operadora na ANS                                                                                                             | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nº da guia no prestador                                    | 2                   | Nº da guia no prestador                 | Nº que identifica a guia no prestador                                                                                                    | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nº da guia de solicitação de internação                    | 3                   | Nº da guia de solicitação de internação | Nº da guia inicial de solicitação de internação                                                                                          | Obrigatório, utilizar senha (EX: 85-.....)                                                                                                           |
| Senha                                                      | 4                   | Senha                                   | Senha de autorização emitida pela operadora                                                                                              | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nº da guia atribuído pela operadora                        | 5                   | Nº da guia atribuído pela operadora     | Nº que identifica a guia atribuído pela operadora                                                                                        | Condicional, preencher caso a operadora atribua outro nº à guia                                                                                      |
| Nº da carteira                                             | 6                   | Nº da carteira                          | Nº da carteira do beneficiário na operadora                                                                                              | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nome do beneficiário                                       | 7                   | Nome                                    | Nome do beneficiário                                                                                                                     | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Indicador de atendimento ao RN                             | 8                   | Atendimento a RN                        | Indica se o paciente é um RN que está sendo atendido no contrato do responsável                                                          | Obrigatório, informador "S" caso o atendimento seja do RN e o beneficiário seja o responsável e "N" quando o atendimento for do próprio beneficiário |
| Código do contratado onde procedimento foi realizado       | 9                   | Código na operadora                     | Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado                                                                          | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nome do contratado onde o procedimento foi realizado       | 10                  | Nome do hospital / local                | Nome prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado                                                                 | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante | 11                  | Código CNES                             | Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) | Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999                                                       |
| Código do contratado executante na operadora               | 12                  | Código na operadora                     | Código na operadora do prestador contratado que executou o procedimento                                                                  | Obrigatório                                                                                                                                          |
| Nome do contratado executante                              | 13                  | Nome do contratado                      | Nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento                                                                    | Obrigatório                                                                                                                                          |

|                                                                |    |                                 |                                                                                                                  |                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|----|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante     | 14 | Código CNES                     | Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)           | Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999    |
| Nome do profissional executante                                | 15 | Nome do profissional executante | Nome do profissional que executou o procedimento                                                                 | Condicionado, preencher quando o prestador contratado referido no campo Nº 13 for pessoa jurídica |
| Conselho profissional do executante                            | 16 | Conselho profissional           | Código do conselho profissional do executante do procedimento                                                    | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 26</b>                                                             |
| Nº do executante no conselho profissional                      | 17 | Nº no conselho                  | Nº de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional                                    | Obrigatório                                                                                       |
| UF do conselho do profissional executante                      | 18 | UF                              | Sigla da Unidade Federativa do Conselho do executante do procedimento                                            | Obrigatório, preencher "33" - RJ                                                                  |
| Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante | 19 | Código CBO                      | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 24</b>                                                             |
| Data do início do faturamento                                  | 20 | Data início Faturamento         | Data de início do faturamento apresentado nesta guia                                                             | Obrigatório                                                                                       |
| Data do fim do faturamento                                     | 21 | Data do fim do faturamento      | Data final do faturamento apresentado nesta guia                                                                 | Obrigatório                                                                                       |
| Grau de participação do profissional                           | 22 | Grau Part                       | Grau de participação do profissional na equipe executante do procedimento                                        | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 35</b>                                                             |
| Data de realização                                             | 23 | Data                            | Data em que o atendimento / procedimento foi realizado                                                           | Obrigatório                                                                                       |
| Hora inicial da realização do procedimento                     | 24 | Hora Inicial                    | Horário inicial da realização do procedimento                                                                    | Condicionado, preencher quando o procedimento for urgência/emergência                             |
| Hora final da realização do procedimento                       | 25 | Hora Final                      | Horário final da realização do procedimento                                                                      | Condicionado, preencher quando o procedimento for urgência/emergência                             |
| Tabela de referência do procedimento                           | 26 | Tabela                          | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados                                          | Obrigatório                                                                                       |
| Código do procedimento realizado                               | 27 | Código do Procedimento          | Código identificador do procedimento realizado pelo prestador                                                    | Obrigatório                                                                                       |

|                                                   |    |                                       |                                                                                                                                                  |                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------|----|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descrição do procedimento realizado               | 28 | Descrição                             | Descrição do procedimento realizado                                                                                                              | Obrigatório                                                                                                            |
| Quantidade de procedimentos realizados            | 29 | Qtde                                  | Quantidade realizada do procedimento                                                                                                             | Obrigatório                                                                                                            |
| Via de acesso                                     | 30 | Via                                   | Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento                                                                                | Preenche<br>"1" - Via única (100%),<br>"2" - Mesma via (50%) ou<br>"3" - Diferentes vias (70%)                         |
| Técnica utilizada para realização do procedimento | 31 | Téc                                   | Código da técnica utilizada para realização do procedimento                                                                                      | Condicional, preencher quando houver procedimento preencher<br>"1" - Convencional,<br>"2" - Vídeo ou<br>"3" - Robótica |
| Fator de redução ou acréscimo                     | 32 | Fator Red / Acrésc                    | Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado                                                                            | Obrigatório, quando não houver Red / Acrésc preencher campo com 1,00                                                   |
| Valor unitário do procedimento realizado          | 33 | Valor Unitário                        | Valor unitário do procedimento realizado                                                                                                         | Obrigatório                                                                                                            |
| Valor total por procedimento realizado            | 34 | Valor Total                           | Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo | Obrigatório                                                                                                            |
| Observação / Justificativa                        | 35 | Observação/Justificativa              | Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário                                 | Opcional                                                                                                               |
| Valor total dos honorários                        | 36 | Valor Total dos Honorários            | Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados                                   | Obrigatório                                                                                                            |
| Data de emissão da guia                           | 37 | Data de emissão                       | Data de emissão da guia                                                                                                                          | Obrigatório                                                                                                            |
| Assinatura do profissional executante             | 38 | Assinatura do profissional executante | Assinatura do profissional que executou o procedimento                                                                                           | Obrigatório                                                                                                            |

## 8. ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

No campo "2-Número da Guia Referenciada" deve ser informado o número de SP/SADT ou Resumo de Internação vinculada a esta guia. Este anexo não tem número próprio de guia, ou seja, sempre está vinculada a uma guia referenciada.

| Unimed<br>União Paulista<br>Sua saúde. Nosso compromisso.<br>Estar em toda a rede. |  | ANEXO DE OUTRAS DESPESAS<br>(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação) |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                                                   |  | 2 - Número da Guia Referenciada                                           |  |                                      |  | 4 - Nome do Contratado                    |  |                                      |  | 5 - Código CNES             |  |
| Dados do Contratado Executante                                                     |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 3 - Código na Operadora                                                            |  | 8 - Hora Inicial                                                          |  | 9 - Hora Final                       |  | 10 - Tabela                               |  | 11 - Código do Item                  |  | 12 - Qtd.                   |  |
| 6 - CD                                                                             |  | 7 - Data                                                                  |  | 17 - Registro ANVISA do Material     |  | 18 - Referência do material no fabricante |  | 13 - Unidade de Medida               |  | 14 - Fator Red. / Acresco   |  |
| 15 - Valor Unitário - R\$                                                          |  | 16 - Valor Total - R\$                                                    |  | 13 - N° Autorização de Funcionamento |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 01-                                                                                |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 20-Descrição                                                                       |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 02-                                                                                |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 20-Descrição                                                                       |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 03-                                                                                |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 20-Descrição                                                                       |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 04-                                                                                |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 20-Descrição                                                                       |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 05-                                                                                |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 20-Descrição                                                                       |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 06-                                                                                |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 20-Descrição                                                                       |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 07-                                                                                |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 20-Descrição                                                                       |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 08-                                                                                |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 20-Descrição                                                                       |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 09-                                                                                |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 20-Descrição                                                                       |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 10-                                                                                |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 20-Descrição                                                                       |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                               |  | 22 - Total de Medicamentos (R\$)                                          |  | 23 - Total de Materiais (R\$)        |  | 24 - Total de OPME (R\$)                  |  | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) |  | 26 - Total de Diárias (R\$) |  |
| 27 - Total Geral (R\$)                                                             |  |                                                                           |  |                                      |  |                                           |  |                                      |  |                             |  |

## LEGENDA DO ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

| Termo                                                      | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia   | Descrição                                                                                                                                | Condição de preenchimento                                                                      |
|------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                                               | 1                   | Registro ANS            | Registro da operadora na ANS                                                                                                             | Obrigatório                                                                                    |
| Nº da guia referenciada                                    | 2                   | Nº da guia referenciada | Nº da guia à qual esse anexo está vinculado                                                                                              | Obrigatório                                                                                    |
| Código do contratado executante na operadora               | 3                   | Código na operadora     | Código do prestador contratado executante junto a operadora                                                                              | Obrigatório                                                                                    |
| Nome do contratado executante                              | 4                   | Nome do contratado      | Nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento                                                                    | Obrigatório                                                                                    |
| Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante | 5                   | Código CNES             | Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) | Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999 |
| Código da despesa                                          | 6                   | CD                      | Código da natureza da despesa                                                                                                            | Obrigatório                                                                                    |
| Data de realização                                         | 7                   | Data                    | Data de realização da despesa                                                                                                            | Obrigatório                                                                                    |
| Hora inicial da realização do procedimento                 | 8                   | Hora inicial            | Horário inicial da realização da despesa                                                                                                 | Condicional, preencher quando o item de despesa admitir cobrança em horas                      |
| Hora final da realização do procedimento                   | 9                   | Hora final              | Horário final da realização da despesa                                                                                                   | Condicional, preencher quando o item de despesa admitir cobrança em horas                      |
| Tabela de referência do procedimento                       | 10                  | Tabela                  | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados                                                                  | Obrigatório                                                                                    |
| Código do item assistencial utilizado                      | 11                  | Código do item          | Código do item assistencial das despesas realizadas                                                                                      | Obrigatório                                                                                    |
| Quantidade do item assistencial utilizado                  | 12                  | Qtde                    | Quantidade realizada da despesa apresentada                                                                                              | Obrigatório                                                                                    |
| Unidade de Medida                                          | 13                  | Unidade de medida       | Código da unidade de medida                                                                                                              | Condicional, preencher quando o item cobrado possuir unidade de medida                         |
| Fator de redução ou acréscimo                              | 14                  | Fator Red / Acrésc      | Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado                                                                    | Obrigatório, quando não houver Red / Acrésc preencher campo com 1,00                           |
| Valor unitário do procedimento realizado                   | 15                  | Valor unitário          | Valor unitário do item assistencial realizado                                                                                            | Obrigatório                                                                                    |

|                                                                                      |    |                                            |                                                                                                                           |                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valor total dos itens assistenciais utilizados                                       | 16 | Valor total                                | Valor total dos itens, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo | Obrigatório                                                                                                  |
| Registro ANVISA do material                                                          | 17 | Registro ANVISA do material                | Nº de registro do material na ANVISA                                                                                      | Condicional, preencher em caso de cobrança de OPME, quando for utilizado código ainda não cadastrado na TUSS |
| Código de referência do material no fabricante                                       | 18 | Referência do material no fabricante       | Código de referência do material no fabricante                                                                            | Condicional, preencher quando se tratar de OPME, quando for utilizado código ainda não cadastrado na TUSS    |
| Nº da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado | 19 | Nº autorização de funcionamento da empresa | Nº da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado                                      | Condicional, preencher em caso de cobrança de OPME que foram adquiridos pelo prestador solicitante           |
| Descrição do item assistencial utilizado                                             | 20 | Descrição                                  | Descrição do item assistencial utilizado                                                                                  | Obrigatório                                                                                                  |
| Valor total de gases medicinais                                                      | 21 | Total de gases medicinais                  | Valor total, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados                                    | Obrigatório, caso não haja gases medicinais, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)                     |
| Valor total de medicamentos                                                          | 22 | Total de medicamentos                      | Valor total, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado                                   | Obrigatório, caso não haja medicamentos, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)                         |
| Valor total de materiais                                                             | 23 | Total de materiais                         | Valor total, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada                                      | Obrigatório, caso não haja materiais, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)                            |
| Valor total de OPME                                                                  | 24 | Total de OPME                              | Valor total, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada                                          | Obrigatório, caso não haja OPME, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)                                 |
| Valor total de taxas e aluguéis                                                      | 25 | Total de taxas e aluguéis                  | Valor total, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados                                               | Obrigatório, caso não haja taxas ou aluguéis, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)                    |
| Valor total de diárias                                                               | 26 | Total de diárias                           | Valor total, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas                                       | Obrigatório, caso não haja diárias, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)                              |
| Valor do total geral                                                                 | 27 | Total geral                                | Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados                         | Obrigatório                                                                                                  |



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE OPME

| Termo                                    | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia               | Descrição                                                                         | Condição de preenchimento                                                        |
|------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                             | 1                   | Registro ANS                        | Registro da operadora na ANS                                                      | Obrigatório                                                                      |
| Nº da guia no prestador                  | 2                   | Nº da guia no prestador             | Nº que identifica a guia no prestador                                             | Obrigatório                                                                      |
| Nº da guia referenciada                  | 3                   | Nº da guia referenciada             | Nº da guia à qual o anexo está vinculado                                          | Obrigatório                                                                      |
| Senha                                    | 4                   | Senha                               | Senha de autorização emitida pela operadora                                       | Obrigatório                                                                      |
| Data da autorização                      | 5                   | Data da autorização                 | Data em que a autorização foi concedida pela operadora                            | Obrigatório                                                                      |
| Nº da guia atribuído pela operadora      | 6                   | Nº da guia atribuído pela operadora | Nº que identifica a guia atribuído pela operadora                                 | Condicionado, preencher caso a operadora atribua outro nº à guia                 |
| Nº da carteira                           | 7                   | Nº da carteira                      | Nº da carteira do beneficiário na operadora                                       | Obrigatório                                                                      |
| Nome do beneficiário                     | 8                   | Nome                                | Nome do beneficiário                                                              | Obrigatório                                                                      |
| Nome do profissional solicitante         | 9                   | Nome do profissional solicitante    | Nome do profissional que está solicitando o material                              | Obrigatório                                                                      |
| Telefone do profissional solicitante     | 10                  | Telefone                            | Nº de telefone do profissional que está solicitando o material                    | Obrigatório                                                                      |
| E-mail do profissional solicitante       | 11                  | E-mail                              | Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material                | Condicionado, preencher caso o profissional solicitante possua endereço de email |
| Justificativa técnica                    | 12                  | Justificativa técnica               | Relatório profissional embasando a solicitação                                    | Obrigatório                                                                      |
| Tabela de referência do procedimento     | 13                  | Tabela                              | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos                      | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 87</b>                                            |
| Código do material solicitado            | 14                  | Código do material                  | Código do material solicitado pelo prestador                                      | Obrigatório                                                                      |
| Descrição do material solicitado         | 15                  | Descrição                           | Descrição do material solicitado pelo prestador                                   | Obrigatório                                                                      |
| Ordem da opção de fabricante do material | 16                  | Opção fabricante                    | Indica a ordem de preferência do solicitante em relação ao fabricante do material | Obrigatório                                                                      |

|                                                                       |    |                                            |                                                                                                                  |                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quantidade solicitada do material                                     | 17 | Qtde solicitada                            | Quantidade do material solicitado pelo prestador                                                                 | Obrigatório                                                                                                         |
| Valor do unitário material solicitado                                 | 18 | Valor unitário solicitado                  | Valor indicado pelo prestador para o material solicitado                                                         | Condicional, preencher quando material for fornecido pelo prestador solicitante                                     |
| Quantidade autorizada do material                                     | 19 | Quantidade autorizada                      | Quantidade do material autorizada pela operadora                                                                 | Obrigatório                                                                                                         |
| Valor do unitário material autorizado                                 | 20 | Valor unitário autorizado                  | Valor autorizado pela operadora para o material solicitado                                                       | Condicional, preencher nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante                        |
| Registro ANVISA do material                                           | 21 | Registro ANVISA do material                | Nº de registro do material na ANVISA                                                                             | Condicional, preencher quando for utilizado código não cadastrado na TUSS                                           |
| Código de referência do material no fabricante                        | 22 | Referência do material no fabricante       | Código de referência do material no fabricante                                                                   | Condicional, preencher quando for utilizado código não cadastrado na TUSS                                           |
| Nº da autorização de funcionamento da empresa fornecedora do material | 23 | Nº autorização de funcionamento            | Nº da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado                             | Condicional, preencher nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material                             |
| Especificação do material solicitado                                  | 24 | Especificação do material                  | Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado                          | Condicional, preencher caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado |
| Observação / Justificativa                                            | 25 | Observação / Justificativa                 | Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário | Obrigatório                                                                                                         |
| Data da solicitação                                                   | 26 | Data da solicitação                        | Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais                                   | Obrigatório                                                                                                         |
| Assinatura do profissional solicitante                                | 27 | Assinatura do profissional solicitante     | Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação                                                        | Obrigatório                                                                                                         |
| Assinatura do responsável pela autorização                            | 28 | Assinatura do responsável pela autorização | Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora                                              | Obrigatório                                                                                                         |

## 10. ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

Utilizada na solicitação de autorização para utilização de tratamento de quimioterápico.

No campo “3-Número da guia referenciada” deve ser informado o número da guia de solicitação de internação ou da guia SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

|                                                                                          |                                 |                                                     |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Unimed</b><br>Nova Luzânia<br>Sua rede de referência.<br>E isso faz toda a diferença. |                                 | 2. Nº Guia no Prestador <b>12345678901234567890</b> |                                             |
| <b>ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA</b>                                             |                                 |                                                     |                                             |
| 1 - Registro ANS                                                                         | 3 - Número da Guia Referenciada | 4 - Senha                                           | 6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| Dados do Beneficiário                                                                    |                                 |                                                     |                                             |
| 7 - Número da Carteira                                                                   | 5 - Nome                        |                                                     | 5 - Data da Autorização                     |
| 8 - Peso (kg)                                                                            | 10 - Altura (Cm)                | 11 - Superfície Corporal (m²)                       | 13 - Sexo                                   |
| Dados do Profissional Solicitante                                                        |                                 |                                                     |                                             |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante                                                    | 15 - Telefone                   | 16 - E-mail                                         |                                             |
| Diagnóstico Oncológico                                                                   |                                 |                                                     |                                             |
| 17 - Data do diagnóstico                                                                 | 18 - CID 10 Principal           | 19 - CID 10 (2)                                     | 20 - CID 10 (3)                             |
| 22 - Estadiamento                                                                        | 23 - Tipo de Quimioterapia      | 24 - Finalidade                                     | 25 - ECOG                                   |
| 28 - Informações relevantes                                                              |                                 |                                                     |                                             |
| 26 - Diagnóstico Cito/Histopatológico                                                    |                                 |                                                     |                                             |
| Medicamentos e Drogas solicitadas                                                        |                                 |                                                     |                                             |
| 29 - Data Prevista para Administração                                                    | 30 - Tabela                     | 31 - Código do Medicamento                          | 32 - Descrição                              |
| 1 -                                                                                      |                                 |                                                     | 33 - Doses                                  |
| 2 -                                                                                      |                                 |                                                     | 34 - Via Adm                                |
| 3 -                                                                                      |                                 |                                                     | 35 - Frequência                             |
| 4 -                                                                                      |                                 |                                                     |                                             |
| 5 -                                                                                      |                                 |                                                     |                                             |
| 6 -                                                                                      |                                 |                                                     |                                             |
| 7 -                                                                                      |                                 |                                                     |                                             |
| 8 -                                                                                      |                                 |                                                     |                                             |
| Tratamentos Anteriores                                                                   |                                 |                                                     |                                             |
| 36 - Cirurgia                                                                            |                                 |                                                     |                                             |
| 37 - Data da Realização                                                                  |                                 |                                                     |                                             |
| 38 - Área Irradiada                                                                      |                                 |                                                     |                                             |
| 39 - Data de Aplicação                                                                   |                                 |                                                     |                                             |
| 40 - Número de Ciclos Previstos                                                          | 41 - Ciclo Atual                | 42 - Intervalo entre Ciclos (em dias)               | 44 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|                                                                                          |                                 |                                                     | 43 - Data da Solicitação                    |
| 46 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                          |                                 |                                                     |                                             |

## LEGENDA DO ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

| Termo                                | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia               | Descrição                                                          | Condição de preenchimento                                                       |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                         | 1                   | Registro ANS                        | Registro da operadora na ANS                                       | Obrigatório                                                                     |
| Nº da guia no prestador              | 2                   | Nº da guia no prestador             | Nº que identifica a guia no prestador                              | Obrigatório                                                                     |
| Nº da guia referenciada              | 3                   | Nº da guia referenciada             | Nº da guia à qual o anexo está vinculado                           | Obrigatório                                                                     |
| Senha                                | 4                   | Senha                               | Senha de autorização emitida pela operadora                        | Obrigatório                                                                     |
| Data da autorização                  | 5                   | Data da autorização                 | Data em que a autorização foi concedida pela operadora             | Obrigatório                                                                     |
| Nº da guia atribuído pela operadora  | 6                   | Nº da guia atribuído pela operadora | Nº que identifica a guia atribuído pela operadora                  | Condicional, preencher caso a operadora atribua outro nº à guia                 |
| Nº da carteira                       | 7                   | Nº da carteira                      | Nº da carteira do beneficiário na operadora                        | Obrigatório                                                                     |
| Nome do beneficiário                 | 8                   | Nome                                | Nome do beneficiário                                               | Obrigatório                                                                     |
| Peso do beneficiário                 | 9                   | Peso(kg)                            | Peso do beneficiário em quilos                                     | Obrigatório                                                                     |
| Altura do beneficiário               | 10                  | Altura                              | Altura do beneficiário em centímetros                              | Obrigatório                                                                     |
| Superfície corporal                  | 11                  | Superfície corporal                 | Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados            | Obrigatório                                                                     |
| Idade do beneficiário                | 12                  | Idade                               | Idade do beneficiário                                              | Obrigatório                                                                     |
| Sexo do beneficiário                 | 13                  | Sexo                                | Sexo do beneficiário                                               | Obrigatório, preencher "1" - Masculino ou "2" - Feminino                        |
| Nome do profissional solicitante     | 14                  | Nome do profissional solicitante    | Nome do profissional que está solicitando o procedimento           | Obrigatório                                                                     |
| Telefone do profissional solicitante | 15                  | Telefone                            | Nº de telefone do profissional que está solicitando o procedimento | Obrigatório                                                                     |
| E-mail do profissional solicitante   | 16                  | E-mail                              | Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material | Condicional, preencher caso o profissional solicitante possua endereço de email |

|                                    |    |                       |                                                                                         |                                                                                                                              |
|------------------------------------|----|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data do diagnóstico                | 17 | Data do diagnóstico   | Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado         | Condicionado, preencher caso o profissional solicitante tenha a informação                                                   |
| Diagnóstico principal              | 18 | CID10 Principal       | Código do diagnóstico principal de acordo com a CID - 10ª revisão                       | Opcional                                                                                                                     |
| Diagnóstico secundário             | 19 | CID10 (2)             | Código do diagnóstico secundário de acordo com a CID - 10ª revisão                      | Opcional                                                                                                                     |
| Terceiro diagnóstico               | 20 | CID10 (3)             | Código do terceiro diagnóstico de acordo com a CID - 10ª revisão                        | Opcional                                                                                                                     |
| Quarto diagnóstico                 | 21 | CID10 (4)             | Código do quarto diagnóstico de acordo com a CID - 10ª revisão                          | Opcional                                                                                                                     |
| Estadiamento do tumor              | 22 | Estadiamento          | Estadiamento do tumor                                                                   | Obrigatório, preencher<br>"1" - I,<br>"2" - II,<br>"3" - III,<br>"4" - IV ou<br>"5" - Não se aplica                          |
| Tipo de quimioterapia              | 23 | Tipo de quimioterapia | Código do tipo de quimioterapia solicitada                                              | Obrigatório, preencher<br>"1" - 1ª linha,<br>"2" - 2ª linha,<br>"3" - 3ª linha,<br>"4" - outras linhas                       |
| Código da finalidade do tratamento | 24 | Finalidade            | Código da finalidade do tratamento                                                      | Obrigatório, preencher<br>"1" - Curativa,<br>"2" - Neoadjuvante,<br>"3" - Adjuvante,<br>"4" - Paliativa ou<br>"5" - Controle |
| Escala de capacidade funcional     | 25 | ECOG                  | Classificação internacional sobre capacidade funcional do portador de doença oncológica | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 30</b>                                                                                        |
| Plano terapêutico                  | 26 | Plano terapêutico     | Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante                                | Obrigatório                                                                                                                  |

|                                                |    |                                  |                                                                                                                     |                                                                                                            |
|------------------------------------------------|----|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico citopatológico e histopatológico   | 27 | Diagnóstico cito/histopatológico | Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico                                                           | Opcional                                                                                                   |
| Informações relevantes                         | 28 | Informações relevantes           | Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso          | Condicionado, preencher caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso |
| Data prevista para administração do tratamento | 29 | Data prevista para Administração | Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico                         | Obrigatório                                                                                                |
| Tabela de referência do procedimento           | 30 | Tabela                           | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos                                                        | Obrigatório, <b>VIDE TABELA N° 87</b>                                                                      |
| Código do medicamento solicitado               | 31 | Código do medicamento            | Código do medicamento solicitado pelo prestador                                                                     | Obrigatório                                                                                                |
| Descrição do medicamento solicitado            | 32 | Descrição                        | Descrição do medicamento solicitado                                                                                 | Obrigatório                                                                                                |
| Doses solicitadas do medicamento               | 33 | Doses                            | Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico                                                         | Obrigatório                                                                                                |
| Via de administração do medicamento            | 34 | Via adm                          | Via de administração do medicamento                                                                                 | Obrigatório, <b>VIDE TABELA N° 62</b>                                                                      |
| Frequência de doses do medicamento solicitado  | 35 | Frequência                       | Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia                                                     | Obrigatório                                                                                                |
| Cirurgia                                       | 36 | Cirurgia                         | Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente                              |
| Data de realização                             | 37 | Data de realização               | Data em que o atendimento/procedimento foi realizado                                                                | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente                              |
| Área irradiada                                 | 38 | Área irradiada                   | Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior                                                | Condicionado, preencher em caso de tratamento radioterápico anterior                                       |
| Data da aplicação da última radioterapia       | 39 | Data da aplicação                | Data em que foi realizada a radioterapia anterior                                                                   | Condicionado, preencher em caso de tratamento radioterápico anterior                                       |

|                                            |    |                                            |                                                                                |             |
|--------------------------------------------|----|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Nº de ciclos de quimioterapia previstos    | 40 | Nº de ciclos previstos                     | Nº de ciclos previstos de tratamento                                           | Obrigatório |
| Ciclo atual do tratamento quimioterápico   | 41 | Ciclo atual                                | Nº do ciclo atual do tratamento quimioterápico                                 | Obrigatório |
| Intervalo entre ciclos de quimioterapia    | 42 | Intervalo entre ciclos                     | Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento                               | Obrigatório |
| Data da solicitação                        | 43 | Data da solicitação                        | Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais | Obrigatório |
| Assinatura do profissional solicitante     | 44 | Assinatura do profissional solicitante     | Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação                      | Obrigatório |
| Assinatura do responsável pela autorização | 45 | Assinatura do responsável pela autorização | Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora            | Obrigatório |



## LEGENDA DO ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

| Termo                                | Nº do campo na guia | Nome do campo na guia               | Descrição                                                                       | Condição de preenchimento                                                  |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Registro ANS                         | 1                   | Registro ANS                        | Registro da operadora na ANS                                                    | Obrigatório                                                                |
| Nº da guia no prestador              | 2                   | Nº da guia no prestador             | Nº que identifica a guia no prestador                                           | Obrigatório                                                                |
| Nº da guia referenciada              | 3                   | Nº da guia referenciada             | Nº da guia à qual o anexo está vinculado                                        | Obrigatório                                                                |
| Senha                                | 4                   | Senha                               | Senha de autorização emitida pela operadora                                     | Obrigatório                                                                |
| Data da autorização                  | 5                   | Data da autorização                 | Data em que a autorização foi concedida pela operadora                          | Obrigatório                                                                |
| Nº da guia atribuído pela operadora  | 6                   | Nº da guia atribuído pela operadora | Nº que identifica a guia atribuído pela operadora                               | Condicional, preencher caso a operadora atribua outro nº à guia            |
| Nº da carteira                       | 7                   | Nº da carteira                      | Nº da carteira do beneficiário na operadora                                     | Obrigatório                                                                |
| Nome do beneficiário                 | 8                   | Nome                                | Nome do beneficiário                                                            | Obrigatório                                                                |
| Idade do beneficiário                | 9                   | Idade                               | Idade do beneficiário                                                           | Obrigatório                                                                |
| Sexo do beneficiário                 | 10                  | Sexo                                | Sexo do beneficiário                                                            | Obrigatório, preencher "1" - Masculino ou "2" - Feminino                   |
| Nome do profissional solicitante     | 11                  | Nome do profissional solicitante    | Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial   | Obrigatório                                                                |
| Telefone do profissional solicitante | 12                  | Telefone                            | Nº de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial | Obrigatório                                                                |
| Email do profissional solicitante    | 13                  | Email                               | Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento          | Condicional, caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail     |
| Data do diagnóstico                  | 14                  | Data do diagnóstico                 | Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado | Condicional, preencher caso o solicitante tenha conhecimento da informação |
| Diagnóstico principal                | 15                  | CID10 Principal                     | Código do diagnóstico principal de acordo com a CID - 10ª revisão               | Opcional                                                                   |

|                                              |    |                                  |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------|----|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico secundário                       | 16 | CID10 (2)                        | Código do diagnóstico secundário de acordo com a CID - 10ª revisão                                         | Opcional                                                                                                                                                                                                              |
| Terceiro diagnóstico                         | 17 | CID10 (3)                        | Código do terceiro diagnóstico de acordo com a CID - 10ª revisão                                           | Opcional                                                                                                                                                                                                              |
| Quarto diagnóstico                           | 18 | CID10 (4)                        | Código do quarto diagnóstico de acordo com a CID - 10ª revisão                                             | Opcional                                                                                                                                                                                                              |
| Código do diagnóstico por imagem             | 19 | Diagnóstico por imagem           | Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem                                                            | Condicional, preencher caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, preencher<br>"1" - Tomografia,<br>"2" - RM,<br>"3" - Raio-X,<br>"4" - Outros,<br>"5" - USG ou<br>"6" - PET |
| Estadiamento do tumor                        | 20 | Estadiamento                     | Estadiamento do tumor                                                                                      | Obrigatório, preencher<br>«1" - I,<br>"2" - II,<br>"3" - III,<br>"4" - IV ou<br>"5" - Não se aplica                                                                                                                   |
| Escala de capacidade funcional               | 21 | ECOG                             | Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica           | Obrigatório, <b>VIDE TABELA N° 30</b>                                                                                                                                                                                 |
| Código da finalidade do tratamento           | 22 | Finalidade                       | Código da finalidade do tratamento                                                                         | Obrigatório, preencher<br>"1" - Curativa,<br>"2" - Neoadjuvante,<br>"3" - Adjuvante,<br>"4" - Paliativa ou<br>"5" - Controle                                                                                          |
| Diagnóstico citopatológico e histopatológico | 23 | Diagnóstico cito/histopatológico | Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico                                                  | Opcional                                                                                                                                                                                                              |
| Informações relevantes                       | 24 | Informações relevantes           | Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso | Condicional, preencher caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso                                                                                                             |
| Cirurgia                                     | 25 | Cirurgia                         | Procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, realizado anteriormente                                | Condicional, preencher em caso de cirurgia realizada anteriormente                                                                                                                                                    |

|                                               |    |                                            |                                                                                |                                                                       |
|-----------------------------------------------|----|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Data de realização                            | 26 | Data de realização                         | Data em que o atendimento/procedimento foi realizado                           | Condicionado, preencher em caso de cirurgia realizada anteriormente   |
| Quimioterapia                                 | 27 | Quimioterapia                              | Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia | Condicionado, preencher em caso de tratamento quimioterápico anterior |
| Data da aplicação da última quimioterapia     | 28 | Data da aplicação                          | Data em que foi realizada a quimioterapia anterior                             | Condicionado, preencher em caso de tratamento quimioterápico anterior |
| Data prevista para realização do procedimento | 29 | Data prevista                              | Data prevista para administração da radioterapia                               | Obrigatório                                                           |
| Tabela de referência do procedimento          | 30 | Tabela                                     | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos                   | Obrigatório, <b>VIDE TABELA Nº 87</b>                                 |
| Código do procedimento solicitado             | 31 | Código do procedimento                     | Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador                 | Obrigatório                                                           |
| Descrição do procedimento solicitado          | 32 | Descrição                                  | Descrição do procedimento solicitado pelo prestador                            | Obrigatório                                                           |
| Quantidade do procedimento solicitado         | 33 | Qtde                                       | Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador                           | Obrigatório                                                           |
| Nº de campos                                  | 34 | Nº de campos                               | Nº de campos de irradiação                                                     | Obrigatório                                                           |
| Dose de radioterápico por dia                 | 35 | Dose por dia                               | Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento                   | Obrigatório                                                           |
| Dose total de radioterápico                   | 36 | Dose total                                 | Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando dias e dosagem diária | Obrigatório                                                           |
| Nº de dias previstos de tratamento            | 37 | Nº de dias                                 | Nº de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante               | Obrigatório                                                           |
| Data prevista para início da administração    | 38 | Data revista para início da administração  | Data revista para início da administração da radioterapia                      | Obrigatório                                                           |
| Data da solicitação                           | 39 | Data da solicitação                        | Data em que o profissional solicitando os procedimentos                        | Obrigatório                                                           |
| Assinatura do profissional solicitante        | 40 | Assinatura do profissional solicitante     | Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação                      | Obrigatório                                                           |
| Assinatura do responsável pela autorização    | 41 | Assinatura do responsável pela autorização | Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora            | Obrigatório                                                           |

## 12. TABELA Nº 24 - CÓDIGO NA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES:

|        |                                                        |
|--------|--------------------------------------------------------|
| 201115 | Geneticista                                            |
| 203015 | Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas |
| 213150 | Físico médico                                          |
| 221105 | Biólogo                                                |
| 225105 | Médico acupunturista                                   |
| 225110 | Médico alergista e imunologista                        |
| 225148 | Médico anatomopatologista                              |
| 225205 | Médico anesthesiologista                               |
| 225115 | Médico angiologista                                    |
| 225120 | Médico cardiologista                                   |
| 225210 | Médico cirurgião cardiovascular                        |
| 225215 | Médico cirurgião de cabeça e pescoço                   |
| 225220 | Médico cirurgião do aparelho digestivo                 |
| 225225 | Médico cirurgião geral                                 |
| 225230 | Médico cirurgião pediátrico                            |
| 225235 | Médico cirurgião plástico                              |
| 225240 | Médico cirurgião torácico                              |
| 225305 | Médico citopatologista                                 |
| 225125 | Médico clínico                                         |
| 225130 | Médico de família e comunidade                         |
| 225135 | Médico dermatologista                                  |
| 225140 | Médico do trabalho                                     |
| 225310 | Médico em endoscopia                                   |
| 225145 | Médico em medicina de trânsito                         |
| 225150 | Médico em medicina intensiva                           |
| 225315 | Médico em medicina nuclear                             |
| 225320 | Médico em radiologia e diagnóstico por imagem          |
| 225155 | Médico endocrinologista e metabologista                |
| 225160 | Médico fisiatra                                        |
| 225245 | Médico fonoaudiólogo                                   |
| 225165 | Médico gastroenterologista                             |
| 225170 | Médico generalista                                     |
| 225175 | Médico geneticista                                     |
| 225180 | Médico geriatra                                        |
| 225250 | Médico ginecologista e obstetra                        |
| 225185 | Médico Hematologista                                   |
| 225190 | Médico Hemoterapeuta                                   |
| 225195 | Médico Homeopata                                       |
| 225103 | Médico infectologista                                  |
| 225106 | Médico legista                                         |
| 225255 | Médico Mastologista                                    |
| 225109 | Médico Nefrologista                                    |
| 225260 | Médico neurocirurgião                                  |
| 225350 | Médico neurofisiologista                               |
| 225112 | Médico neurologista                                    |
| 225118 | Médico nutrologista                                    |
| 225265 | Médico oftalmologista                                  |
| 225121 | Médico oncologista                                     |
| 225270 | Médico ortopedista e traumatologista                   |
| 225275 | Médico otorrinolaringologista                          |
| 225325 | Médico patologista clínico                             |
| 225124 | Médico pediatra                                        |
| 225127 | Médico pneumologista                                   |
| 225280 | Médico proctologista                                   |
| 225133 | Médico psiquiatra                                      |
| 225330 | Médico radioterapeuta                                  |
| 225136 | Médico reumatologista                                  |
| 225139 | Médico sanitaria                                       |
| 225285 | Médico urologista                                      |
| 322225 | Instrumentador cirúrgico                               |
| 999999 | CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante     |

**13. TABELA Nº 26 – CÓDIGO DO CONSELHO PROFISSIONAL:**

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

**14. TABELA Nº 30 – ECOG (ESCALA DE ZUBROD):**

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

**15. TABELA Nº 35 – GRAU DE PARTICIPAÇÃO:**

|    |                         |
|----|-------------------------|
| 00 | Cirurgião               |
| 01 | Primeiro Auxiliar       |
| 02 | Segundo Auxiliar        |
| 03 | Terceiro Auxiliar       |
| 04 | Quarto Auxiliar         |
| 05 | Instrumentador          |
| 06 | Anestesista             |
| 07 | Auxiliar de Anestesista |
| 08 | Consultor               |
| 09 | Perfusionista           |
| 10 | Pediatra                |
| 11 | Auxiliar SADT           |
| 12 | Clínico                 |
| 13 | Intensivista            |

**16. TABELA Nº 39 – MOTIVO DE ENCERRAMENTO:**

|    |                                                                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | Alta Curado                                                                    |
| 12 | Alta Melhorado                                                                 |
| 14 | Alta a pedido                                                                  |
| 15 | Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente                   |
| 16 | Alta por Evasão                                                                |
| 18 | Alta por outros motivos                                                        |
| 19 | Alta de Paciente Agudo em Psiquiatria                                          |
| 21 | Permanência, por características próprias da doença                            |
| 22 | Permanência, por intercorrência                                                |
| 23 | Permanência, por impossibilidade sócio-familiar                                |
| 24 | Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecido e células - doador vivo  |
| 25 | Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecido e células - doador morto |
| 26 | Permanência, por mudança de Procedimento                                       |
| 27 | Permanência, por reoperação                                                    |
| 28 | Permanência, outros motivos                                                    |
| 31 | Transferido para outro estabelecimento                                         |
| 32 | Transferência para Internação Domiciliar                                       |
| 41 | Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente                 |

**17. TABELA Nº 50 – TIPO DE ATENDIMENTO:**

|    |                                              |
|----|----------------------------------------------|
| 01 | Remoção                                      |
| 02 | Pequena Cirurgia                             |
| 03 | Outras Terapias                              |
| 04 | Consulta                                     |
| 05 | Exame Ambulatorial                           |
| 06 | Atendimento Domiciliar                       |
| 07 | Internação                                   |
| 08 | Quimioterapia                                |
| 09 | Radioterapia                                 |
| 10 | Terapia Renal Substitutiva (TRS)             |
| 11 | Pronto Socorro                               |
| 12 | Ocupacional                                  |
| 13 | Pequeno atendimento (sutura, gesso e outros) |

**18. TABELA Nº 62 – VIA DE ADMINISTRAÇÃO:**

|    |                           |
|----|---------------------------|
| 01 | Bucal                     |
| 02 | Capilar                   |
| 03 | Dermatológica             |
| 04 | Epidural                  |
| 05 | Gastrostomia/jejunostomia |
| 06 | Inalatória                |
| 07 | Intra-óssea               |
| 08 | Intra-arterial            |
| 09 | Intra-articular           |
| 10 | Intracárdica              |
| 11 | Intradérmica              |
| 12 | Intralesional             |
| 13 | Intramuscular             |
| 14 | Intraperitonal            |
| 15 | Intrapleural              |
| 16 | Intratecal                |
| 17 | Intratraqueal             |
| 18 | Intrauterina              |
| 19 | Intravenosa               |
| 20 | Intravesical              |
| 21 | Intravítrea               |
| 22 | Irrigação                 |
| 23 | Nasal                     |
| 24 | Oftálmica                 |
| 25 | Oral                      |
| 26 | Otológica                 |
| 27 | Retal                     |
| 28 | Sonda enteral             |
| 29 | Sonda gástrica            |
| 30 | Subcutânea                |
| 31 | Sublingual                |
| 32 | Transdérmica              |
| 33 | Uretral                   |
| 34 | Vaginal                   |
| 35 | Outras                    |

**19. TABELA Nº 87 – REFERÊNCIA DO PROCEDIMENTO OU ITEM ASSISTÊNCIAL:**

|    |                                                            |
|----|------------------------------------------------------------|
| 00 | Tabela própria das operadoras                              |
| 18 | Diárias, taxas e gases medicinais                          |
| 19 | Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) |
| 20 | Medicamentos                                               |
| 22 | Procedimentos e eventos em saúde (Rol de Procedimentos)    |
| 98 | Tabela própria de pacotes                                  |

## Índice

### I - Sistema VOXIS

|                                                    |         |
|----------------------------------------------------|---------|
| 1. Acesso ao Sistema _____                         | Pág. 02 |
| 2. Upload de guias _____                           | Pág. 03 |
| 2.1. Entrega de Documentos na Operadora _____      | Pág. 06 |
| 3. Digitação de Guias _____                        | Pág. 08 |
| 3.1. Digitação de Guia de Consulta _____           | Pág. 08 |
| 3.2. Digitação de Guia de SP/SADT _____            | Pág. 13 |
| 3.3. Digitação de Guia de Honorários Médicos _____ | Pág. 17 |
| 4. Dúvidas frequentes _____                        | Pág. 20 |

### II - Padrão TISS

|                                                                                              |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Guia de Comprovante Presencial _____                                                      | Pág. 22 |
| 2. Guia de Consulta _____                                                                    | Pág. 24 |
| 3. Guia de SP/SADT _____                                                                     | Pág. 27 |
| 4. Guia de Solicitação de Internação _____                                                   | Pág. 34 |
| 5. Guia de Solicitação de Prorrogação de internação ou<br>Complementação do Tratamento _____ | Pág. 39 |
| 6. Guia de Resumo de Internação _____                                                        | Pág. 43 |
| 7. Guia de Honorário Individual _____                                                        | Pág. 50 |
| 8. Anexo de Outras Despesas _____                                                            | Pág. 54 |
| 9. Anexo de Solicitação de OPME _____                                                        | Pág. 57 |
| 10. Anexo de Solicitação de Quimioterapia _____                                              | Pág. 60 |
| 11. Anexo de Solicitação de Radioterapia _____                                               | Pág. 65 |
| 12. Tabela Nº 24 - Código na Classificação Brasileira de Ocupações _____                     | Pág. 69 |
| 13. Tabela Nº 26 – Código do Conselho Profissional _____                                     | Pág. 70 |
| 14. Tabela Nº 30 – Ecog (escala de Zubrod) _____                                             | Pág. 70 |
| 15. Tabela Nº 35 – Grau de Participação _____                                                | Pág. 70 |
| 16. Tabela Nº 39 – Motivo de Encerramento _____                                              | Pág. 70 |
| 17. Tabela Nº 50 – Tipo de Atendimento _____                                                 | Pág. 71 |
| 18. Tabela Nº 62 – Via de Administração _____                                                | Pág. 71 |
| 19. Tabela Nº 87 – Referência do Procedimento ou Item Assistencial _____                     | Pág. 71 |



[www.unimedniguacu.com.br](http://www.unimedniguacu.com.br)

Rua Profª. Venina Correa Torres, nº 230 / 1º andar - Centro  
CEP 26221-200 - Nova Iguaçu - Rio de Janeiro

**ANS - 34439-7**