

# MANUAL DE PREENCHIMENTO GUIAS TISS

## Padrão TISS

Atendendo à exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a partir do dia 31 de Agosto do corrente ano, a Unimed Sobral se adequará ao padrão TISS 3.02.00.

Buscando facilitar e otimizar os processos, apresentaremos a seguir os novos *layouts* das guias, bem como a forma de preenchimento de todos os campos das guias impressas.

Consulta Eletiva

**Principais alterações:** Todos os campos passam a ser obrigatórios, exceto observações.

GUIA DE CONSULTA		2- N° Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira		5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)
7 - Nome		8 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado		11 - Código CNES
12 - Nome do Profissional Executante	13 - Conselho Profissional	14 - Número no Conselho	15 - UF
			16 - Código CBO
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
18 - Data do Atendimento	19 - Tipo de Consulta	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento
		06	10101012
			22 - Valor do Procedimento
23 - Observação / Justificativa			
GUIA EXCLUSIVA PARA TODAS AS ESPECIALIDADES (À EXCEÇÃO DA PSIQUIATRIA)			
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Descrição dos campos

**Campo 1 – Registro ANS:** Código da Operadora - 303178

**Campo 2 – Número da guia no prestador:** Campo preenchido pela Operadora.

**Campo 3 – Número da Guia Atribuído pela Operadora:** Preencher com o número que identifica a guia, atribuído pela operadora.

**Campo 4 – Número da Carteira:** Preencher com o número da carteira do beneficiário na operadora.

**Campo 5 – Validade da Carteira:** Preencher com a data da validade da carteira do beneficiário.

**Campo 6 – Atendimento à RN (Sim ou Não):** Este campo indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, Inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Deve ser informado "S" - Sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - Não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

**Campo 7 – Nome:** Preencher com o nome completo do beneficiário.

**Campo 8 – Cartão Nacional de Saúde:** Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário. Este campo deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

## Dados do contratado

**Campo 9 – Código na Operadora:** Preencher com a matrícula do cooperado junto à operadora.

**Campo 10 – Nome do Contratado:** Preencher com o nome completo do cooperado.

**Campo 11 – Código CNES:** Preencher com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES). Caso o prestador ainda não possua o código do CNES, preencher o campo com 99999999.

**Campo 12 – Nome do Profissional Executante:** Este campo deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

**Campo 13 – Conselho Profissional:** Preencher com o código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio N° 26 (ANS).

**Campo 14 – Número do Conselho:** Preencher com o número de registro do respectivo Conselho Profissional.

**Campo 15 – UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 59 (ANS).

**Campo 16 – Código CBO:** Preencher com o Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 24 (ANS).

## Dados do atendimento/Procedimento realizado

**Campo 17 – Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada):** Este campo indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio N° 36 (ANS).

**Campo 18 – Data do Atendimento:** Preencher com a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.

**Campo 19 – Tipo de Consulta:** Preencher com o tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio N° 52 (ANS).

**Campo 20 – Tabela:** Preencher com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio N° 87 (ANS).

**Campo 21 – Código do Procedimento:** Ex.: Consulta Eletiva – 10101012.

**Campo 22 – Valor do Procedimento:** Preencher com o valor unitário do procedimento realizado. Nos casos em que este valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.

**Campo 23 – Observação/Justificativa:** Campo opcional. Este campo é utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

**Campo 24 – Assinatura do Profissional Executante:** Este campo deve ser assinado pelo profissional que executou o procedimento.

**Campo 25 – Assinatura do Beneficiário ou Responsável:** Este campo deve ser assinado pelo beneficiário ou responsável.

Consulta Psiquiátrica

**Principais alterações:** Todos os campos passam a ser obrigatórios, exceto observações.

		<b>GUIA DE CONSULTA</b>		2- Nº Guia no Prestador <b>12345678901234567890</b>		
		1 - Registro ANS <input type="text"/>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input type="text"/>			
Dados do Beneficiário						
4 - Número da Carteira <input type="text"/>		5 - Validade da Carteira <input type="text"/>		6 - Atendimento a RN (Sim ou Não) <input type="text"/>		
7 - Nome <input type="text"/>				8 - Cartão Nacional de Saúde <input type="text"/>		
Dados do Contratado						
9 - Código na Operadora <input type="text"/>		10 - Nome do Contratado <input type="text"/>		11 - Código CNES <input type="text"/>		
12 - Nome do Profissional Executante <input type="text"/>		13 - Conselho Profissional <input type="text"/>	14 - Número no Conselho <input type="text"/>		15 - UF <input type="text"/>	16 - Código CBO <input type="text"/>
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado						
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <input type="text"/>						
18 - Data do Atendimento <input type="text"/>		19 - Tipo de Consulta <input type="text"/>	20 - Tabela <b>06</b>	21 - Código do Procedimento <b>10101110</b>	22 - Valor do Procedimento <input type="text"/>	
23 - Observação / Justificativa <b>GUIA EXCLUSIVA PARA PSIQUIATRIA</b>						
24 - Assinatura do Profissional Executante <input type="text"/>				25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/>		

**Descrição dos campos**

**Campo 1 – Registro ANS:** Código da Operadora - 303178.

**Campo 2 – Número da guia no prestador:** Campo preenchido pela Operadora.

**Campo 3 – Número da Guia Atribuído pela Operadora:** Preencher com o número que identifica a guia, atribuído pela operadora.

**Campo 4 – Número da Carteira:** Preencher com o número da carteira do beneficiário na operadora.

**Campo 5 – Validade da Carteira:** Preencher com a data da validade da carteira do beneficiário.

**Campo 6 – Atendimento à RN (Sim ou Não):** Este campo indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, Inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Deve ser informado "S" - Sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - Não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

**Campo 7 – Nome:** Preencher com o nome completo do beneficiário.

**Campo 8 – Cartão Nacional de Saúde:** Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário. Este campo deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

## Dados do Contratado

**Campo 9 – Código na Operadora:** Preencher com a matrícula do cooperado junto à operadora.

**Campo 10 – Nome do Contratado:** Preencher com o nome completo do cooperado.

**Campo 11 – Código CNES:** Preencher com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES). Caso o prestador ainda não possua o código do CNES, preencher o campo com 9999999.

**Campo 12 – Nome do Profissional Executante:** Este campo deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

**Campo 13 – Conselho Profissional:** Preencher com o código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio N° 26 (ANS).

**Campo 14 – Número do Conselho:** Preencher com o número de registro do respectivo Conselho Profissional.

**Campo 15 – UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 59 (ANS).

**Campo 16 – Código CBO:** Preencher com o Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 24 (ANS).

## Dados do Atendimento Realizado

**Campo 17 – Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada):** Este campo indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio N° 36 (ANS).

**Campo 18 – Data do Atendimento:** Preencher com a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.

**Campo 19 – Tipo de Consulta:** Preencher com o tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio N° 52 (ANS).

**Campo 20 – Tabela:** Campo preenchido pela operadora, conforme tabela de domínio N° 87 (ANS).

**Campo 21 – Código do Procedimento:** Ex.: Consulta Psiquiátrica – 10101110.

**Campo 22 – Valor do Procedimento:** Preencher com o valor unitário do procedimento realizado. Nos casos em que este valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.

**Campo 23 – Observação/Justificativa:** Este campo é utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

**Campo 24 – Assinatura do Profissional Executante:** Este campo deve ser assinado pelo profissional que executou o procedimento.

**Campo 25 – Assinatura do Beneficiário ou Responsável:** Este campo deve ser assinado pelo beneficiário ou responsável.

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

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

12345678901234567890

1 - Código ANS

2 - Número da Guia Principal

3 - Data de Autorização

4 - Senha

5 - Data de Validade da Senha

6 - Número da Guia Atribuído para Operadora

7 - Nome do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Abreviação e RR (RR ou RR)

13 - Código da Operadora

14 - Nome da Operadora

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Causa do Procedimento

17 - Número do Procedimento

18 - UF

19 - Código CID

20 - Assessoria do Profissional Solicitante

21 - Causa de Recorrimento

22 - Data de Realização

23 - Descrição Clínica

24 - Tabaco

25 - Código de Procedimento

26 - Descrição

27 - Valor Real

28 - Valor Ace.

29 - Tipo de Atendimento

30 - Infração da Atividade (verificar se atinge relacionado)

31 - Tipo de Consulta

32 - Motivo de Encerramento do Atendimento

33 - Data de Realização de Procedimento e Valores Possíveis

34 - Data

35 - Hora Inicial

36 - Hora Final

37 - Tabaco

38 - Código do Procedimento

39 - Descrição

40 - Valor

41 - Valor Ace. Real

42 - Valor Real Ace.

43 - Valor Ace. Real

44 - Valor Total (R\$)

45 - Valor Total (R\$)

46 - Descrição do Procedimento (Descrição)

47 - Descrição

48 - Descrição

49 - Descrição

50 - Descrição

51 - Descrição

52 - Descrição

53 - Descrição

54 - Descrição

55 - Descrição

56 - Descrição

57 - Descrição

58 - Descrição

59 - Descrição

60 - Descrição

61 - Descrição

62 - Descrição

63 - Descrição

64 - Descrição

65 - Descrição

66 - Descrição

67 - Descrição

68 - Descrição

69 - Descrição

70 - Descrição

71 - Descrição

72 - Descrição

73 - Descrição

74 - Descrição

75 - Descrição

76 - Descrição

77 - Descrição

78 - Descrição

79 - Descrição

80 - Descrição

81 - Descrição

82 - Descrição

83 - Descrição

84 - Descrição

85 - Descrição

86 - Descrição

87 - Descrição

88 - Descrição

89 - Descrição

90 - Descrição

91 - Descrição

92 - Descrição

93 - Descrição

94 - Descrição

95 - Descrição

96 - Descrição

97 - Descrição

98 - Descrição

99 - Descrição

100 - Descrição

Descrição dos campos

**Campo 1 – Registro ANS:** Código da Operadora - 303178.

**Campo 2 – Número da guia no prestador:** Campo preenchido pela Operadora.

**Campo 3 – Número da Guia Principal:** Preencher com o número da guia principal, a qual o anexo está vinculado.

**Campo 4 – Data da Autorização:** Preencher com a data de autorização.

**Campo 5 – Senha:** Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.

**Campo 6 – Data da Validade da Senha:** Preencher com a data de validade da senha de autorização do procedimento.

**Campo 7 – Número da Guia Atribuído pela Operadora:** Não é obrigatório o preenchimento. Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.

Dados do beneficiário

**Campo 8 – Número da Carteira:** Preencher com o número da carteira do beneficiário na operadora.

**Campo 9 – Validade da Carteira:** Preencher com a data da validade da carteira do beneficiário.

**Campo 10 – Nome:** Preencher com o nome completo do beneficiário.

**Campo 11 – Cartão Nacional de Saúde:** Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário. Este campo deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

**Campo 12 – Atendimento à RN:** Este campo indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, Inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Deve ser informado "S" - Sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - Não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Dados do Solicitante

**Campo 13 – Código na Operadora:** Preencher com a matrícula do prestador junto à Operadora.

**Campo 14 – Nome do Contratado:** Preencher com o nome do prestador contratado.

**Campo 15 – Nome do Profissional Solicitante:** Preencher com o nome do profissional solicitante.

**Campo 16 – Conselho Profissional:** Preencher com o código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio N° 26 (ANS).

**Campo 17 – Número do Conselho:** Preencher com o número de registro do respectivo Conselho Profissional.

**Campo 18 – UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 59 (ANS).

**Campo 19 – Código CBO:** Preencher com o Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 24 (ANS).

**Campo 20 – Assinatura do Profissional Solicitante:** Este campo deve ser assinado pelo profissional solicitante.

#### **Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

**Campo 21 – Caráter do Atendimento:** Preencher com o código do atendimento, conforme tabela de domínio N° 23 (ANS).

**Campo 22 – Data da Solicitação:** Preencher com a data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.

**Campo 23 – Indicação Clínica:** Este campo deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização. Preencher com a indicação clínica do profissional embasando a solicitação.

**Campo 24 – Tabela:** Preencher com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio N° 87 (ANS).

**Campo 25 – Código do Procedimento ou Item Assistencial:** Preencher com o código identificador do procedimento realizado pelo prestador.

**Campo 26 – Descrição:** Preencher com a descrição do procedimento solicitado pelo prestador.

**Campo 27 – Qtde. Solic.:** Preencher com a quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.

**Campo 28 – Qtde. Aut.:** Preencher com a quantidade do procedimento autorizado pela operadora.

#### **Dados do Contratado Executante**

**Campo 29 – Código na Operadora:** Preencher com a matrícula do prestador junto à Operadora.

**Campo 30 – Nome do Contratado:** Preencher com o nome do prestador executante.

**Campo 31 – Código CNES:** Preencher com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES). Caso o prestador ainda não possua o código do CNES, preencher o campo com 99999999.

## Dados do Atendimento

**Campo 32 – Tipo de Atendimento:** Preencher com o código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio N° 50 (ANS).

**Campo 33 – Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada):** Este campo indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio N° 36 (ANS).

**Campo 34 – Tipo de Consulta:** Preencher com o tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio N° 52 (ANS).

**Campo 35 – Motivo de Encerramento do Atendimento:** Preencher com o código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio N° 39 (ANS).

## Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados

**Campo 36 – Data:** Preencher com a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.

**Campo 37 – Hora Inicial:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência. Preencher com o horário inicial da realização do procedimento.

**Campo 38 – Hora Final:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência. Preencher com o horário final da realização do procedimento.

**Campo 39 – Tabela:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Preencher com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio N° 87 (ANS).

**Campo 40 – Código do Procedimento:** Preencher com o código identificador do procedimento realizado pelo prestador.

**Campo 41 – Descrição:** Preencher com a descrição do procedimento realizado pelo prestador.

**Campo 42 – Qtde.:** Preencher com a quantidade realizada do procedimento.

**Campo 43 – Via:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico. Preencher com o código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio N° 61 (ANS).

**Campo 44 – Tec.:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico. Preencher com o código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio N° 48 (ANS).

**Campo 45 – Fator Red./Acresc.:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Preencher com o fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o fator é igual a 1,00.

**Campo 46 – Valor Unitário (R\$):** Este campo deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Preencher com o valor unitário do procedimento realizado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.

**Campo 47 – Valor Total (R\$):** Este campo deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Preencher com o valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.

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

**Campo 48 – Seq. Ref.:** Este campo deve ser preenchido com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe. Preencher com o número seqüencial referência do procedimento ou exame realizado o qual o profissional participou.

**Campo 49 – Grau Part.:** Este campo deve ser preenchido com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe. Preencher com o grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio N° 35 (ANS).

**Campo 50 – Código na Operadora/CPF:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. Preencher com o código na operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento.

**Campo 51 – Nome do Profissional:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. Preencher com o nome do profissional que executou o procedimento.

**Campo 52 – Conselho Profissional:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. Preencher com o código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio N° 26 (ANS).

**Campo 53 – Número do Conselho:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. Preencher com o número de registro no respectivo Conselho Profissional que executou o procedimento.

**Campo 54 – UF:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. Preencher com a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 59 (ANS).

**Campo 55 – Código na CBO:** Este campo deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. Preencher com o código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 24 (ANS).

**Campo 56 – Data de Realização de Procedimentos em Série:** Este campo deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados. Preencher com a data em que o procedimento/atendimento foi realizado.

**Campo 57 – Assinatura do Beneficiário ou Responsável:** Este campo deve ser assinado pelo beneficiário ou responsável.

**Campo 58 – Observação/Justificativa:** Campo opcional. Em caso de preenchimento deve ser utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

**Campo 59 – Total de Procedimentos (R\$):** Este campo deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado. Preencher com o valor total de todos os procedimentos realizados.

**Campo 60 – Total de Taxas e Aluguéis (R\$):** Este campo deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados. Preencher com o valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados.

**Campo 61 – Total de Materiais (R\$):** Este campo deve ser preenchido caso haja material cobrado. Preencher com o valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.

**Campo 62 – Total de OPME (R\$):** Este campo deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados. Preencher com o valor total das órteses, próteses ou materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.

**Campo 63 – Total de Medicamentos (R\$):** Este campo deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado. Preencher com o valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado.

**Campo 64 – Total de Gases Medicinais (R\$):** Este campo deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados. Preencher com o valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados.

**Campo 65 – Total Geral (R\$):** Preencher com o somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados.

**Campo 66 – Assinatura do Responsável pela Autorização:** Este campo deve ser assinado pelo responsável pela autorização concedida pela operadora.

**Campo 67 – Assinatura do Beneficiário ou Responsável:** Este campo deve ser assinado pelo beneficiário ou responsável.

**Campo 68 – Assinatura do Contratado:** Este campo deve ser assinado pelo prestador contratado.

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

Atualmente a solicitação de OPME é feita na guia SADT ou AIH. A partir do dia 31 de maio de 2014, passa a ser obrigatório o envio do anexo nos novos padrões estabelecidos pela ANS, conforme abaixo:

O formulário é intitulado "ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME" e possui o número de protocolo 12345678901234567890 no canto superior direito. O formulário é dividido em várias seções:

- Seção de Autorização:** Contém campos para "Registro ANS", "Número da Guia Referenciada", "Senha", "Data de Autorização" e "Número da Guia Atribuído pela Operadora".
- Seção de Beneficiário:** Contém campos para "Número da Carteira" e "Nome".
- Seção de Profissional Solicitante:** Contém campos para "Número de Profissional Solicitante" e "Nome".
- Seção de Empresa:** Contém o campo "CNPJ - Inscrição Estadual".
- Seção de OPME Solicitadas:** Uma tabela com 6 colunas: "11 - Código", "12 - Código do Material", "13 - Quantidade", "14 - Referência do material no fabricante", "15 - Código", "17 - Data Autorização", "18 - Valor Unidade Autorizada (sem desconto de Paciente)", "19 - Data Autorizada", "20 - Valor Unidade Autorizada".
- Seção de Especificação de Material:** Um campo para "Especificação de Material".
- Seção de Observação / Justificativa:** Um campo para "Observação / Justificativa".
- Seção de Assinatura:** Campos para "Data de Solicitação", "Número de Profissional Solicitante" e "Assinatura do Responsável pela Solicitação".

Descrição dos campos

- Campo 1 – Registro ANS:** Código da Operadora – 303178.
- Campo 2 – Número da guia no prestador:** Campo preenchido pela Operadora.
- Campo 3 - Número da Guia Referenciada:** Preencher com o número da guia principal, a qual o anexo está vinculado.
- Campo 4 – Senha:** Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.
- Campo 5 – Data da Autorização:** Preencher com a data de autorização;
- Campo 6 – Número da Guia Atribuído pela Operadora:** Não é obrigatório o preenchimento. Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora. Dados do beneficiário (Todos os campos são de preenchimento obrigatório):
- Campo 7 – Número da Carteira:** Preencher com o número da carteira do beneficiário na operadora.
- Campo 8 – Nome:** Preencher com o nome completo do beneficiário.

## Dados do Profissional Solicitante

(Campos 9 e 10 de preenchimento obrigatório e o campo 11 é opcional)

**Campo 9 – Nome do Profissional:** Preencher com o nome do profissional solicitante.

**Campo 10 – Telefone:** Preencher com o número do telefone do profissional solicitante.

**Campo 11 – E-mail:** Preencher com o endereço de e-mail do profissional solicitante.

## Dados da Cirurgia (Campo de preenchimento obrigatório)

**Campo 12 – Justificativa Técnica:** Preencher com o relatório profissional embasando a solicitação.

## OPME Solicitadas

(Campos 13, 14, 15, 16, 17, 19, 26, 27 e 28 são de preenchimento obrigatório e o campo 25 é opcional. Demais campos, conforme condição descrita)

**Campo 13 – Tabela:** Preencher com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio Nº 87 (ANS).

**Campo 14 – Código do Material:** Preencher com o código do material solicitado pelo prestador.

**Campo 15 – Descrição:** Preencher com a descrição do material solicitado pelo prestador.

**Campo 16 – Opção:** Preencher com a ordem de indicação de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado.

**Campo 17 – Qtde. Solicitada:** Preencher com a quantidade do material solicitado pelo prestador.

**Campo 18 – Valor Unitário Solicitado:** Preencher com o valor indicado para o material solicitado, caso este seja fornecido pelo prestador solicitante.

**Campo 19 – Qtde. Autorizada:** Preencher com a quantidade do material autorizada pela operadora.

**Campo 20 – Valor Unitário Autorizado:** Preencher com o valor autorizado pela operadora para o material solicitado, caso este seja fornecido pelo prestador solicitante. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação.

**Campo 21 – Registro ANVISA do Material:** Preencher com o número de registro do material na ANVISA, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

**Campo 22 – Referência do material no fabricante:** Preencher com o código de referência do material no fabricante, tratando-se de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

**Campo 23 – Nº Autorização de Funcionamento:** Preencher com o número de autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado, nos casos em que o prestador solicitante é o comprador.

**Campo 24 – Especificação do Material:** Preencher com a especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado, quando houver.

**Campo 25 – Observação / Justificativa:** Campo opcional. Preencher com quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

**Campo 26 – Data da Solicitação:** Preencher com a data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.

**Campo 27 – Assinatura do Responsável Solicitante:** Este campo deve ser assinado pelo profissional que está fazendo a solicitação.

**Campo 28 – Assinatura do Responsável pela Autorização:** Este campo deve ser assinado pelo responsável pela autorização concedida pela operadora.

**Anexo de Solicitação de Quimioterapia**

Atualmente a solicitação de quimioterapia é feita na guia SADT, acompanhada do protocolo de solicitações. A partir do dia 31 de maio de 2014, passa a ser obrigatório o envio do anexo nos novos padrões estabelecidos pela ANS, conforme abaixo:

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

12345678901234567890

1. Registro ANS: 303178

2. Número da guia no prestador: [ ]

3. Número da Guia Referenciada: [ ]

4. Senha: [ ]

5. Data da Autorização: [ ]

6. Número da Guia Atribuído pela Operadora: [ ]

7. Número da Carteira: [ ]

8. Nome: [ ]

9. Peso (Kg): [ ]

10. Altura (cm): [ ]

11. Superfície Corporal (m²): [ ]

12. Idade: [ ]

13. Sexo: [ ]

**Descrição dos campos**

- Campo 1 – Registro ANS:** Código da Operadora – 303178.
- Campo 2 – Número da guia no prestador:** Campo preenchido pela Operadora.
- Campo 3 - Número da Guia Referenciada:** Preencher com o número da guia principal, a qual o anexo está vinculado.
- Campo 4 – Senha:** Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.
- Campo 5 – Data da Autorização:** Preencher com a data de autorização;
- Campo 6 – Número da Guia Atribuído pela Operadora:** Não é obrigatório o preenchimento. Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.

**Dados do beneficiário**

- Campo 7 – Número da Carteira:** Preencher com o número da carteira do beneficiário na operadora.
- Campo 8 – Nome:** Preencher com o nome completo do beneficiário.
- Campo 9 – Peso (Kg):** Preencher com o peso do beneficiário, em quilos.
- Campo 10 – Altura (cm):** Preencher com a altura do beneficiário, em centímetros.
- Campo 11 – Superfície Corporal (m²):** Preencher com a superfície corporal do beneficiário, em metros quadrados.
- Campo 12 – Idade:** Preencher com a idade do beneficiário.
- Campo 13 – Sexo:** Preencher conforme o sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio Nº 43 (ANS).

## Dados do Profissional Solicitante

(Campos 14 e 15 de preenchimento obrigatório e o campo 16 é opcional):

**Campo 14 – Nome do Profissional:** Preencher com o nome do profissional solicitante.

**Campo 15 – Telefone:** Preencher com o número do telefone do profissional solicitante.

**Campo 16 – E-mail:** Preencher com o endereço de e-mail do profissional solicitante.  
Diagnóstico Oncológico (Com exceção dos campos de CID, os demais são de preenchimento obrigatório):

**Campo 17 – Data do Diagnóstico:** Preencher com a data do diagnóstico do paciente;

**Campo 18 – CID 10 Principal:** Campo Opcional. Preencher com o código do diagnóstico principal, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão.

**Campo 19 – CID 10 (2):** Campo Opcional. Preencher com o código do diagnóstico secundário, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão.

**Campo 20 – CID 10 (3):** Campo Opcional. Preencher com o código do terceiro diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão.

**Campo 21 – CID 10 (4):** Campo Opcional. Preencher com o código do quarto diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão.

**Campo 22 – Estadiamento:** Preencher com o estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio N° 31 (ANS).

**Campo 23 – Tipo de Quimioterapia:** Preencher com o código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio N° 58 (ANS).

**Campo 24 – Finalidade:** Preencher com o código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio N° 33 (ANS).

**Campo 25 – ECOG:** Preencher com a classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio N° 30 (ANS).

**Campo 26 – Plano Terapêutico:** Preencher com o plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante.

**Campo 27 – Diagnóstico Cito/Histopatológico:** Preencher com a descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.

**Campo 28 – Informações Relevantes:** Preencher com outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante, para esclarecimentos do caso.

## Medicamentos e Drogas solicitadas

**Campo 29 – Data Prevista para Administração:** Preencher com a data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.

**Campo 30 – Tabela:** Preencher com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio N° 87 (ANS).

**Campo 31 – Código do Medicamento:** Preencher com o código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela negociada com a operadora (disponível na área restrita do prestador, no site da Unimed Porto Alegre ou encaminhada à área comercial do prestador).

**Campo 32 – Descrição:** Preencher com a descrição do medicamento solicitado.

**Campo 33 – Doses:** Preencher com as doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.

**Campo 34 – Via Adm.:** Preencher com a via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio N° 62 (ANS).

**Campo 35 – Frequência:** Preencher com a quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.

## Tratamentos Anteriores

**Campo 36 – Cirurgia:** Preencher caso o paciente tenha sido submetido anteriormente à cirurgia relacionada à patologia com a descrição do procedimento cirúrgico.

**Campo 37 – Data da Realização:** Deve ser preenchido em caso de realização de cirurgia anteriormente, com a data de realização do procedimento.

**Campo 38 – Área Irradiada:** Preencher em caso de realização de tratamento radioterápico anteriormente, identificando a área irradiada.

**Campo 39 – Data da Aplicação:** Deve ser preenchido em caso de realização de tratamento radioterápico anteriormente, com a data de realização.

**Campo 40 – Observação/Justificativa:** Campo opcional. Deve ser utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

**Campo 41 – Número de Ciclos Previstos:** Preencher com o número de ciclos previstos de tratamento.

**Campo 42 – Ciclo Atual:** Preencher com o número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.

**Campo 43 – Intervalo entre Ciclos (em dias):** Preencher com a quantidade de dias entre os ciclos de tratamentos.

**Campo 44 – Data da Solicitação:** Preencher com a data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.

**Campo 45 – Assinatura do Responsável Solicitante:** Este campo deve ser assinado pelo profissional que está fazendo a solicitação.

**Campo 46 – Assinatura do Responsável pela Autorização:** Este campo deve ser assinado pelo responsável pela autorização concedida pela operadora.

**Anexo de Solicitação de Radioterapia**

Atualmente a solicitação de radioterapia é feita na guia SADT, acompanhada do protocolo de solicitações. A partir do dia 31 de maio de 2014, passa a ser obrigatório o envio do anexo nos novos padrões estabelecidos pela ANS, conforme abaixo:

**Descrição dos campos**

- Campo 1 – Registro ANS:** Código da Operadora – 303178.
- Campo 2 – Número da guia no prestador:** Campo preenchido pela Operadora.
- Campo 3 - Número da Guia Referenciada:** Preencher com o número da guia principal, a qual o anexo está vinculado.
- Campo 4 – Senha:** Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.
- Campo 5 – Data da Autorização:** Preencher com a data de autorização;
- Campo 6 – Número da Guia Atribuído pela Operadora:** Não é obrigatório o preenchimento. Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.

**Dados do beneficiário**

- Campo 7 – Número da Carteira:** Preencher com o número da carteira do beneficiário na operadora.
- Campo 8 – Nome:** Preencher com o nome completo do beneficiário.
- Campo 9 – Idade:** Preencher com a idade do beneficiário.

**Campo 10 – Sexo:** Preencher conforme o sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio N° 43 (ANS).

### **Dados do Profissional Solicitante**

**(Campos 14 e 15 de preenchimento obrigatório e o campo 16 é opcional):**

**Campo 11 – Nome do Profissional:** Preencher com o nome do profissional solicitante.

**Campo 12 – Telefone:** Preencher com o número do telefone do profissional solicitante.

**Campo 13 – E-mail:** Preencher com o endereço de e-mail do profissional solicitante.

### **Diagnóstico Oncológico**

**(Com exceção dos campos de CID, os demais são de preenchimento obrigatório):**

**Campo 14 – Data do Diagnóstico:** Preencher com a data do diagnóstico do paciente;

**Campo 15 – CID 10 Principal:** Campo Opcional. Preencher com o código do diagnóstico principal, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10° revisão.

**Campo 16 – CID 10 (2):** Campo Opcional. Preencher com o código do diagnóstico secundário, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10° revisão.

**Campo 17 – CID 10 (3):** Campo Opcional. Preencher com o código do terceiro diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10° revisão.

**Campo 18 – CID 10 (4):** Campo Opcional. Preencher com o código do quarto diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10° revisão.

**Campo 19 – Diagnóstico por Imagem:** Preencher com a tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio N° 29 (ANS).

**Campo 20 – Estadiamento:** Preencher com o estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio N° 31 (ANS).

**Campo 21 – ECOG:** Preencher com a classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio N° 30 (ANS).

**Campo 22 – Finalidade:** Preencher com o código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio N° 33 (ANS).

**Campo 23 – Diagnóstico Cito/Histopatológico:** Preencher com a descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.

**Campo 24 – Informações Relevantes:** Preencher com outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante, para esclarecimentos do caso.

### **Tratamentos Anteriores**

**Campo 25 – Cirurgia:** Preencher com outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante, para esclarecimentos do caso.

**Campo 26 – Data da Realização:** Deve ser preenchido em caso de realização de cirurgia anteriormente, com a data de realização do procedimento.

**Campo 27 – Quimioterapia:** Preencher com a identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.

**Campo 28 – Data da Aplicação:** Deve ser preenchido em caso de realização de quimioterapia anteriormente, com a data em que o referido tratamento foi realizado.

## Procedimentos Complementares

**Campo 29 – Data Prevista:** Preencher com a data prevista para administração da radioterapia.

**Campo 30 – Tabela:** Preencher com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio N° 87 (ANS).

**Campo 31 – Código do Procedimento:** Preencher com o código identificador do procedimento solicitado pelo prestador.

**Campo 32 – Descrição:** Preencher com a descrição do procedimento solicitado pelo prestador.

**Campo 33 – Qtde.:** Preencher com a quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.

**Campo 34 – Número de Campos:** Preencher com o número de campos de irradiação.

**Campo 35 – Dose por dia (em Gy):** Preencher com a dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.

**Campo 36 – Dose Total (em Gy):** Preencher com a dose total, expressa em Gy, a ser utilizada, considerando o número de dias e dosagem diária.

**Campo 37 – Número de Dias:** Preencher com o número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante.

**Campo 38 – Data Prevista para Início da Administração:** Preencher com a data prevista para o início da administração da radioterapia.

**Campo 39 – Observação/Justificativa:** Campo opcional. Deve ser utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

**Campo 40 – Data da Solicitação:** Preencher com a data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.

**Campo 41 – Assinatura do Profissional Solicitante:** Este campo deve ser assinado pelo profissional que está fazendo a solicitação.

**Campo 42 – Assinatura do Autorizador da Operadora:** Este campo deve ser assinado pelo responsável pela autorização concedida pela operadora.

Guia de Solicitação de Internação

O formulário é intitulado "GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO" e possui o número de protocolo "12345678901234567890".

Os campos são distribuídos da seguinte forma:

- Campos 1-5:** Localizados no topo, incluindo o código da operadora (campo 1), o número da guia no prestador (campo 2), o número da guia atribuído pela operadora (campo 3), a data de autorização (campo 4) e uma senha opcional (campo 5).
- Campos 6-10:** Localizados na seção "Dados do Beneficiário", incluindo o nome do beneficiário (campo 6), o nome do responsável (campo 7), o endereço (campo 8), o telefone (campo 9) e o e-mail (campo 10).
- Campos 11-15:** Localizados na seção "Dados do Profissional Solicitante", incluindo o nome do profissional (campo 11), o número de inscrição (campo 12), o endereço (campo 13), o telefone (campo 14) e o e-mail (campo 15).
- Campos 16-18:** Localizados na seção "Dados de Residência e Beneficiário do Beneficiário", incluindo o endereço (campo 16), o nome do responsável (campo 17) e o e-mail (campo 18).
- Campos 19-22:** Localizados na seção "Dados de Residência e Beneficiário do Beneficiário", incluindo o endereço (campo 19), o nome do responsável (campo 20), o e-mail (campo 21) e o telefone (campo 22).
- Campos 23-28:** Localizados na seção "Dados de Residência e Beneficiário do Beneficiário", incluindo o endereço (campo 23), o nome do responsável (campo 24), o e-mail (campo 25), o telefone (campo 26) e o e-mail (campo 27).

Descrição dos campos

- Campo 1 – Registro ANS:** Código da Operadora – 303178.
- Campo 2 – Número da guia no prestador:** Campo preenchido pela Operadora.
- Campo 3 – Número da Guia Atribuído pela Operadora:** Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.
- Campo 4 – Data da Autorização:** Preencher com a data de autorização.
- Campo 5 – Senha:** Campo opcional. Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.
- Campo 6 – Data da Validade da Senha:** Preencher com a data de validade em que a autorização foi concedida pela operadora.

## Dados do beneficiário

**Campo 7 – Número da Carteira:** Preencher com o número da carteira do beneficiário na operadora.

**Campo 8 – Validade da Carteira:** Preencher com a data da validade da carteira do beneficiário.

**Campo 9 – Atendimento à RN:** Este campo indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, Inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Deve ser informado "S" - Sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - Não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

**Campo 10 – Nome:** Preencher com o nome completo do beneficiário.

**Campo 11 – Cartão Nacional de Saúde:** Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário. Este campo deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

## Dados do Contratado Solicitante

**Campo 12 – Código na Operadora:** Preencher com a matrícula do prestador junto à Operadora.

**Campo 13 – Nome do Contratado:** Preencher com o nome do prestador contratado.

**Campo 14 – Nome do Profissional Solicitante:** Preencher com o nome do profissional solicitante.

**Campo 15 – Conselho Profissional:** Preencher com o código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio N° 26 (ANS).

**Campo 16 – Número do Conselho:** Preencher com o número de registro do respectivo Conselho Profissional.

**Campo 17 – UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 59 (ANS).

**Campo 18 – Código CBO:** Preencher com o Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 24 (ANS).

## Dados do Hospital/Local Solicitado/Dados da Internação

**Campo 19 – Código na Operadora/CNPJ:** Preencher com a matrícula do prestador junto à Operadora.

**Campo 20 – Nome do Hospital/Local Solicitado:** Preencher com o nome do hospital/local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.

**Campo 21 – Data sugerida para internação:** Preencher com a data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.

**Campo 22 – Caráter do Atendimento:** Preencher com o código do atendimento, conforme tabela de domínio N° 23 (ANS).

**Campo 23 – Tipo de Internação:** Preencher com o código do tipo de internação, conforme tabela de domínio N° 57 (ANS).

**Campo 24 – Regime de Internação:** Preencher com o regime da internação, de acordo com a tabela de domínio N° 41 (ANS).

**Campo 25 – Qtde. Diárias Solicitadas:** Preencher com o número de dias de internação solicitadas pelo prestador.

**Campo 26 – Previsão de uso de OPME:** Deve ser informado "S" - Sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - Não - caso não haja previsão de uso destes materiais.

**Campo 27 – Previsão de uso de quimioterápico:** Deve ser informado "S" - Sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - Não - caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.

**Campo 28 – Indicação Clínica:** Preencher com a indicação clínica do profissional, embasando a solicitação.

**Campo 29 – CID 10 Principal:** Campo Opcional. Preencher com o código do diagnóstico principal, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10º revisão.

**Campo 30 – CID 10 (2):** Campo Opcional. Preencher com o código do diagnóstico secundário, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10º revisão.

**Campo 31 – CID 10 (3):** Campo Opcional. Preencher com o código do terceiro diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10º revisão.

**Campo 32 – CID 10 (4):** Campo Opcional. Preencher com o código do quarto diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10º revisão.

**Campo 33 – Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada):** Este campo indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio N° 36 (ANS).

### **Procedimentos Solicitados**

**Campo 34 – Tabela:** Preencher com o código da tabela utilizado para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio N° 87 (ANS).

**Campo 35 – Código do Procedimento ou Item Assistencial:** Preencher com o código identificador do procedimento realizado pelo prestador.

**Campo 36 – Descrição:** Preencher com a descrição do procedimento realizado pelo prestador.

**Campo 37 – Qtde. Solic.:** Preencher com a quantidade solicitada do procedimento.

**Campo 38 – Qtde. Aut.:** Preencher com a quantidade autorizada do procedimento.

### **Dados da Autorização**

**Campo 39 – Data Provável na Admissão Hospitalar:** Preencher com a data provável da admissão do paciente no hospital.

**Campo 40 – Qtde. Diárias Autorizadas:** Preencher com o número de dias de internação autorizados pela operadora.

**Campo 41 – Tipo de Acomodação Autorizada:** Preencher com o código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio N° 49 (ANS).

**Campo 42 – Código na Operadora/CNPJ Autorizado:** Preencher com a matrícula do prestador junto à Operadora.

**Campo 43 – Nome do Hospital/Local Solicitado:** Preencher com o nome do hospital/local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.

**Campo 44 – Código CNES:** Preencher com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES). Caso o prestador ainda não possua o código do CNES, preencher o campo com 9999999.

**Campo 45 – Observação/Justificativa:** Campo opcional. Deve ser utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

**Campo 46 – Data da Solicitação:** Preencher com a data em que o profissional solicitou os procedimentos ou itens assistenciais.

**Campo 47 – Assinatura do Profissional Solicitante:** Este campo deve ser assinado pelo profissional que está fazendo a solicitação.

**Campo 48 – Assinatura do Beneficiário ou Responsável:** Este campo deve ser assinado pelo beneficiário ou responsável.

**Campo 49 – Assinatura do Responsável pela Autorização:** Este campo deve ser assinado pelo responsável pela autorização concedida pela operadora.

Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementar do Tratamento

The form is titled 'GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO'. It contains several sections:

- Top Section:** Fields for 'Registro ANS' (with a small box next to it), 'Número da Guia de Solicitação de Internação', and 'Data da Autorização'.
- Operador Section:** Fields for 'Nome do Operador', 'Número da Guia de Solicitação de Internação', and 'Senha'.
- Beneficiário Section:** Fields for 'Nome do Beneficiário', 'Número da Guia de Solicitação de Internação', and 'Data da Autorização'.
- Administrative Section:** Fields for 'Número da Guia de Solicitação de Internação', 'Data da Autorização', 'Código de Autorização', 'Data de Emissão', and 'Código de Autorização'.
- Table Section:** A table with columns for 'Número da Guia de Solicitação de Internação', 'Data da Autorização', 'Código de Autorização', and 'Data de Emissão'. It contains multiple rows for data entry.
- Operador Section (Bottom):** Fields for 'Nome do Operador', 'Número da Guia de Solicitação de Internação', and 'Senha'.
- Final Section:** Fields for 'Número da Guia de Solicitação de Internação', 'Data da Autorização', and 'Código de Autorização'.

Descrição dos campos

- Campo 1 – Registro ANS:** Código da Operadora – 303178.
- Campo 2 – Número da guia no prestador:** Campo preenchido pela Operadora.
- Campo 3 – Número da Guia de Solicitação de Internação:** Preencher com o número da guia inicial de solicitação de internação.
- Campo 4 – Data da Autorização:** Preencher com a data da autorização concedida pela operadora.
- Campo 5 – Senha:** Preencher com a senha de autorização emitida pela operadora.
- Campo 6 – Número da Guia Atribuído pela Operadora:** Não é obrigatório o preenchimento. Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.

### **Dados do beneficiário**

**Campo 7 – Número da Carteira:** Preencher com o número da carteira do beneficiário na operadora.

**Campo 8 – Nome:** Preencher com o nome completo do beneficiário.

### **Dados do Contratado Solicitante**

**Campo 9 – Código na Operadora:** Preencher com a matrícula do prestador junto à Operadora.

**Campo 10 – Nome do Contratado:** Preencher com o nome do prestador contratado.

**Campo 11 – Nome do Profissional Solicitante:** Preencher com o nome do profissional solicitante.

**Campo 12 – Conselho Profissional:** Preencher com o código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio N° 26 (ANS).

**Campo 13 – Número do Conselho:** Preencher com o número de registro do respectivo Conselho Profissional.

**Campo 14 – UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 59 (ANS).

**Campo 15 – Código CBO:** Preencher com o Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 24 (ANS).

### **Dados da Internação**

**Campo 16 – Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas:** Em campo deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias. Preencher com a quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.

**Campo 17 – Tipo da Acomodação Solicitada:** Em campo deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação. Preencher com o código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio N° 49 (ANS).

**Campo 18 – Indicação Clínica:** Preencher com a indicação clínica do profissional embasando a solicitação.

### **Procedimentos Adicionais Solicitados**

**Campo 19 – Tabela:** Este campo deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados. Preencher com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio N° 87 (ANS).

**Campo 20 – Código do Procedimento:** Este campo deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados. Preencher com o código identificado do procedimento solicitado pelo prestador.

**Campo 21 – Descrição:** Este campo deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados. Preencher com a descrição do procedimento solicitado pelo prestador.

**Campo 22 – Qtde. Solic.:** Este campo deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados. Preencher com a quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.

**Campo 23 – Qtde. Aut.:** Este campo deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados. Preencher com a quantidade autorizada pela operadora de um mesmo procedimento ou item assistencial.

## Dados da Autorização

**Campo 24 – Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas:** Este campo deve ser preenchido sempre que o campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido. Preencher com a quantidade de diárias adicionais autorizadas pela operadora.

**Campo 25 – Tipo de Acomodação Autorizada:** Este campo deve ser preenchido sempre que o campo "Tipo de Acomodação Solicitada" for preenchido. Preencher com o código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio N° 49 (ANS).

**Campo 26 – Justificativa da Operadora:** Este campo deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou complementação da internação. Preencher com a justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.

**Campo 27 – Observação/Justificativa:** Campo opcional. Este campo deve ser utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

**Campo 28 – Data da Solicitação:** Preencher com a data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.

**Campo 29 – Assinatura do Profissional Solicitante:** Este campo deve ser assinado pelo profissional que está fazendo a solicitação.

**Campo 30 – Assinatura do Responsável pela Autorização:** Este campo deve ser assinado pelo responsável pela autorização concedida pela operadora.

Guia Tratamento Odontológico

Descrição dos campos

- Campo 1 – Registro ANS:** Código da Operadora – 303178.
- Campo 2 – Número da guia no prestador:** Campo preenchido pela Operadora.
- Campo 3 - Número da Guia Principal:** Preencher com o número da guia principal, a qual esta guia está vinculada.
- Campo 4 – Data da Autorização:** Preencher com a data de autorização;
- Campo 5 – Senha:** Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.
- Campo 6 – Data da Validade da Senha:** Preencher com a data de validade da senha de autorização do procedimento.
- Campo 7 – Número da Guia Atribuído pela Operadora:** Não é obrigatório o preenchimento. Preencher com a senha de autorização fornecida pela Operadora.

Dados do beneficiário

- Campo 8 – Número da Carteira:** Preencher com o número da carteira do beneficiário na operadora.
- Campo 9 – Plano:** Preencher com o nome do plano de saúde do beneficiário.
- Campo 10 – Empresa:** Este campo deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial. Preencher com o Razão Social ou Nome Fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário.
- Campo 11 – Validade da Carteira:** Preencher com a data da validade da carteira do beneficiário.

**Campo 12 – Cartão Nacional de Saúde:** Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário. Este campo deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

**Campo 13 – Nome:** Preencher com o nome completo do beneficiário.

**Campo 14 – Telefone:** Preencher com o número do telefone do beneficiário.

**Campo 15 – Nome do titular do plano:** Este campo deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário. Preencher com o nome do titular do plano.

**Campo 16 – Atendimento à RN:** Este campo indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, Inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Deve ser informado "S" - Sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - Não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

### **Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

**Campo 17 – Nome do Profissional Solicitante:** Este campo deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante. Preencher com o nome do profissional que está solicitando o procedimento.

**Campo 18 – Número do CRO:** Este campo deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante. Preencher com o número de registro no Conselho Regional de Odontologia ao contratado solicitante.

**Campo 19 – UF:** Este campo deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante. Preencher com a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 59 (ANS).

**Campo 20 – Código CBO:** Preencher com o Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 24 (ANS).

**Campo 21 – Código na Operadora:** Preencher com a matrícula do prestador junto à Operadora.

**Campo 22 – Nome do Contratado Executante:** Preencher com a Razão Social, Nome Fantasia ou Nome do Prestador que executou o procedimento.

**Campo 23 – Número do CRO:** Preencher com o número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.

**Campo 24 – UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 59 (ANS).

**Campo 25 – Código CNES:** Preencher com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES). Caso o prestador ainda não possua o código do CNES, preencher o campo com 9999999.

**Campo 26 – Nome do Profissional Executante:** Este campo deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo "Nome do Contratado Executante" for pessoa jurídica.

**Campo 27 – Número do CRO:** Este campo deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo "Nome do Contratado Executante" for pessoa jurídica. Preencher com o número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.

**Campo 28 – UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 59 (ANS).

**Campo 29 – Código CBO:** Este campo deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo "Nome do Contratado Executante" for pessoa jurídica. Preencher com o Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio N° 24 (ANS).

## Plano de tratamento/Procedimentos solicitados/Procedimentos executados

**Campo 30 – Tabela:** Preencher com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio N° 87 (ANS).

**Campo 31 – Código do Procedimento:** Preencher com o código identificador do procedimento solicitado pelo prestador.

**Campo 32 – Descrição:** Preencher com a descrição do procedimento solicitado pelo prestador.

**Campo 33 – Dente/Região:** Este campo deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região. Preencher com a identificação da dentição permanente ou decídua, segundo tabela de domínio N° 28 (ANS) ou identificação da região, de acordo com a tabela de domínio de regiões N° 42 (ANS).

**Campo 34 – Face:** Este campo deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento. Preencher com a identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio N° 32 (ANS).

**Campo 35 – Qtde.:** Preencher com a quantidade solicitada/executada do procedimento.

**Campo 36 – Qtde. US:** Este campo deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US. Preencher com a quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/executado.

**Campo 37 – Valor R\$:** Preencher com o valor unitário do procedimento realizado.

**Campo 38 – Franquia (R\$):** Este campo deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional. Preencher com o valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador, de acordo com o valor do procedimento.

**Campo 39 – Aut.:** Preencher com "S" (Sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou "N" (Não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.

**Campo 40 – Cod. Negativa:** Este campo deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador. Preencher com o código do motivo da negativa, conforme tabela de domínio N° 38 (ANS).

**Campo 41 – Data de Realização:** Preencher com a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.

**Campo 42 – Assinatura:** Este campo deve ser assinado pelo beneficiário ou responsável.

**Campo 43 – Data de Término do Tratamento:** Este campo deve ser preenchido no caso de término do tratamento, quando não há autorização prévia da operadora. Preencher com a data prevista de término do tratamento odontológico.

**Campo 44 – Tipo de Atendimento:** Preencher com o código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio N° 51 (ANS).

**Campo 45 – Tipo de Faturamento:** Preencher com o código do tipo do faturamento apresentado na guia, conforme tabela de domínio N° 55 (ANS).

**Campo 46 – Total Quantidade US:** Este campo deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US. Preencher com o somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados.

**Campo 47 – Valor Total (R\$):** Preencher com o valor total de todos os procedimentos realizados.

**Campo 48 – Valor Total Franquia (R\$):** Este campo deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional. Preencher com o valor total da franquia, correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados.

**Campo 49 – Observação/Justificativa:** Campo opcional. Este campo deve ser utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

**Campo 50 – Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:** Preencher com a data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.

**Campo 51 – Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:** Este campo deve ser assinado pelo cirurgião-dentista solicitante do tratamento

**Campo 52 – Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista:** Preencher com a data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.

**Campo 53 – Assinatura do Cirurgião-Dentista:** Este campo deve ser assinado pelo cirurgião-dentista que executou o tratamento.

**Campo 54 – Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável:** Preencher com a data da assinatura do beneficiário ou responsável.

**Campo 55 – Assinatura do Beneficiário Responsável:** Este campo deve ser assinado pelo beneficiário ou responsável.

**Campo 56 – Data do Carimbo da empresa:** Este campo deve ser preenchido caso haja exigência da empresa à qual pertence o beneficiário. Preencher com a data do carimbo identificador da empresa.

