

MANUAL DE PREENCHIMENTO DA TISS (TROCA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR)

Padrão TISS Versão 3.00.02

Troca de Informação em Saúde Suplementar

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

Entende-se por TISS o padrão estabelecido pela ANS para Troca de Informação em Saúde Suplementar, com o objetivo principal de padronizar as trocas eletrônicas de informações administrativas e financeiras, a fim de aprimorar a eficiência e efetividade do sistema de saúde suplementar.

A Resolução Normativa nº 305/2012 determina a adoção do padrão TISS 3.02 por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde e dos prestadores de serviços de saúde.

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

O padrão TISS 3.02 deve ser praticado tanto em guias físicas quanto no envio do arquivo XML.

Componentes do padrão:

- I. Conteúdo e estrutura
- II. Representação de conceitos em saúde
- III. Segurança e privacidade
- IV. Comunicação

Novos conceitos:

- O Padrão TISS é eletrônico.
- Guias papel é contingência.

Não haverá campos de preenchimento opcional, apenas obrigatórios e preenchimento - condicionado.

Exceção: campo de observação

Novas transações:

Anexos clínicos (quimioterapia, radioterapia e OPME)

Guia de prorrogação / complemento

Recurso de glosa

Envio de dados para ANS

Guias utilizadas no plano de contingência - Formulários padronizados

- Cobrança de consulta
- SP/SADT (solicitação e cobrança)
- Cobrança de honorário individual
- Cobrança de outras despesas
- Anexo de solicitação de quimioterapia
- Anexo de solicitação de radioterapia
- Solicitação de internação
- Anexo de solicitação de OPME
- Solicitação de prorrogação de internação
- Resumo de internação
- Demonstrativo de análise de contas
- Demonstrativo de pagamento
- Recurso de glosa

Utilização das guias do plano de contingência

Cobrança de consulta

Deve ser utilizada exclusivamente na execução de consultas eletivas sem procedimento.

Constitui-se no documento padrão para solicitação do pagamento.

Não é referenciada e nem referencia nenhuma outra guia do padrão.

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

Deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção, pequenas cirurgias, terapias, consulta com procedimento, exames, atendimento domiciliar, SADT internado, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva (TRS) ou equipes não médicas terceirizadas participantes da internação (ex: fisioterapia, nutrição, fonoaudióloga). Compreende os processos de autorização, desde que necessária, e de execução dos serviços.

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

Guia utilizada para autorização e cobrança. Quando a Guia de SP/SADT for a:

Guia Principal do atendimento: não pode referenciar outra Guia (o campo número da guia principal deve estar em branco), mas poderá ser referenciada por outras.

Guia secundária: poderá estar ligada somente com outra Guia SP/SADT ou com a Guia de Solicitação de Internação e o vínculo deverá ser realizado por meio do campo número da guia principal.

Logo da Empresa

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

2. Nº Guia no Prestador: 12345678901234567890

1. Registro ANS

3. Número da Guia Principal

4. Data de Autorização

6. Data de Validade da Senha

7. Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira

9. Validade da Carteira

10. Nome

11. Cartão Nacional de Saúde

12. Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13. Código na Operadora

14. Nome do Contratado

15. Nome do Profissional Solicitante

16. Conselho Profissional

17. Número no Conselho

18. UF

19. Código CBO

20. Assinatura do Profissional Solicitante

Guia de Honorário Individual

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

Nas internações, no caso de contas desvinculadas, para cobrança de visitas clínicas, pareceres e honorários da equipe cirúrgica. Guia utilizada na cobrança de honorários da internação e sempre estará vinculada a uma Guia de Solicitação de Internação.

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

Logo da Empresa

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL
(Somente para pacientes internados)

2. Nº Guia no Prestador: 12345678901234567890

1. Registro ANS

3. Nº Guia de Solicitação de Internação

4. Senha

5. Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

6. Número da Carteira

7. Nome

8. Atendimento a RN

9. Código na Operadora

10. Nome do Hospital/Local

11. Código CNE S

Dados do Contratado Executante

12. Código na Operadora

13. Nome do Contratado

14. Código CNE S

15. Nome do Profissional Executante

16. Função

17. Número do Conselho

18. UF

19. Código CBO

20. Assinatura do Profissional Executante

Guia de Outras Despesas

É o formulário padrão a ser utilizado nos casos de apresentação do faturamento em papel, como instrumento de continuidade e complemento de folhas. Esta guia estará sempre vinculada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só. É utilizada na cobrança das despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, diárias, OPME, gases e taxas diversas não informadas na guia principal.

Logo da Empresa

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS _____ 2 - Número da Guia Referenciada _____

3 - Código na Operadora _____ 4 - Nome do Contrato _____ 5 - Código CNE S _____

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade	14 - Fator Red. de Medida	15 - Valor Unitário - R\$ / Acresc.	16 - Valor Total - R\$
17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante									
19 - Descrição	20 - Descrição									

Anexo de Solicitação de Quimioterapia

Anexo utilizado na complementação de informações para concessão de autorização de quimioterapia e sempre estará ligado a uma guia. No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da Guia de Solicitação da Internação ou da Guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS _____ 2 - Número da Guia Referenciada _____ 3 - Senha _____ 4 - Data de Autorização _____ 5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira _____ 7 - Nome _____ 8 - Idade _____ 9 - Sexo _____

Dados do Profissional Solicitante

10 - Nome do Profissional Solicitante _____ 11 - Telefone _____ 12 - E-mail _____

Diagnóstico Oncológico

13 - CID 10 Principal _____ 14 - CID 10 (2) _____ 15 - CID 10 (3) _____ 16 - CID 10 (4) _____ 17 - Plano terapêutico _____

18 - Data do diagnóstico _____ 19 - Estadiamento _____ 20 - Tipo de Quimioterapia _____ 21 - Finalidade _____ 22 - ECOG _____

Anexo de Solicitação de Radioterapia

Anexo utilizado na complementação de informações para concessão de autorização de radioterapia e sempre estará ligado a uma guia. No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da Guia de Solicitação da Internação ou da Guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS _____ 2 - Número da Guia Referenciada _____ 3 - Senha _____ 4 - Data de Autorização _____ 5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira _____ 7 - Nome _____ 8 - Idade _____ 9 - Sexo _____

Dados do Profissional Solicitante

10 - Nome do Profissional Solicitante _____ 11 - Telefone _____ 12 - E-mail _____

Diagnóstico Oncológico

13 - CID 10 Principal _____ 14 - CID 10 (2) _____ 15 - CID 10 (3) _____ 16 - CID 10 (4) _____ 17 - Diagnóstico por imagem _____ 18 - Estadiamento _____ 19 - ECOG _____ 20 - Finalidade _____

21 - Data do diagnóstico _____ 22 - Tipo de Radioterapia _____ 23 - Finalidade _____ 24 - ECOG _____ 25 - Finalidade _____

26 - Diagnóstico citopatológico _____ 27 - Informações relevantes _____ 28 - Tratamentos anteriores _____ 29 - Cirurgia _____

Anexo de Solicitação de OPME

Anexo utilizado na complementação de informações para concessão de autorização de OPME (órteses, próteses e materiais especiais).

No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da Guia de Solicitação da Internação ou da Guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Logo da Empresa		ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pelo Operador	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira					
Dados do Profissional Solicitante					
8 - Nome do Profissional Solicitante			10 - Telefone	11 - E-mail	
Dados da Charge					
12 - Justificativa Técnica					

Guia de Solicitação de Internação

Guia utilizada na autorização da internação e sempre será uma guia principal do atendimento. É o formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação em regime hospitalar, hospital dia ou domiciliar.

Logo da Empresa		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		
Dados do Beneficiário					

Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação

Guia utilizada para a prorrogação de internação ou complementação do tratamento e sempre será uma guia secundária, devendo ser vinculada por meio do campo “3-Número da Guia de Solicitação de Internação”, em que deve ser informado o número da guia inicial de solicitação da internação, mesmo que já tenha sido efetuada alguma cobrança utilizando a Guia de Resumo de Internação.

Guia de Resumo de Internação

Guia utilizada na cobrança, é o formulário padrão para a finalização do faturamento da internação.

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

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

As guias de Honorário Individual e SP/SADT devem ser ligadas à **Guia de Solicitação de Internação**.

A Guia de Solicitação de Internação deve ser referenciada na Guia de Resumo da Internação.

Logo da Empresa		GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO		2. Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação				
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN	
Dados do Contratado Executante					
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado			15 - Código CNE S	
Dados da Internação					

Guia de Recurso de Glosa

Guia enviada pelo prestador à operadora para a solicitação de revisão de glosa em sua cobrança e sempre será uma guia secundária, devendo ser vinculada através do campo “13- Número da Guia no Prestador”, a qual poderá ser referenciada a qualquer guia de cobrança (Guia de Consulta, Guia de SP/SADT, Guia de Resumo de Internação e/ou a uma Guia de Honorário Individual).

Logo da Empresa		GUIA DE RECURSO DE GLOSAS		2. Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora		
Dados do Contratado					
6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado				
Dados do recurso do protocolo					
8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)		12 - Acatado
Dados do recurso da guia					
13 - Número da guia no prestador	14 - Senha				
15 - Número da glosa da guia	16 - Justificativa (no caso de recurso integral da guia)				
Dados do recurso do procedimento ou item assintencioso					
18 - Data de realização	19 - Data final período	20 - Tabela	21 - Procedimento/Item assintencioso	22 - Descrição	23 - Código da glosa
24 - Valor Recusado	25 - Justificativa do Prestador				
26 - Valor Aceito	27 - Justificativa da Operadora				

Demonstrativo de Análise de Conta Médica

É o documento enviado da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer informações detalhadas sobre o processamento do lote de guias de faturamento enviado pelo prestador, item a item. A partir deste demonstrativo, é possível fazer uma previsão das contas a serem pagas pela operadora e solicitar revisão de possíveis glosas baseado nos detalhes do processamento das guias. Se feito eletronicamente, não é preciso a utilização da guia.

Logo da Empresa		DEMONSTRATIVO DE ANÁLISE DE CONTA		Z-Nº 12345678901234567890	
1 - Registro AINS		3 - Nome da Operadora		4 - CNPJ da Operadora	
5 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado		8 - Código CNES	
9 - Número do Lote		10 - Número do Protocolo		11 - Data do Protocolo	
12 - Código da Glosa do Protocolo		13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
15 - Senha		16 - Nome do beneficiário		17 - Número da Carteira	
18 - Data do início do Faturamento		19 - Hora do início do Faturamento		20 - Data do fim do Faturamento	
21 - Hora do fim do Faturamento		22 - Código da Glosa da Guia		23 - Data de realização	
24 - Tabela		25 - Código do procedimento/Item assistencial		26 - Descrição	
27 - Grau de Participação		28 - Valor informado		29 - Quant. Enviada	
30 - Valor Processado		31 - Valor Liberado		32 - Valor Glosa	
33 - Código da Glosa		34 - Valor informado da Guia (R\$)		35 - Valor Processado da Guia (R\$)	
36 - Valor Liberado da Guia (R\$)		37 - Valor Glosa da Guia (R\$)		38 - Valor informado do Protocolo (R\$)	
39 - Valor Processado do Protocolo (R\$)		40 - Valor Liberado do Protocolo (R\$)		41 - Valor Glosa do Protocolo (R\$)	
42 - Valor informado Geral (R\$)		43 - Valor Processado Geral (R\$)		44 - Valor Liberado Geral (R\$)	
45 - Valor Glosa Geral (R\$)					

Demonstrativo de Pagamento

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

A seguir exemplos de vinculação entre as guias:

Exemplo 2

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

Vinculação entre as Guias



- O hospital envia uma guia de Resumo de Internação, com um anexo de Outras Despesas onde cobrará taxas de sala, serviços hospitalares em geral, diárias, materiais e medicamentos.
- O laboratório e o serviço de imagens mandam separadamente uma guia de SP/SADT. Se houverem taxas, materiais ou medicamentos, também enviarão do anexo de Outras Despesas.
- Os médicos cobrarão seus serviços na guia de Honorário Individual.

Unimed

Vinculação entre as Guias

Exemplo 4

O beneficiário está internado para um procedimento cirúrgico e será utilizado OPME (Órtese, Prótese e Materiais Especiais)

Os exames de laboratório e de imagem serão cobrados por terceiros.



- O hospital envia uma guia de OPME, onde solicitará a Órtese, Prótese e Materiais Especiais;
- O laboratório e o serviço de imagens preenchem separadamente uma guia de SP/SADT. Se houver órtese, prótese ou materiais especiais, é preenchido a guia de OPME.

Unimed

Guia de Consulta

Logo da Empresa		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
GUIA DE CONSULTA			
1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira	5 - Validade da Carteira	15 - 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
Hipóteses Diagnósticas			
17 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)			
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
18 - Data do Atendimento	19 - Tipo de Consulta	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento 22 - Valor do Procedimento
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Legenda:

☐ Campos de preenchimento obrigatório

4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25.

- ✓ Campo 13 - Tabela 26
- ✓ Campo 15 - Tabela 59
- ✓ Campo 16 - Tabela 24
- ✓ Campo 17 - Tabela 36
- ✓ Campo 19 - Tabela 52
- ✓ Campo 20 - Tabela 87

(Ver tabela no final deste manual)

Campos de preenchimento condicional

- 📌 **Campo 3** - preencher caso a operadora atribua outro número à guia
- 📌 **Campo 8** - caso o beneficiário possua o Cartão Nacional de Saúde
- 📌 **Campo 12** - quando o prestador contratado for pessoa jurídica

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

Os campos 56 e 57 devem ser preenchidos OBRIGATORIAMENTE em caso de procedimentos como: fisioterapia, escleroterapia, nutrição, fonoaudiologia e psicoterapia. Estes são permitidos apenas um procedimento por dia.

Legenda:

 Campos de preenchimento obrigatório

1, 2, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 39, 40, 41, 42, 66, 67 e 68.

- ✓ **Campos 16 e 52** - Tabela 26
- ✓ **Campo 21** - Tabela 23
- ✓ **Campo 33** - Tabela 36
- ✓ **Campo 43** - Tabela 61
- ✓ **Campos 18 e 54** - Tabela 59
- ✓ **Campos 24 e 39** - Tabela 87
- ✓ **Campo 34** - Tabela 52
- ✓ **Campo 44** - Tabela 48
- ✓ **Campos 19 e 55** - Tabela 24
- ✓ **Campo 32** - Tabela 50
- ✓ **Campo 35** - Tabela 39
- ✓ **Campo 49** - Tabela 35

(Ver tabelas no final de manual)



Campos de preenchimento condicional

- ✚ **Campo 3** - número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais.
- ✚ **Campo 4** - caso de autorização pela operadora.
- ✚ **Campo 5** - caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
- ✚ **Campo 6** - caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
- ✚ **Campo 7** - preencher caso a operadora atribua outro número à guia.
- ✚ **Campo 9** - somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
- ✚ **Campo 11** - caso o beneficiário possua o Cartão Nacional de Saúde
- ✚ **Campo 35** - caso de óbito.
- ✚ **Campos 37 e 38** - devem ser preenchidos sempre que houver procedimento realizado sendo informado e se tratar de atendimento de urgência ou emergência.
- ✚ **Campos 43 e 44** - devem ser preenchidos sempre que houver procedimento realizado sendo informado e se tratar de procedimento cirúrgico.
- ✚ **Campo 45** - deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o fator é igual a 1,00.
- ✚ **Campos 46 e 47** - devem ser preenchidos sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente, o campo deve ser preenchido com zero.

- ✚ **Campo 48 a 55 - devem ser preenchidos somente se houver honorário médico no procedimento.**
- ✚ **Campo 48** - deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere à participação do profissional integrante da equipe.
- ✚ **Campo 49** - deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s) e se tratar de procedimento realizado por equipe.
- ✚ **Campo 50 a 55** - devem ser preenchidos sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
- ✚ **Campos 56 e 57** - devem ser preenchidos **OBRIGATORIAMENTE** em caso de procedimentos como: fisioterapia, escleroterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicoterapia. Estes são permitidos apenas um procedimento por dia.
- ✚ **Campos 56 e 57** - devem ser preenchidos quando se tratar de procedimentos seriados.
- ✚ **Campo 59 a 64** - devem ser preenchidos caso haja Guia de Outras Despesas com os respectivos itens.
- ✚ **Campo 59** - deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
- ✚ **Campo 60** - deve ser preenchido caso haja cobrança de taxa ou aluguel.
- ✚ **Campo 61** - deve ser preenchido caso haja materiais cobrados.
- ✚ **Campo 62** - deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados.
- ✚ **Campo 63** - deve ser preenchido caso haja medicamentos cobrados.
- ✚ **Campo 64** - deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.

Anexo de Outras Despesas

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
 (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada	
Dados do Contratado Executante			
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado	
5 - Código CNE			
Despesas Realizadas			
6 - CD	7 - Data	8 - Hora	9 - Local
10 - Valor	11 - Descrição	12 - Quantidade	13 - Valor Unitário
14 - Valor Total	15 - Valor Total	16 - Valor Total	17 - Valor Total
18 - Descrição			
19 - Descrição			
20 - Descrição			
21 - Descrição			
22 - Descrição			
23 - Descrição			
24 - Descrição			
25 - Descrição			
26 - Descrição			
27 - Descrição			
28 - Descrição			
29 - Descrição			
30 - Descrição			
31 - Descrição			
32 - Descrição			
33 - Descrição			
34 - Descrição			
35 - Descrição			
36 - Descrição			
37 - Descrição			
38 - Descrição			
39 - Descrição			
40 - Descrição			
41 - Descrição			
42 - Descrição			
43 - Descrição			
44 - Descrição			
45 - Descrição			
46 - 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			

Legenda:

 Campos de preenchimento obrigatório

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.

- ✓ **Campo 06** - Tabela 25
- ✓ **Campo 13** - Tabela 60
- ✓ **Campo 10** - Tabela 87

(Ver tabelas no final deste manual)



Campos de preenchimento condicional

- Campos 8 e 9** - devem ser preenchidos quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
- Campos 17 e 18** - devem ser preenchidos em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
- Campo 19** - deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.

Anexo de Quimioterapia

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2. N.º de Autorização no Prestador: 12345678901234567890

1. Recibo ANS

2. Número da Guia Referenciada

3. Data

4. Data de Autorização

5. Número da Guia Atribuído pela Operadora

6. Nome do Beneficiário

7. Nome do Cartão

8. Data de Nascimento

9. Data de Emissão

10. Data de Validade

11. Data de Exatidão

12. Data de Exatidão

13. Data de Exatidão

14. Data de Exatidão

15. Data de Exatidão

16. Data de Exatidão

17. Data de Exatidão

18. Data de Exatidão

19. Data de Exatidão

20. Data de Exatidão

21. Data de Exatidão

22. Data de Exatidão

23. Data de Exatidão

24. Data de Exatidão

25. Data de Exatidão

26. Data de Exatidão

27. Data de Exatidão

28. Data de Exatidão

29. Data de Exatidão

30. Data de Exatidão

31. Data de Exatidão

32. Data de Exatidão

33. Data de Exatidão

34. Data de Exatidão

35. Data de Exatidão

36. Data de Exatidão

37. Data de Exatidão

38. Data de Exatidão

39. Data de Exatidão

40. Data de Exatidão

41. Data de Exatidão

42. Data de Exatidão

43. Data de Exatidão

44. Data de Exatidão

45. Data de Exatidão

Legenda:



Campos de preenchimento obrigatório

1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 43, 44, 45.

- ✓ Campo 13 - Tabela 43
- ✓ Campo 22 - Tabela 31
- ✓ Campo 23 - Tabela 58
- ✓ Campo 24 - Tabela 33
- ✓ Campo 25 - Tabela 30
- ✓ Campo 30 - Tabela 87
- ✓ Campo 34 - Tabela 62

(Ver tabelas no final deste manual)



Campos de preenchimento condicional

- Campo 4** - deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
- Campo 5** - deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
- Campo 6** - deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
- Campo 16** - deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
- Campo 17** - deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
- Campo 28** - deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
- Campos 36 e 37** - devem ser preenchidos em caso de cirurgia realizada anteriormente.
- Campos 38 e 39** - devem ser preenchidos em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.

Anexo de Radioterapia

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2. Nº da Guia no Prestador 12345678901234567890

1. RAG - Ano ANS 2. Nº da Guia Referenciada 3. Nº da Guia 4. Senha 5. Data da Autorização 6. Número da Guia Atribuído pela Operadora

7. Nome do Beneficiário 8. Nome da Carteira 9. Idade 10. Sexo

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

14. Data do diagnóstico 15. CID - Principal 16. CID - Secundário 17. CID - Tercário 18. CID - Quaternário (4) 19. Diagnóstico por imagem 20. Exatidão 21. ECOG 22. Fisiologia

23. Diagnóstico Citohistopatológico 24. Informações relevantes

25. Cirurgia 26. Data da Realização 27. Quimioterapia 28. Data da Aplicação

Procedimentos Complementares

29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Classe
01- / /				
02- / /				
03- / /				
04- / /				
05- / /				
06- / /				

29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Classe
07- / /				
08- / /				
09- / /				
10- / /				
11- / /				
12- / /				

34 - Número de Campos 35 - Dose por dia (em Gy) 36 - Dose Total (em Gy) 37 - Número de Sessões 38 - Data Prevista para início da Administração

39 - Data da Solicitação 40 - Assinatura do Profissional Solicitante 41 - Assinatura do Autorizador da Operadora

Legenda:



Campos de preenchimento obrigatório

1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 21, 22, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41.

- ✓ **Campo 10** - Tabela 43
- ✓ **Campo 19** - Tabela 29
- ✓ **Campo 20** - Tabela 31
- ✓ **Campo 21** - Tabela 30
- ✓ **Campo 22** - Tabela 33
- ✓ **Campo 30** - Tabela 87
- ✓ **Campo 34** - Tabela 62

(Ver tabelas no final deste manual)



Campos de preenchimento condicional

- + **Campo 4** - deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
- + **Campo 5** - deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
- + **Campo 6** - deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
- + **Campo 14** - deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
- + **Campo 19** - deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
- + **Campo 24** - deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
- + **Campos 25 e 26** - devem ser preenchidos em caso de cirurgia realizada anteriormente.
- + **Campos 27 e 28** - devem ser preenchidos em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.



Campos de preenchimento opcional

 **Campos 15, 16, 17 e 18** - devem ser preenchidos caso o solicitante veja necessidade.

Comprovante Presencial

Logo da Empresa

GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL

2-16 Nº da Prestação: 12345678901234567890

1-1 Início ANS

3-1 Nome do Contratado

3-2 Data de Início da Operação

3-3 Nome do Contratado

3-4 Nome do Profissional Executante

7-1 CIP - Centro Profissional

7-2 CIP - Centro no Conselho

8-1 CIP - CIP

8-2 CIP - CIP

11-1 Data do atendimento

12-1 Nome do cliente

12-2 Nome do Beneficiário

14-1 Nome da Guia Principal

15-1 Assinatura

16-1 Assinatura do Contratado

Legenda:

 **Campos de preenchimento obrigatório**

1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.

- ✓ **Campo 7** - Tabela 26
- ✓ **Campo 9** - Tabela 59
- ✓ **Campo 10** - Tabela 24

(Ver tabelas no final deste manual)



Campo 6 - deve ser preenchido quando o contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

Anexo de Solicitação de OPME

Logo da Empresa

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

Assinatura do Prestador: 12345678901234567890

1 - Número ANS

2 - Número da Guia Referenciada

3 - Data

4 - Nome

5 - Número da Autorização

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

7 - Nome do Beneficiário

8 - Nome do Carimbo

9 - Nome do Profissional Solicitante

10 - Nome do Profissional Solicitante

11 - Data

12 - Data

13 - Data

14 - Data

15 - Data

16 - Data

17 - Data

18 - Data

19 - Data

20 - Data

21 - Data

22 - Data

23 - Data

24 - Data

25 - Data

26 - Data

27 - Data

28 - Data

29 - Data

30 - Data

31 - Data

32 - Data

33 - Data

34 - Data

35 - Data

36 - Data

37 - Data

38 - Data

39 - Data

40 - Data

41 - Data

42 - Data

43 - Data

44 - Data

45 - Data

46 - Data

47 - Data

48 - Data

49 - Data

50 - Data

51 - Data

52 - Data

53 - Data

54 - Data

55 - Data

56 - Data

57 - Data

58 - Data

59 - Data

60 - Data

61 - Data

62 - Data

63 - Data

64 - Data

65 - Data

66 - Data

67 - Data

68 - Data

69 - Data

70 - Data

71 - Data

72 - Data

73 - Data

74 - Data

75 - Data

76 - Data

77 - Data

78 - Data

79 - Data

80 - Data

81 - Data

82 - Data

83 - Data

84 - Data

85 - Data

86 - Data

87 - Data

88 - Data

89 - Data

90 - Data

91 - Data

92 - Data

93 - Data

94 - Data

95 - Data

96 - Data

97 - Data

98 - Data

99 - Data

100 - Data

101 - Data

102 - Data

103 - Data

104 - Data

105 - Data

106 - Data

107 - Data

108 - Data

109 - Data

110 - Data

111 - Data

112 - Data

113 - Data

114 - Data

115 - Data

116 - Data

117 - Data

118 - Data

119 - Data

120 - Data

121 - Data

122 - Data

123 - Data

124 - Data

125 - Data

126 - Data

127 - Data

128 - Data

129 - Data

130 - Data

131 - Data

132 - Data

133 - Data

134 - Data

135 - Data

136 - Data

137 - Data

138 - Data

139 - Data

140 - Data

141 - Data

142 - Data

143 - Data

144 - Data

145 - Data

146 - Data

147 - Data

148 - Data

149 - Data

150 - Data

151 - Data

152 - Data

153 - Data

154 - Data

155 - Data

156 - Data

157 - Data

158 - Data

159 - Data

160 - Data

161 - Data

162 - Data

163 - Data

164 - Data

165 - Data

166 - Data

167 - Data

168 - Data

169 - Data

170 - Data

171 - Data

172 - Data

173 - Data

174 - Data

175 - Data

176 - Data

177 - Data

178 - Data

179 - Data

180 - Data

181 - Data

182 - Data

183 - Data

184 - Data

185 - Data

186 - Data

187 - Data

188 - Data

189 - Data

190 - Data

191 - Data

192 - Data

193 - Data

194 - Data

195 - Data

196 - Data

197 - Data

198 - Data

199 - Data

200 - Data

201 - Data

202 - Data

203 - Data

204 - Data

205 - Data

206 - Data

207 - Data

208 - Data

209 - Data

210 - Data

211 - Data

212 - Data

213 - Data

214 - Data

215 - Data

216 - Data

217 - Data

218 - Data

219 - Data

220 - Data

221 - Data

222 - Data

223 - Data

224 - Data

225 - Data

226 - Data

227 - Data

228 - Data

229 - Data

230 - Data

231 - Data

232 - Data

233 - Data

234 - Data

235 - Data

236 - Data

237 - Data

238 - Data

239 - Data

240 - Data

241 - Data

242 - Data

243 - Data

244 - Data

245 - Data

246 - Data

247 - Data

248 - Data

249 - Data

250 - Data

251 - Data

252 - Data

253 - Data

254 - Data

255 - Data

256 - Data

257 - Data

258 - Data

259 - Data

260 - Data

261 - Data

262 - Data

263 - Data

264 - Data

265 - Data

266 - Data

267 - Data

268 - Data

269 - Data

270 - Data

271 - Data

272 - Data

273 - Data

274 - Data

275 - Data

276 - Data

277 - Data

278 - Data

279 - Data

280 - Data

281 - Data

282 - Data

283 - Data

284 - Data

285 - Data

286 - Data

287 - Data

288 - Data

289 - Data

290 - Data

291 - Data

292 - Data

293 - Data

294 - Data

295 - Data

296 - Data

297 - Data

298 - Data

299 - Data

300 - Data

301 - Data

302 - Data

303 - Data

304 - Data

305 - Data

306 - Data

307 - Data

308 - Data

309 - Data

310 - Data

311 - Data

312 - Data

313 - Data

314 - Data

315 - Data

316 - Data

317 - Data

318 - Data

319 - Data

320 - Data

321 - Data

322 - Data

323 - Data

324 - Data

325 - Data

326 - Data

327 - Data

328 - Data

329 - Data

330 - Data

331 - Data

332 - Data

333 - Data

334 - Data

335 - Data

336 - Data

337 - Data

338 - Data

339 - Data

340 - Data

341 - Data

342 - Data

343 - Data

344 - Data

345 - Data

346 - Data

347 - Data

348 - Data

349 - Data

350 - Data

351 - Data

352 - Data

353 - Data

354 - Data

355 - Data

356 - Data

357 - Data

358 - Data

359 - Data

360 - Data

361 - Data

362 - Data

363 - Data

364 - Data

365 - Data

366 - Data

367 - Data

368 - Data

369 - Data

Legenda:



1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 26, 27 e 28.

✓ **Campo 13 - Tabela 87**

(Ver tabela no final deste manual)



Campos de preenchimento condicional

-  **Campo 6** - deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
-  **Campo 11** - deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
-  **Campo 18** - deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
-  **Campo 20** - deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
-  **Campo 21** - deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
-  **Campo 22** - deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
-  **Campo 23** - deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
-  **Campo 24** - deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.

Guia de Solicitação de Internação

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

Legenda:



Campos de preenchimento obrigatório

1, 2, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 46, 47, 48, 49.

- ✓ **Campo 15** - Tabela 26
- ✓ **Campo 17** - Tabela 59
- ✓ **Campo 18** - Tabela 24
- ✓ **Campo 22** - Tabela 23
- ✓ **Campo 23** - Tabela 57
- ✓ **Campo 24** - Tabela 41
- ✓ **Campo 33** - Tabela 36
- ✓ **Campo 34** - Tabela 87
- ✓ **Campo 41** - Tabela 49

(Ver tabelas no final deste manual)



Campos de preenchimento condicional

-  **Campo 3** - deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
-  **Campo 5** - deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
-  **Campo 6** - deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
-  **Campo 8** - deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
-  **Campo 11** - deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
-  **Campo 14** - deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
-  **Campos 39, 40, 41, 42, 43, 44** - devem ser preenchidos em caso de autorização pela operadora.

Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação de Tratamento

Logo da Operadora		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO		2. Guia no Prestador 12345678901234567890
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização		
5 - Senha	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Nome			
Dados do Contratado Solicitante				
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado			
11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Conselho Profissional	13 - Número no Conselho	14 - UF	15 - Código CBO
Dados da Internação				
16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas	17 - Tipo da Acomodação Solicitada			
18 - Indicação Clínica				
Procedimentos Adicionais Solicitados				
19 - Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde Solic	23 - Qtde Aut
1-1				
2-1				
3-1				
4-1				
5-1				
6-1				
7-1				
8-1				
9-1				
Dados da Autorização				
24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas	25 - Tipo da Acomodação Autorizada			
26 - Justificativa da operadora				
27 - Observação / Justificativa				
28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

Legenda:



Campos de preenchimento obrigatório

1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 28, 29, 30.

- ✓ **Campo 12** - Tabela 26
- ✓ **Campo 14** - Tabela 59
- ✓ **Campo 15** - Tabela 24
- ✓ **Campos 17 e 25** - Tabela 49
- ✓ **Campo 25** - Tabela 87

(Ver tabelas no final deste manual)



Campos de preenchimento condicional

-  **Campo 5** - deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
-  **Campo 6** - deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
-  **Campo 11** - deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
-  **Campos 19, 20, 21, 22 e 23** - devem ser preenchidos caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
-  **Campo 24** - deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
-  **Campo 25** - deve ser preenchido sempre que campo de "Tipo da Acomodação Solicitada" for preenchido pelo prestador de serviços.
-  **Campo 26** - deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.

Guia de Resumo de Internação

Logo da Empresa

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2-10 - Guia no Prestador 12345678901234567890

1-1 - Registro ANS 3-1 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4-1 - Data de Autorização 5-1 - Data 6-1 - Data de Validade da Senha 7-1 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8-1 - Nome do Beneficiário 9-1 - Número da Carteira 10-1 - Unidade da Carteira 11-1 - Cartão Nacional de Saúde 12-1 - Endereçamento a ROR

13-1 - Nome do Contratado Executante 14-1 - Nome do Contratado 15-1 - Código CNES

16-1 - Tipo de Internação 17-1 - Tipo de Faturamento 18-1 - Data do Início do Faturamento 19-1 - Hora do Início do Faturamento 20-1 - Data do Fim do Faturamento 21-1 - Hora do Fim do Faturamento 22-1 - Tipo de Internação 23-1 - Nome de Internação

24-1 - CID 10 Principal 25-1 - CID 10 (2) 26-1 - CID 10 (3) 27-1 - CID 10 (4) 28-1 - Situação de Atendimento 29-1 - Motivo de Encerramento da Internação 30-1 - Número da declaração de nascido vivo 31-1 - CID 10 Obito 32-1 - Número da declaração de óbito 33-1 - Indicador D.O. de ROR

34-1 - CID 35-1 - Hora Inicial 36-1 - Hora Final 37-1 - 38-1 - Código do Procedimento 39-1 - Descrição 40-1 - Valor 41-1 - Valor 42-1 - Valor 43-1 - Valor 44-1 - Valor 45-1 - Valor 46-1 - Valor 47-1 - Valor 48-1 - Valor 49-1 - Valor 50-1 - Valor 51-1 - Valor 52-1 - Valor 53-1 - Valor 54-1 - Valor 55-1 - Valor 56-1 - Valor 57-1 - Valor 58-1 - Valor 59-1 - Valor 60-1 - Valor 61-1 - Valor 62-1 - Valor 63-1 - Valor

64-1 - Data da assinatura do contratado 65-1 - Assinatura do contratado 66-1 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

67-1 - Observações / Justificativa

Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Outubro 2012

235

Legenda:

☐ Campos de preenchimento obrigatório

1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 29, 34, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 61, 62 e 63.

- ✓ Campo 16 - Tabela 23
- ✓ Campo 17 - Tabela 55
- ✓ Campo 22 - Tabela 57
- ✓ Campo 23 - Tabela 41
- ✓ Campo 28 - Tabela 36
- ✓ Campo 29 - Tabela 39
- ✓ Campo 37 - Tabela 87
- ✓ Campo 41 - Tabela 61
- ✓ Campo 42 - Tabela 42
- ✓ Campo 47 - Tabela 35

- ✓ **Campo 50** - Tabela 26
- ✓ **Campo 52** - Tabela 59
- ✓ **Campo 53** - Tabela 24

(Ver tabelas no final deste manual)



Campos de preenchimento condicional

-  **Campo 6** - deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
-  **Campo 7** - deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
-  **Campo 9** - deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
-  **Campo 11** - deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
-  **Campo 30** - deve ser preenchido em caso de internação obstétrica em que tenha havido nascido vivo.
-  **Campo 32** - deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da mãe.
-  **Campo 33** - deve ser preenchido quando o campo “Número da Declaração de Óbito” for preenchido. Preencher com S (SIM) caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N (Não) caso a declaração de óbito informada seja da mãe.
-  **Campos 35 e 36** - devem ser preenchidos quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
-  **Campos 41 e 42** - devem ser preenchidos em caso de procedimento cirúrgico.
-  **Campo 46** - deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere à participação do profissional integrante da equipe.
-  **Campo 55** - deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
-  **Campo 56** - deve ser preenchido caso haja cobranças de taxas ou aluguéis.
-  **Campo 57** - deve ser preenchido caso haja material cobrado.
-  **Campo 58** - deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado.
-  **Campo 59** - deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
-  **Campo 60** - deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
-  **Campo 64** - deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria *in loco* da operadora.

Guia de Honorário Individual

Logo da Empresa

2-Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL
(Somente para pacientes internados)

1-Beneficiário ANS	3-Nº Guia de Solicitação de Internação	4-Senha	5-Número da Guia Atribuído pela Operadora
6-Nº do Beneficiário	7-Nome	8-Atendimento a RN	
9-Código Contratado (onde foi executado o procedimento)	10-Nome do Hospital/Local	11-Código CNES	
12-Código Contratado Executante	13-Nome do Contratado	14-Código CNES	
15-Nome do Profissional Executante	16-Código Conselho Profissional	17-Número no Conselho	18-Código CBO
20-Data de Início do Faturamento	21-Data do Fim do Faturamento		

22-Código da Tabela	23-Data Inicial	24-Hora Inicial	25-Hora Final	26-Tipo de Procedimento	27-Código do Procedimento	28-Diagnóstico	29-Código da Tabela	30-Data Inicial	31-Data Final	32-Fator Redutor	33-Valor Unitário - R\$	34-Valor Total - R\$
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

35-Observação / Justificativa

36-Valor total dos honorários

37-Data de emissão

38-Assinatura do Profissional Executante

Legenda:

☐ Campos de preenchimento obrigatório

1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 36, 37 e 38

- ✓ Campo 16 - Tabela 26
- ✓ Campo 18 - Tabela 59
- ✓ Campo 19 - Tabela 24
- ✓ Campo 22 - Tabela 35
- ✓ Campo 26 - Tabela 87
- ✓ Campo 30 - Tabela 61
- ✓ Campo 31 - Tabela 48

(Ver tabelas no final deste manual)



Campos de preenchimento condicional

- Campo 4** - deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
- Campo 5** - deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
- Campo 15** - deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
- Campos 24 e 25** - devem ser preenchidos quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
- Campos 30 e 31** - devem ser preenchidos quando se tratar de procedimento cirúrgico.

Demonstrativo de Análise de Conta

Logo da Empresa

DEMONSTRATIVO DE ANÁLISE DE CONTA

2-Nº 12345678901234567890

1 - Razão ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Cód. RJ da Operadora	5 - Cód. de emissão
6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado	8 - Código CNES	
9 - Número do Lote/Protocolo	10 - Número do Protocolo	11 - Cód. do Protocolo	12 - Código da Glosa do Protocolo
13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Senha	
16 - Nome do beneficiário	17 - Número da Carteira		
18 - Data do Início do Faturamento	19 - Hora do Início do Faturamento	20 - Data do Fim do Faturamento	21 - Hora do Fim do Faturamento
22 - Código da Glosa da Guia			
23 - Data de realização	24 - Tipo	25 - Código do procedimento em ambulatório	26 - Descrição
27 - Código de Procedimento	28 - Valor Informado	29 - Valor Processado	30 - Valor Liberado
31 - Valor Glosa	32 - Código da Glosa		
33 - Valor Informado da Guia (R\$)	34 - Valor Processado da Guia (R\$)	35 - Valor Liberado da Guia (R\$)	36 - Valor Glosa da Guia (R\$)
37 - Valor Informado do Protocolo (R\$)	38 - Valor Processado do Protocolo (R\$)	39 - Valor Liberado do Protocolo (R\$)	40 - Valor Glosa do Protocolo (R\$)
41 - Valor Informado Geral (R\$)	42 - Valor Processado Geral (R\$)	43 - Valor Liberado Geral (R\$)	44 - Valor Glosa Geral (R\$)

Legenda:



Campos de preenchimento obrigatório

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 43 e 44.

- ✓ **Campo 22** - Tabela 38
- ✓ **Campo 24** - Tabela 87
- ✓ **Campo 27** - Tabela 35
- ✓ **Campo 33** - Tabela 38

(Ver tabelas no final deste manual)



Campos de preenchimento condicional

-  **Campo 12** - deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
-  **Campo 14** - deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
-  **Campo 15** - deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a guia referida.
-  **Campos 18, 19, 20 e 21** - devem ser preenchidos no caso de apresentação de conta referente à internação.
-  **Campo 22** - deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da guia.
-  **Campo 27** - deve ser preenchido nas cobranças referentes a honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional, no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.
-  **Campos 32 e 33** - devem ser preenchidos caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
-  **Campo 37** - deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
-  **Campo 41** - deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.
-  **Campo 45** - deve ser preenchido caso haja algum valor glosado nos protocolos ou guias apresentados no demonstrativo.

Logo da Empresa

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2-Nº da Prestação 12345678901234567890

1-Recibo ANS 3-Nº da Operadora 4-Código do Recurso 5-Número da Guia Atribuído pela Operadora

6-Contratado 7-Nome do Contratado

8-Código da Operadora

9-Nº do Recurso do protocolo 10-Código da Glosa do Protocolo 11-Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo) 12-Acatado

13-Nº do Recurso da guia 14-Será 15-Código da glosa da guia 16-Justificativa (no caso de recurso integral da guia) 17-Acatado

18-Nº do Recurso do procedimento 19-Guia final período 20-Data 21-Procedimento/Item assistencial 22-Descrição 23-Código da glosa

24-Valor Total Recusado (R\$) 25-Valor Total Acatado (R\$)

26-Data do Recurso 27-Justificativa do Recusado 28-Justificativa da Operadora 29-Data da Assinatura do Operadora 30-Data da Assinatura da Operadora

Radiação TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Outubro 2012

265

 Campos de preenchimento obrigatório

- ✓ Campos 10,15 e 23 - Tabela 38
- ✓ Campo 20 - Tabela 87

Campos de preenchimento condicional

- ANS - N° 333051

-  **Campo 12** - deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (Sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (Não), caso o recurso não tenha sido acatado.
-  **Campo 14** - deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
-  **Campos 15 e 16** - devem ser preenchidos em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
-  **Campo 17** - deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (Sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (Não), caso o recurso não tenha sido acatado.
-  **Campo 19** - deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
-  **Campos 20, 21, 22, 23, 24 e 25** - deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
-  **Campo 27** - deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa.

Demonstrativo de Pagamento

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO										R.Nº 2345678901234567890	
1 - R- Centro ANS		3 - N- Nome da Operadora		6 - C- Cof. Operadora		5 - D- Data de Emissão					
4 - C- Cof. da Operadora		7 - N- Nome do Contratado				8 - C- Cof. do CINES					
2 - D- Data do Pagamento		10 - F- Forma de Pagamento		11 - S- Selo		12 - Agência		13 - Conta			
14 - D- Data do Protocolo		15 - N- Número do Protocolo		16 - N- Número do Lote		17 - V- Valor Informado		18 - V- Valor Processado		19 - V- Valor Liberado	
20 - V- Valor da Glosa											
21 - V- Valor Total Informado (R\$) (somatório do campo 17)		22 - V- Valor Total Processado (R\$) (somatório do campo 18)		23 - V- Valor Total Liberado (R\$) (somatório do campo 19)		24 - V- Valor Total Glosa (R\$) (somatório do campo 20)					
25 - V- Valor Total de Demais Debitos (R\$)		26 - V- Valor Total de Demais Creditos (R\$)		27 - V- Valor Final a Receber (R\$) (23-25-30)							
Observação / Justificativa											

Legenda:

 Campos de preenchimento obrigatório

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23 e 31.

- ✓ **Campo 10** - Tabela 34
- ✓ **Campo 25** - Tabela 37
- ✓ **Campo 26** - Tabela 27

(Ver tabelas no final deste manual)



Campos de preenchimento condicional

-  **Campos 11, 12 e 13** - devem ser preenchidos quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
-  **Campos 20 e 24** - devem ser preenchidos caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.
-  **Campos 25, 26, 27 e 28** - devem ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
-  **Campos 29** - deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito.
-  **Campo 30** - deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer crédito.

Termos utilizados

- ◆ **Acidente:** é o evento não intencional, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, dos esportes e do lazer.
- ◆ **Acidente ou doença relacionada ao trabalho ou agravos à saúde relacionados ao trabalho:** são doenças, danos, distúrbios, sofrimentos ou lesões causados ou agravados pelo trabalho, que implicam prejuízo à saúde de um indivíduo ou de uma população. Os acidentes e as doenças cujo nexos causal seja estabelecido como resultantes do exercício de atividade profissional são de notificação obrigatória segundo legislação do Ministério da Saúde, informados por meio da ficha de notificação específica a ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), bem como devem ser também registrados por meio da emissão, pelo profissional e/ou serviço que atende o paciente, da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).
- ◆ **Alta/ motivo de encerramento do atendimento:** ato que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente. Este pode receber alta estando curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado.
- ◆ **Alto custo:** é o mesmo que alta complexidade, conforme definido no rol de procedimentos estabelecido pela ANS.
- ◆ **Área de abrangência ou cobertura geográfica de um plano:** é a definição de quais são os limites geográficos que estão cobertos pelo contrato, podendo ser uma das seguintes opções: nacional, grupo de estados, estadual, grupo de municípios ou municipal.

- ◆ **Atendimento domiciliar:** regime de atendimento em que o beneficiário é atendido fora do âmbito médico hospitalar, em seu domicílio. Ver também Regime de Internação - Internação Domiciliar.
- ◆ **Autorização de procedimentos:** processo eletrônico ou não, utilizado como resposta à transação de solicitação de autorização de procedimento, que incorpora as solicitações das Guias de Solicitação de Internação e SP/ SADT.
- ◆ **Beneficiário:** sujeito ativo - titular ou dependente - dos direitos definidos em contrato assinado entre uma pessoa física ou pessoa jurídica com uma operadora para garantia da assistência. O termo beneficiário refere-se ao vínculo ao plano de saúde, podendo existir mais de um vínculo para um mesmo indivíduo. Tendo em vista que uma mesma pessoa física pode estar vinculada a mais de um plano, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.
- ◆ **CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde):** cadastro que registra as informações completas acerca dos prestadores de serviços em saúde, pessoa física ou jurídica, visando disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento destes prestadores de saúde em todas as esferas.
- ◆ **Caráter da solicitação:** é a definição sobre o tipo de atendimento que está sendo prestado, se eletivo ou de urgência/ emergência.
- ◆ **Caráter eletivo:** diz-se do procedimento realizado de forma programada antecipadamente, não envolvendo situação de urgência ou emergência.
- ◆ **Caráter de urgência:** diz-se do procedimento realizado de forma não programada antecipadamente, devido à situação de urgência ou emergência.
- ◆ **Cartão do beneficiário:** documento que identifica, mediante numeração própria de cada operadora, o beneficiário de um plano de saúde.
- ◆ **CNS (Cartão Nacional de Saúde):** instrumento criado pelo Ministério da Saúde que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os executou e ao estabelecimento de saúde, por meio de números de identificação previamente cadastrados numa base de dados de âmbito nacional. O Cartão Nacional de Saúde estrutura a coleta de dados e informações em saúde por meio do número único de identificação do usuário do SUS e de uma rede de telecomunicações e equipamentos de informática que, segundo protocolos nacionais, possibilita o trânsito, o armazenamento e o acesso às informações geradas nas Unidades Assistenciais.
- ◆ **Código CBO-S (Classificação Brasileira de Ocupações + Saúde):** código da especialidade do profissional contratado conforme a Classificação Brasileira de Ocupações - Saúde.
- ◆ **Consulta:** atendimento ambulatorial prestado ao beneficiário de plano de saúde por profissional habilitado para tal, que consiste no exame clínico do mesmo, com ou sem apoio de instrumentos que visem a estabelecer uma hipótese diagnóstica ou elucidar um diagnóstico.
- ◆ **Contratado:** pessoa física ou jurídica autorizada a solicitar ou prestar serviço, mediante contrato formal, aos beneficiários de uma operadora.

- ◆ **Contratado solicitante:** profissional ou serviço de saúde autorizado a prestar serviço, mediante contrato formal, aos beneficiários de uma operadora, responsável pela solicitação de determinado procedimento/serviço de apoio ao atendimento prestado.
- ◆ **Contratado executante:** profissional ou serviço de saúde autorizado a prestar serviço, mediante contrato formal, aos beneficiários de uma operadora, responsável pela execução direta do procedimento.
- ◆ **Diagnóstico principal:** é o principal diagnóstico que justifica o procedimento, evento ou informação.
- ◆ **Equipe médica:** equipe constituída por diversos profissionais da área de saúde, da mesma especialidade ou não, da mesma disciplina ou não, para realização de serviço médico-hospitalar.
- ◆ **Eventos assistenciais:** consultas médicas, odontológicas ou de quaisquer outras especialidades da área de saúde devidamente habilitadas para tal; utilização de serviços profissionais e de apoio diagnóstico e/ou terapêutico; internação hospitalar e tratamento odontológico.
- ◆ **Exames complementares:** métodos auxiliares realizados com objetivo de diagnosticar, rastrear, definir ou acompanhar determinada patologia, suspeita ou já conhecida.
- ◆ **Fatura:** documento fiscal ou não, identificado, que representa uma conta a ser paga por prestação de serviços diversos, abrangendo um ou mais lotes.
- ◆ **Tipo de faturamento:** definição do faturamento do atendimento prestado de acordo com o total de procedimentos a serem faturados ao término deste atendimento.
- ◆ **Faturamento parcial:** tipo de faturamento realizado apenas em parte da conta do serviço prestado ao beneficiário. Este faturamento pode ocorrer com o paciente permanecendo ainda sob atendimento.
- ◆ **Faturamento total:** tipo de faturamento realizado com base em todo somatório da conta do serviço prestado ao beneficiário.
- ◆ **Glosa:** é a rejeição total ou parcial, com consequente cancelamento de verbas ou parcelas, de uma conta ou orçamento.
- ◆ **Grau de participação:** é a posição exercida pelo profissional executante do procedimento na equipe de atendimento, classificada de acordo com a tabela de domínio própria.
- ◆ **Guia referenciada:** guia utilizada para encaminhamento de paciente a outro profissional ou serviço.
- ◆ **Hipótese diagnóstica:** fase inicial do processo de raciocínio clínico feita pelo profissional, na qual são levantadas hipóteses, com algum grau de certeza, sobre o problema exposto.
- ◆ **Honorário individual:** valor a que faz jus o profissional de saúde pela prestação de serviços assistenciais a um paciente.
- ◆ **Indicação clínica:** patologia, sinal ou sintoma que justifica a solicitação de determinado procedimento.

- ◆ **Internação cirúrgica:** internação objetivada por realização de ato cirúrgico em paciente em ambiente hospitalar.
- ◆ **Internação clínica:** internação objetivada por realização de acompanhamento clínico ou diagnóstico em ambiente hospitalar.
- ◆ **Internação obstétrica:** internação objetivada por realização de acompanhamento, diagnóstico, intervenção de caráter obstétrico em ambiente hospitalar.
- ◆ **Internação pediátrica:** internação médica voltada para a manutenção da saúde e para a oferta de cuidados médicos às crianças desde o nascimento até a adolescência (00 a 18 anos incompletos).
- ◆ **Internação psiquiátrica:** internação relacionada com a aplicação de princípios da psiquiatria no cuidado de doentes mentais.
- ◆ **Lote de guia:** agrupamento de guias apresentadas pelo prestador com numeração unívoca por ele estabelecida.
- ◆ **Medicamentos especiais:** aqueles que necessitam de autorização prévia.
- ◆ **Motivo de saída:** motivo que atesta a saída do paciente de determinada condição de atendimento ou internação.
- ◆ **OPME:** órtese, prótese ou material especial utilizado em procedimentos de atendimento ao paciente.
- ◆ **Pequena cirurgia:** procedimento cirúrgico de pequeno porte, que, por conta de sua baixa complexidade, pode também ser realizado fora do ambiente hospitalar.
- ◆ **Plano privado de assistência à saúde:** prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, contratada por pessoa física ou jurídica, a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica e a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do beneficiário.
- ◆ **Prestadores de serviços de saúde:** pessoa física ou jurídica, autorizada por entidade de classe regulamentada a executar ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, que prestam serviço às operadoras de plano privado de assistência à saúde.
- ◆ **Procedimento:** ato isolado ou conjunto de atos de atenção à saúde prestado ao beneficiário de um plano de saúde por profissional ou serviço de saúde qualificado, assim como medicamentos e outros insumos terapêuticos.
- ◆ **Procedimento em série:** é aquele de uso seriado e/ou contínuo por período de tempo determinado ou não para tratamento por meio de seções determinadas.
- ◆ **Profissional contratado:** é aquele contratado para prestar serviços de saúde. Pode se tratar de pessoa física, pessoa jurídica, cooperativa profissional, hospital ou clínica.

- ◆ **Profissional executante:** é aquele responsável pela execução do serviço de saúde prestado ao beneficiário. O profissional executante será sempre identificado como pessoa física ou pessoa jurídica, sendo possuidor de registro em conselho profissional.
- ◆ **Profissional solicitante:** é aquele responsável pela solicitação de determinado procedimento de saúde a ser prestado ao beneficiário.
- ◆ **Prorrogação:** é uma solicitação de realização de serviço médico-hospitalar extra a uma solicitação anteriormente realizada, a fim de prestar outros serviços não previstos em decorrência de agravo ou sempre que houver necessidade. Utilizado para pacientes em regime de internação.
- ◆ **Protocolo:** agrupamento de guias do mesmo tipo ou diferentes, no âmbito da operadora, identificado por um identificador unívoco. É o comprovante de recebimento pela operadora de um lote de guias.
- ◆ **Rede credenciada:** grupo de prestadores de serviços médico-hospitais que mantém relacionamento comercial com a operadora de plano de saúde com o objetivo de prestar assistência aos beneficiários desta.
- ◆ **Regime de internação:** definição da forma de internação.
- ◆ **Regime domiciliar:** conjunto de ações integradas, sistematizadas, articuladas e regulares desenvolvidas pela equipe de saúde no domicílio, com o objetivo de promover e/ou restabelecer a saúde de pessoas em seus contextos socioeconômico, cultural e familiar, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. Inclui visita domiciliar, consulta de profissional de nível superior no domicílio, planejamento e a realização de procedimentos.
- ◆ **Regime hospitalar:** regime de internação em que o paciente recebe o atendimento em ambiente hospitalar.
- ◆ **Regime Hospital Dia:** forma de assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas.
- ◆ **Registro ANS:** número de seis dígitos que identifica o registro da operadora de plano de saúde junto à ANS.
- ◆ **Remoção:** é o deslocamento do paciente utilizando-se uma unidade móvel apropriada, de uma unidade de atendimento para outra.
- ◆ **SP/SADT (Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia):** serviço, exame ou terapia realizado em âmbito ambulatorial.
- ◆ **SADT Internado:** serviço, exame ou terapia executado em paciente em regime de internação.
- ◆ **Senha de autorização:** número identificador utilizado para mapear uma autorização de realização de determinado serviço anteriormente solicitado pelo prestador de serviço.
- ◆ **Tabela de domínio:** tabela que define um conjunto limitado de dados para ser utilizado para determinado fim.

- ◆ **Tabela de valoração:** tabela com códigos, regras, conceitos e definições utilizadas para atribuir valores aos seus itens.
- ◆ **Terapia:** atendimento a paciente utilizando qualquer método de tratamento, de caráter eletivo, urgência ou emergência.
- ◆ **Tipo de encerramento:** tipificação da saída do paciente de determinada condição de atendimento ou internação. Ver também Alta.
- ◆ **Tipo de atendimento:** tipificação do atendimento ambulatorial do padrão TISS realizado em beneficiário de plano de saúde privado.

TABELAS

Tabela 23 - Terminologia de caráter de atendimento

Código do Termo	Termo
1	Eletivo
2	Urgência/emergência

Tabela 24 - Terminologia do Código Brasileiro de Ocupação (CBO)

Código do Termo	Termo
201115	Geneticista
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas
213150	Físico médico
221105	Biólogo
223204	Cirurgião dentista - auditor
223208	Cirurgião dentista - clínico geral
223212	Cirurgião dentista - endodontista
223216	Cirurgião dentista - epidemiologista
223220	Cirurgião dentista - estomatologista
223224	Cirurgião dentista - implantodontista
223228	Cirurgião dentista - odontogeriatra
223232	Cirurgião dentista - odontologista legal
223236	Cirurgião dentista - odontopediatra
223240	Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista
223244	Cirurgião dentista - patologista bucal
223248	Cirurgião dentista - periodontista
223252	Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial
223256	Cirurgião dentista - protesista
223260	Cirurgião dentista - radiologista
223264	Cirurgião dentista - reabilitador oral

223268	Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial
223272	Cirurgião dentista de saúde coletiva
223276	Cirurgião dentista - odontologia do trabalho
223280	Cirurgião dentista - dentística
223284	Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial
223288	Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais
223293	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família
223505	Enfermeiro
223605	Fisioterapeuta geral
223710	Nutricionista
223810	Fonoaudiólogo
223905	Terapeuta ocupacional
223910	Ortoptista
225103	Médico infectologista
225105	Médico acupunturista
225106	Médico legista
225109	Médico nefrologista
225110	Médico alergista e imunologista
225112	Médico neurologista
225115	Médico angiologista
225118	Médico nutrologista
225120	Médico cardiologista
225121	Médico oncologista clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico
225124	Médico pediatra
225125	Médico clínico
225127	Médico pneumologista
225130	Médico de família e comunidade
225133	Médico psiquiatra
225135	Médico dermatologista

225136	Médico reumatologista
225139	Médico sanitaria
225140	Médico do trabalho
225142	Médico da estratégia de saúde da família
225145	Médico em medicina de trânsito
225148	Médico anatomopatologista
225150	Médico em medicina intensiva
225151	Médico anestesiolgista
225155	Médico endocrinologista e metabologista
225160	Médico fisiatra
225165	Médico gastroenterologista
225170	Médico generalista
225175	Médico geneticista
225180	Médico geriatra
225185	Médico hematologista
225195	Médico homeopata
225203	Médico em cirurgia vascular
225210	Médico cirurgião cardiovascular
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
225225	Médico cirurgião geral
225230	Médico cirurgião pediátrico
225235	Médico cirurgião plástico
225240	Médico cirurgião torácico
225250	Médico ginecologista e obstetra
225255	Médico mastologista
225260	Médico neurocirurgião
225265	Médico oftalmologista
225270	Médico ortopedista e traumatologista
225275	Médico otorrinolaringologista
225280	Médico proctologista

225285	Médico urologista
225290	Médico cancerologista cirúrgico
225295	Médico cirurgião da mão
225305	Médico citopatologista
225310	Médico em endoscopia
225315	Médico em medicina nuclear
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225325	Médico patologista
225330	Médico radioterapeuta
225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225340	Médico hemoterapeuta
225345	Médico hiperbarista
225350	Médico neurofisiologista
239425	Psicopedagogo
251510	Psicólogo clínico
251545	Neuropsicólogo
251550	Psicanalista
251605	Assistente social
322205	Técnico de enfermagem
322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica
322225	Instrumentador cirúrgico
322230	Auxiliar de enfermagem
516210	Cuidador de idosos
999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante

Tabela 25 - Terminologia de código da despesa

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

Tabela 26 - Terminologia de conselho profissional

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

Tabela 27 - Terminologia de débitos e créditos

Código do Termo	Termo
01	Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
02	Imposto sobre Serviços (ISS)
03	Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)
04	Programa de Integração Social (PIS)
05	Contribuição sobre o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)
06	Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL)
07	Descontos financeiros
08	Ajuste de pagamento anterior
09	Determinação judicial

Tabela 29 - Terminologia de diagnóstico por imagem

Código do Termo	Termo
1	Tomografia
2	Ressonância magnética
3	Raios X
4	Outras
5	Ultrassonografia
6	PET

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

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

Tabela 31 - Terminologia de estadiamento do tumor

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

Tabela 33 - Terminologia de finalidade do tratamento

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

Tabela 34 - Terminologia de forma de pagamento

Código do Termo	Termo
1	Depósito / transferência bancária
2	Carteira
3	Boleto bancário / DDA
4	Dinheiro / cheque

Tabela 35 - Terminologia de grau de participação

Código do Termo	Termo
00	Cirurgião
01	Primeiro auxiliar
02	Segundo auxiliar
03	Terceiro auxiliar
04	Quarto auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de anestesista
08	Consultor

09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
11	Auxiliar SADT
12	Clínico
13	Intensivista

Tabela 36 - Terminologia de Indicador de Acidente

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

Tabela 37 - Terminologia de indicador de débito e crédito

Código do Termo	Termo
1	Débito
2	Crédito

Tabela 38 - Terminologia de mensagens (glosas, negativas e outras)

Código do Termo	Termo
1001	Número da carteira inválido
1002	Número do Cartão Nacional de Saúde inválido
1003	A admissão do beneficiário no prestador ocorreu antes da inclusão do beneficiário na operadora
1004	Solicitação anterior à inclusão do beneficiário
1005	Atendimento anterior à inclusão do beneficiário
1006	Atendimento após o desligamento do beneficiário

1007	Atendimento dentro da carência do beneficiário
1008	Assinatura divergente
1009	Beneficiário com pagamento em aberto
1010	Assinatura do titular / responsável inexistente
1011	Identificação do beneficiário não consistente
1012	Serviço profissional hospitalar não é coberto pelo plano do beneficiário
1013	Cadastro do beneficiário com problemas
1014	Beneficiário com data de exclusão
1015	Idade do beneficiário acima da idade limite
1016	Beneficiário com atendimento suspenso
1017	Data validade da carteira vencida
1018	Empresa do beneficiário suspensa / excluída
1019	Família do beneficiário com atendimento suspenso
1020	Via de cartão do beneficiário cancelada
1021	Via de cartão do beneficiário não liberada
1022	Via de cartão do beneficiário não compatível
1023	Nome do titular inválido
1024	Plano não existente
1025	Beneficiário não possui cobertura para assistência odontológica
1101	Quantidade de guias informadas no protocolo diferente das cadastradas
1102	Protocolo é de reapresentação
1103	Protocolo não é de reapresentação
1104	Valor total do protocolo diferente do valor total das guias
1201	Atendimento fora da vigência do contrato com o credenciado
1202	Número do CNES inválido
1203	Código prestador inválido
1204	Admissão anterior à inclusão do credenciado na rede

1205	Admissão após o desligamento do credenciado da rede
1206	CPF / CNPJ inválido
1207	Credenciado não pertence à rede credenciada
1208	Solicitação anterior à inclusão do credenciado
1209	Solicitação após o desligamento do credenciado
1210	Solicitante credenciado não cadastrado
1211	Assinatura / carimbo do credenciado inexistente
1212	Atendimento / referência fora da vigência do contrato do prestador
1213	CBO (especialidade) inválido
1214	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento
1215	Credenciado fora da abrangência geográfica do plano
1216	Especialidade não cadastrada
1217	Especialidade não cadastrada para o prestador
1218	Código de prestador incompatível com procedimento / exame cobrado
1301	Tipo guia inválido
1302	Código tipo guia principal e número guias incompatíveis
1303	Não existe o número guia principal informado
1304	Cobrança em guia indevida
1305	Item pago em outra guia
1306	Não existe número guia principal e/ou código guia principal
1307	Número da guia inválido
1308	Guia já apresentada
1309	Procedimento contratado não está de acordo com o tipo de guia utilizado
1310	Serviço do tipo cirúrgico e invasivo. Equipe médica não informada na guia
1311	Prestador executante não informado
1312	Prestador contratado não informado

1313	Guia com rasura
1314	Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado
1315	Guia sem data do ato cirúrgico
1316	Guia com local de atendimento preenchido incorretamente
1317	Guia sem data do atendimento
1318	Guia com código de serviço preenchido incorretamente
1319	Guia sem assinatura do assistido
1320	Identificação do assistido incompleta
1321	Validade da guia expirada
1322	Comprovante presencial ou GTO não enviado
1323	Data preenchida incorretamente
1401	Acomodação não autorizada
1402	Procedimento não autorizado
1403	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento
1404	Não existe guia de autorização relacionada
1405	Data de validade da senha é anterior à data do atendimento
1406	Número da senha informado diferente do liberado
1407	Serviço solicitado não possui cobertura
1408	Quantidade serviço solicitada acima da autorizada
1409	Quantidade serviço solicitada acima da coberta
1410	Serviço solicitado em carência
1411	Solicitante não informado
1412	Problemas no sistema autorizador
1413	Acomodação não possui cobertura
1414	Data de validade da senha expirada
1415	Procedimento não autorizado para o beneficiário
1416	Solicitante não cadastrado

1417	Solicitante não habilitado
1418	Solicitante suspenso
1419	Serviço solicitado já autorizado
1420	Serviço solicitado fora da cobertura
1421	Serviço solicitado é de pré-existência
1422	Especialidade não cadastrada para o solicitante
1423	Quantidade solicitada acima da quantidade permitida
1424	Quantidade autorizada acima da quantidade permitida
1425	Necessita pré-autorização da empresa
1426	Não autorizado pela auditoria médica
1427	Necessidade de auditoria médica
1428	Falta de autorização da empresa de conectividade
1429	CBO-s (especialidade) não autorizado a realizar o serviço
1430	Procedimento odontológico não autorizado
1431	Procedimento não autorizado na face solicitada
1432	Procedimento não autorizado para dente/região solicitada
1433	Procedimento não autorizado, dente ausente
1434	Cobrança de conta de CTI neonatal na senha do parto
1435	Vigência do acordo posterior à data de realização do procedimento
1436	Cancelamento do acordo anterior à data de realização do procedimento
1437	Senha de autorização cancelada
1438	Procedimento solicitado não autorizado por não atender a diretriz de utilização (DUT) do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS
1501	Tempo de evolução da doença inválido
1502	Tipo de doença inválido
1503	Indicador de acidente inválido
1504	Caráter de internação inválido

1505	Regime da internação inválido
1506	Tipo de internação inválido
1507	Urgência não aplicável
1508	Código CID não informado
1509	Código CID inválido
1601	Reincidência no atendimento
1602	Tipo de atendimento inválido ou não informado
1603	Tipo de consulta inválido
1604	Tipo de saída inválido
1605	Intervenção anterior à admissão
1606	Final da intervenção anterior ao início da intervenção
1607	Alta hospitalar anterior ao final da intervenção
1608	Alta anterior à data de internação
1609	Motivo saída inválido
1610	Óbito mulher inválido
1611	Intervenção anterior à internação
1612	Serviço não pode ser realizado no local especificado
1613	Consulta não autorizada
1614	Serviço ambulatorial não autorizado
1615	Internação não autorizada
1701	Cobrança fora do prazo de validade
1702	Cobrança de procedimento em duplicidade
1703	Horário do atendimento não está na faixa de urgência/emergência
1704	Valor cobrado superior ao acordado em pacote
1705	Valor apresentado a maior
1706	Valor apresentado a menor
1707	Não existe informação sobre a tabela que será utilizada na valoração. Verifique o contrato do prestador

1708	Não existe valor para o procedimento realizado
1709	Falta prescrição médica
1710	Falta visto da enfermagem
1711	Procedimento pertence a um pacote acordado e já cobrado
1712	Assinatura do médico responsável pelo exame inexistente
1713	Faturamento inválido
1714	Valor do serviço superior ao valor de tabela
1715	Valor do serviço inferior ao valor de tabela
1716	Percentual de redução/acréscimo fora dos valores definidos em tabela
1717	Pago conforme relatório de auditoria externa - conta inicial
1718	Reanálise negada, pago conforme relatório auditoria
1719	Reanálise negada, análise conforme tabela acordada
1720	Liberados 150% de vídeo, sem cobertura para adicional de acomodação
1721	Código cobrado substituído pelo código pago
1722	Pago conforme negociação
1723	Adicional de urgência não previsto para atendimento clínico
1724	Visita médica cobrada pela equipe cirúrgica incluída no período de 10 dias após realização do procedimento cirúrgico
1725	Valor pago a maior referente à taxa administrativa
1726	Valor apresentado a maior - plano individual
1727	Pago valor compatível com o procedimento
1728	Cobrança de material incluso no procedimento / exame realizado
1729	Cobrança de material com valor acima do permitido para procedimento/exame realizado
1730	Filme incluso no exame realizado
1731	Taxa incompatível para atendimento ambulatorial
1732	QT com data de evento divergente da liberada
1733	Recuperação de valores por pagamento indevido

1734	Cobrado conta aberta, pago o pacote conforme negociação
1735	Cobrança de pacote não negociado com o prestador
1736	Conta aguardando negociação para pagamento
1737	Diferença deve ser cobrada do beneficiário pelo prestador como franquia
1738	Documento fiscal não enviado
1739	Duplicidade de conta devido a período cobrado já efetuado em outra parcial
1740	Estorno do valor de procedimento pago
1741	Honorário ou procedimento já pago a outro prestador
1742	Honorário ou procedimento já pago por reembolso ao beneficiário
1743	Não há negociação para cobrança do kit, discriminar por itens
1744	Negociação diferenciada devido a liminar
1745	Pagamento da equipe conforme relatório do cirurgião
1746	Percentual de acréscimo diferente do negociado
1747	Plano do beneficiário e o tipo de acomodação não permitem acréscimo de honorários
1748	Procedimento não caracteriza urgência/emergência
1749	Relatório de auditoria não enviado na conta
1801	Procedimento inválido
1802	Procedimento incompatível com o sexo do beneficiário
1803	Idade do beneficiário incompatível com o procedimento
1804	Número de dias liberados / sessões autorizadas não informadas
1805	Valor total do procedimento diferente do valor processado
1806	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
1807	Procedimentos médicos duplicados
1808	Procedimento não conforme com CID
1809	Cobrança de procedimento não executado
1810	Cobrança de procedimento não solicitado pelo médico

1811	Procedimento sem registro de execução
1812	Cobrança de procedimento não correlacionado ao relatório específico
1813	Cobrança de procedimento sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
1814	Cobrança de procedimento com data de autorização posterior à do atendimento
1815	Procedimento não autorizado
1816	Cobrança de procedimento em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
1817	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
1818	Cobrança de procedimento que exige autorização prévia
1819	Cobrança de procedimento com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
1820	Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
1821	Cobrança de procedimento não compatível com a idade
1822	Cobrança de procedimento com ausência de resultado ou laudo técnico
1823	Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada
1824	Procedimento cobrado não corresponde ao exame executado
1825	Cobrança de procedimento ambulatorial com data de autorização posterior a do atendimento
1826	Vias de acesso dos procedimentos cobrados não estão previstas na listagem de procedimentos múltiplos
1827	Cobrança de outro procedimento em outra guia, na mesma data, pelo mesmo profissional com mesmo grau de participação - liberado valor referente à via de acesso do procedimento secundário
1828	Adicional de urgência não previsto para procedimento cirúrgico eletivo
1829	Adicional de vídeo não previsto para o procedimento
1830	Cobrança de procedimento sem informação das datas de atendimento-visita, plantão, intensivista, avaliação enteral/parenteral
1831	Laudo do exame enviado não justifica a cobrança do procedimento
1832	Procedimento não permite cobrança de auxiliar de anestesista

1833	Procedimento cobrado não permite acréscimo de acomodação
1834	Porte anestésico cobrado incompatível com o porte do procedimento realizado
1835	"Analgesia por dia subsequente" não justificada em relatório médico, para o procedimento realizado e/ou data do atendimento
1836	"Analgesia por dia subsequente" incompatível com a via de administração do medicamento - VO ou IV periférica - sendo liberada visita hospitalar
1837	Não cabe pagamento do honorário integral por ser via de acesso cirúrgico diferente
1838	Grau de participação informado incompatível com evento cobrado
1839	Necessário envio do resultado do exame anatomopatológico
1840	Procedimento executado antes da autorização
1901	Acomodação inválida
1902	Acomodação informada não está de acordo com acomodação contratada
1903	Permanência hospitalar incompatível com a evolução clínica
1904	Permanência hospitalar incompatível com o procedimento autorizado
1905	Quantidade de diárias deve ser maior que zero
1906	Acomodação não informada
1907	Quantidade UTI não prevista para procedimento
1908	Usuário não possui cobertura de UTI
1909	Acomodação não autorizada
1910	Cobrança de diárias em locais de acomodações diferentes, no mesmo dia
1911	Permanência hospitalar para investigação injustificada
1912	Evolução clínica não compatível com a permanência em UTI
1913	Código de diária incompatível com o local de atendimento
1914	Cobrança de diária em quantidade incompatível com a permanência hospitalar
1915	Mudança de acomodação sem comunicação ao paciente, familiar ou acompanhante, ou sem solicitação destes
1916	Cobrança de diárias de UTI incompatível com diagnóstico e evolução clínica

1917	Falta prorrogação para quantidade de diárias cobradas
1918	Plano do beneficiário não contempla diária de acompanhante
2001	Material inválido
2002	Material sem cobertura para atendimento ambulatorial
2003	Material não especificado
2004	Material sem nota fiscal do fornecedor
2005	Quantidade de material deve ser maior que zero
2006	Material informado não coberto
2007	Cobrança de material em quantidade incompatível com a permanência
2008	Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado
2009	Quantidade de material superior à quantidade coberta
2010	Cobrança de materiais inclusos nas taxas
2011	Cobrança de material incluso no pacote negociado
2012	Cobrança de material incompatível com o relatório técnico
2013	Cobrança de material em permanência hospitalar não autorizada
2014	Cobrança de material não utilizado
2015	Material não autorizado
2101	Medicamento inválido
2102	Medicamento sem cobertura para atendimento ambulatorial
2103	Medicamento não especificado
2104	Medicamento sem nota fiscal do fornecedor
2105	Quantidade de medicamentos deve ser maior que zero
2106	Medicamento informado não coberto
2107	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência
2108	Cobrança de medicamento em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado
2109	Quantidade de medicamento superior à quantidade coberta

2110	Cobrança de medicamento incluso nas taxas
2111	Cobrança de medicamento incluso no pacote negociado
2112	Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico
2113	Cobrança de medicamento em permanência hospitalar não autorizada
2114	Cobrança de medicamento não utilizado
2115	Medicamento não autorizado
2201	OPME inválido
2202	OPME sem cobertura para atendimento ambulatorial
2203	OPME sem nota fiscal do fornecedor
2204	Quantidade de OPME deve ser maior que zero
2205	OPME informado não coberto
2206	OPME informado não autorizado
2207	Cobrança de OPME não utilizado
2208	Cobrança de OPME no item material e medicamentos
2209	Cobrança de OPME em desacordo com relatório técnico
2210	Cobrança de OPME em quantidade incompatível com o procedimento realizado
2211	Cobrança de OPME inclusa no pacote
2212	OPME em desacordo com os critérios técnicos adotados pela operadora
2213	OPME pago a fornecedor terceirizado
2301	Gases medicinais inválidos
2302	Cobrança de oxigenoterapia sem prescrição médica
2303	Cobrança de oxigenoterapia com quantitativo de uso em divergência/pago valor corrigido
2304	Cobrança de oxigênio incluso na taxa de nebulização especificada
2305	Cobrança de oxigenoterapia em uso prolongado sem justificativa de uso
2306	Cobrança de oxigenoterapia sem registro de controle de uso (entrada e saída)
2307	Cobrança de gases em quantidade superior ao período de permanência

2308	Cobrança de CO2 nas cirurgias videolaparoscópicas durante toda a realização do procedimento (início ao fim)
2309	Cobrança de ar comprimido sem registro no boletim anestésico e duração de uso
2310	Cobrança de gases incompatível com o utilizado/ prescrito
2401	Taxa / aluguel inválido
2402	Cobrança de taxa por uso de equipamento incompatível com o procedimento realizado/uso previsto no procedimento.
2403	Cobrança de taxa de uso de bomba de infusão em paciente internado na UTI
2404	Cobrança de outras taxas associadas/inclusas na cobrança da taxa de sala prevista
2405	Cobrança de mais de uma taxa de sala de cirurgia, por conta do número de procedimentos realizados no mesmo tempo cirúrgico
2406	Cobrança indevida de taxa de sala por administração de medicamentos
2407	Cobrança de taxas, de serviços realizados em ambientes incompatíveis com o uso de equipamentos
2408	Cobrança de taxas em quantidade superior ao tempo de permanência hospitalar
2409	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro com permanência menor que o período estipulado
2410	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro sem o registro da permanência
2411	Cobrança de taxa de sala de pronto socorro, para aplicação de medicamentos
2412	Cobrança de taxa de recuperação anestésica não justificada para o procedimento
2413	Cobrança de taxa inclusa no pacote negociado
2414	Cobrança de taxa de equipamento em concomitância com a cobrança de taxa para o procedimento
2415	Taxa exige informação do valor na guia
2416	Cobrança de taxa de recuperação anestésica para pacientes com pós-operatório imediato realizado na UTI/CTI
2417	Cobrança de taxa de recuperação anestésica sem a presença do anestesista
2418	Cobrança de taxa de sala incompatível com o procedimento
2419	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação
2420	Cobrança de taxa de sala cirúrgica com porte anestésico diferente do procedimento autorizado/realizado
2421	Cobrança de taxa em quantidade incorreta

2422	Cobrança de taxa por uso de equipamento de uso obrigatório na sala de cirurgia, cuja taxa de sala cirúrgica já inclui seu uso
2423	Cobrança de taxa de equipamentos de uso obrigatório no local de atendimento
2424	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação
2501	Procedimento em série inválido
2502	Cobrança de duas avaliações fisioterápicas
2503	Cobrança de psicoterapia individual, quando o aplicado é a cobrança de psicoterapia em grupo
2504	Quantidade de sessões cobradas não condiz com as assinaturas no controle de tratamento seriado
2505	O código cobrado é diferente do código autorizado
2506	A quantidade de sessões cobradas é diferente da quantidade autorizada
2507	O código autorizado está incompatível com a prescrição médica solicitada
2508	Cobrança de sessões sem o devido plano de tratamento e/ou com o prazo de pagamento expirado
2509	Cobrança do procedimento seriado incompatível com o quadro clínico
2510	Cobrança do procedimento seriado em número de sessões acima da quantidade estabelecida
2511	Ausência de evolução no prontuário médico do tratamento seriado realizado
2512	Cobrança de sessões de fisioterapia em desacordo com as evoluções do prontuário médico
2513	Cobrança de tratamento seriado sem justificativa clínica/técnica
2514	Serviço não contratado para o prestador
2515	Local de atendimento inadequado
2516	Quantidade cobrada diferente da realizada
2601	Codificação incorreta/inadequada do procedimento
2602	Cobrança de honorário incluso no procedimento principal
2603	Cobrança de honorário sem registro da efetiva participação do profissional
2604	Procedimento principal não requer equipe médica
2605	Não cabe pagamento do honorário integral por ser a mesma via de acesso cirúrgico
2606	Cobrança do honorário em local de atendimento incorreto

	(inexistente)
2607	Cobrança de honorários em duplicidade
2608	Cobrança de consulta indevida, quando o procedimento principal já está sendo remunerado
2609	Local de atendimento não informado
2610	Grau de participação de auxiliar incompatível com procedimento cobrado
2611	Cobrança de especialista não justificada no evento
2612	Cobrança indevida de equipe "stand-by", já que angioplastia seguida de cirurgia cardíaca
2613	Honorário médico do anestesista já liberado no procedimento cirúrgico, pois "analgesia por dia subsequente" cobrada na mesma data do evento cirúrgico
2614	Cobrança de cada participante da equipe deve ser feita em guias diferentes
2701	Procedimento inválido
2702	Cobrança de exame não solicitado pelo médico
2703	Exame sem registro de execução
2704	Cobrança de exame não correlacionado ao relatório específico
2705	Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
2706	Cobrança de procedimento/exame com data de autorização posterior a do atendimento
2707	Exame não autorizado
2708	Cobrança de exame em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
2709	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
2710	Cobrança de exame que exige autorização prévia
2711	Cobrança de exame com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
2712	Cobrança de exame em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
2713	Cobrança de exame não compatível com a idade
2714	Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico
2715	Exame realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada

2716	Exame cobrado não corresponde ao exame executado
2717	Cobrança de exame ambulatorial com data de autorização posterior a do atendimento
2718	Exames não justificam caráter de urgência
2801	Pacote inválido
2802	Pacote incompatível com o sexo do beneficiário
2803	Idade do beneficiário incompatível com o pacote
2804	Valor total do pacote diferente do valor processado
2805	Valor do pacote superior ao valor dos itens
2806	Cobrança de pacote não executado
2807	Cobrança de pacote não solicitado pelo médico
2808	Pacote sem registro de execução
2809	Cobrança de pacote não correlacionado ao relatório específico
2810	Cobrança de pacote sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
2811	Cobrança de pacote com data de autorização posterior a do atendimento
2812	Pacote não autorizado
2813	Cobrança de pacote em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
2814	Itens de composição do pacote não realizados
2815	Cobrança do pacote exige autorização prévia
2816	Cobrança de pacote com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
2817	Cobrança de pacote em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
2818	Cobrança de pacote não compatível com a idade
2819	Cobrança de pacote com ausência de resultado ou laudo técnico
2820	Pacote realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada
2821	Pacote cobrado não corresponde ao exame executado
2822	Cobrança de pacote ambulatorial com data de autorização posterior do atendimento

2901	Revisão de glosa inválida
2902	Glosa mantida
2903	Pedido de revisão sem justificativa
2904	Mais de um recurso de glosa para a mesma guia/protocolo
2905	A guia não é de revisão
2906	Número da guia inválido
2907	Prazo de 180 dias ultrapassado para solicitação de reanálise
2908	Solicitação de reanálise efetuada de forma incorreta
2909	Prazo para solicitação de recurso de glosa prescrito
3001	Procedimento odontológico inválido
3002	Cobrança de procedimento odontológico que exige autorização prévia
3003	Idade do beneficiário incompatível com o procedimento odontológico
3004	Cobrança de procedimento odontológico em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
3005	Valor total do procedimento diferente do valor processado
3006	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
3007	Procedimentos odontológicos duplicados
3008	Cobrança de procedimento odontológico incluso no procedimento principal
3009	Cobrança de procedimento odontológico não executado
3010	Cobrança de procedimento não solicitado pelo cirurgião-dentista
3011	Procedimento odontológico sem registro de execução
3012	Cobrança de procedimento odontológico não correlacionado ao relatório específico
3013	Cobrança de procedimento odontológico sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
3014	Cobrança de procedimento odontológico com data de autorização posterior a do atendimento
3015	Cobrança de procedimento odontológico com ausência de resultado ou laudo técnico
3016	Procedimento odontológico realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada

3017	Procedimento cobrado não corresponde à perícia (especificar)
3018	Evento glosado por auditoria (especificar)
3019	Evento sob análise técnica, aguardando liberação de confirmação para posterior pagamento
3020	Conforme documentação radiográfica enviada, evento realizado inadequadamente
3021	Falha em informação de dados de arcadas/hemi-arcos
3022	Falha em informação de dados de dente inicial e/ou final
3023	Falha em informação de dados de faces dos dentes
3024	Evento só possível em dentes decíduos
3025	Evento só possível em dentes permanentes
3026	Erro nas informações de ordem dos dentes inicial e final
3027	Desacordo entre o tipo de dente e o número de canais solicitados
3028	Evento restrito a especialistas
3029	Evento não indicado pela auditoria inicial
3030	Auditoria final consta que a restauração foi realizada em outro material
3031	Radiografia fora dos padrões técnicos
3032	Intervalo da última MPP inferior a três meses
3033	Intervalo da última MPP inferior a quatro meses
3034	Justificativa tecnicamente não satisfatória
3035	Paciente em tratamento com o mesmo profissional
3036	Paciente em tratamento com outro profissional
3037	Procedimento cobrado não é igual ao executado
3038	Radiografia inicial incongruente com a radiografia final
3039	Radiografia não corresponde ao procedimento cobrado
3040	Glosa técnica (especificar detalhadamente)
3041	Aguardando documentação de ortodontia
3042	Após análise da radiografia inicial verificou-se exodontia de incluso

3043	Após análise da radiografia inicial verificou-se exodontia de semi-incluso
3044	Após análise da radiografia inicial verificou-se exodontia simples
3045	Após análise da radiografia inicial, verificou-se exodontia de fragmento radicular
3046	Auditoria final consta que o procedimento foi realizado com outro material
3047	Ausência de imagem/foto/radiografia/ diagnóstico pós procedimento odontológico
3048	Cancelamento do procedimento odontológico por solicitação do beneficiário
3049	Cancelamento do procedimento odontológico por solicitação do prestador
3050	Cobrança de urgência/emergência na vigência do tratamento odontológico
3051	Documentação em análise
3052	Documentação incompleta, incorreta ou ausente
3053	Elementos podem ser visualizados em uma mesma película
3054	Identificado conduto(s) não obturado(s)
3055	Identificado tratamento endodôntico e não retratamento
3056	Na auditoria foi constatada divergência na quantidade de faces restauradas
3057	Não apresenta a quantidade mínima de elementos dentários por segmento
3058	Necessária auditoria final
3059	Necessária auditoria inicial
3060	Necessária auditoria intermediária
3061	Necessária avaliação do especialista
3062	Necessário enviar laudo ou relatório técnico sobre o tratamento solicitado
3063	O plano de tratamento autorizado será cancelado devido a troca de profissional
3064	Procedimento autorizado apenas para dentes tratados endodonticamente
3065	Procedimento autorizado somente para dentes anteriores
3066	Procedimento em desacordo com o anexo guia tratamento odontológico situação inicial
3067	Radiografia final não enviada

3068	Radiografia final sem dissociação dos condutos
3069	Radiografia indica a necessidade de tratamento endodôntico
3070	Radiografia indica a presença de raiz residual no alvéolo
3071	Radiografia indica ausência de núcleo
3072	Radiografia indica canal(ais) não obturado(s)
3073	Radiografia indica desvio da trajetória do canal
3074	Radiografia indica excesso de material
3075	Radiografia indica falha na obturação do(s) conduto(s)
3076	Radiografia indica falta de adaptação da coroa/núcleo
3077	Radiografia indica falta de adaptação da coroa/peça protética
3078	Radiografia indica núcleo inadequado
3079	Radiografia indica tratamento endodôntico e não retratamento endodôntico
3080	Radiografia inicial e final não enviadas
3081	Radiografia inicial não enviada
3082	Radiografia/imagem indica falha na restauração
3083	Reavaliar o plano de tratamento observando critérios de indicação, oportunidade e viabilidade
3084	Relatório análise técnica sem carimbo/assinatura do prestador
3085	Radiografia não corresponde ao procedimento solicitado
3086	Tratamento odontológico não caracterizado como urgência
5001	Mensagem eletrônica fora do padrão TISS
5002	Não foi possível validar o arquivo xml
5003	Endereço do remetente inválido
5004	Endereço do destinatário inválido
5005	Remetente não identificado
5006	Destinatário não identificado
5007	Mensagem inconsistente ou incompleta
5008	Espaço reservado para a caixa de saída insuficiente

5009	Espaço reservado para a caixa de entrada insuficiente
5010	Envio de mensagem não foi terminado
5011	Envio de mensagem finalizada
5012	Recebimento de mensagem não finalizado
5013	Recebimento de mensagem finalizada
5014	Código hash inválido. Mensagem pode estar corrompida
5015	Número de guias/demonstrativos dentro da mensagem superior ao tamanho máximo permitido
5016	Sem nenhuma ocorrência de movimento na competência para envio à ANS
5017	Arquivo processado pela ANS
5018	Certificado digital inválido
5019	Certificado digital vencido
5020	Certificado digital revogado
5021	Cadeia de certificação inválida
5022	Assinatura digital não confere
5023	Competência não está liberada para envio de dados
5024	Operadora inativa na competência dos dados
5025	Data de registro da transação inválida
5026	Hora de registro da transação inválida
5027	Registro ANS da operadora inválido
5028	Versão do padrão inválida
5029	Indicador inválido
5030	Código do município inválido
5031	Caráter de atendimento inválido
5032	Indicador de recém-nato inválido
5033	Motivo de encerramento inválido
5034	Valor não informado
5035	Código da tabela de referência não informado
5036	Código do grupo do procedimento inválido
5037	Código do dente inválido
5038	Código da região da boca inválido
5039	Código da face do dente inválido
5040	Valor deve ser maior que zero
5041	Quantidade não informada
5042	Valor informado da guia diferente do somatório do valor

	informado dos itens
5043	Motivo inválido
5044	Já existem informações na ANS para a competência informada
5045	Competência anterior não enviada
5046	Competência inválida

Tabela 39 - Terminologia de motivo de encerramento

Código do Termo	Termo
11	Alta curado
12	Alta melhorado
14	Alta a pedido
15	Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente
16	Alta por evasão
18	Alta por outros motivos
19	Alta de paciente agudo em psiquiatria
21	Permanência, por características próprias da doença
22	Permanência, por intercorrência
23	Permanência, por impossibilidade sócio-familiar
24	Permanência, por processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo
25	Permanência, por processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto
26	Permanência, por mudança de procedimento
27	Permanência, por reoperação
28	Permanência, outros motivos
31	Transferido para outro estabelecimento
32	Transferência para internação domiciliar
41	Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente
42	Óbito com declaração de óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal – IML
43	Óbito com declaração de óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO

51	Encerramento administrativo
61	Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido
62	Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido
63	Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido
64	Alta da mãe/puérpera com óbito fetal
65	Óbito da gestante e do concepto
66	Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido
67	Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido

Tabela 40 - Terminologia de origem do evento de atenção à saúde

Código do Termo	Termo
1	Rede contratada, referenciada ou credenciada
2	Rede própria - cooperados
3	Rede própria - demais prestadores
4	Reembolso ao beneficiário

Tabela 41 - Terminologia de regime de internação

Código do Termo	Termo
1	Hospitalar
2	Hospital Dia
3	Domiciliar

Tabela 43 - Sexo

Código do Termo	Termo
1	Masculino
3	Feminino

Tabela 45 - Terminologia de status da solicitação

Código do Termo	Termo
1	Autorizado
2	Em análise
3	Negado
4	Aguardando justificativa técnica do solicitante
5	Aguardando documentação do prestador
6	Solicitação cancelada
7	Autorizado parcialmente

Tabela 46 - Terminologia do status do cancelamento

Código do Termo	Termo
1	Cancelado com sucesso
2	Não cancelado
3	Guia inexistente
4	Em processamento

Tabela 47 - Terminologia de status da guia e do protocolo

Código do Termo	Termo
1	Recebido
2	Em análise
3	Liberado para pagamento
4	Encerrado sem pagamento
5	Analisado e aguardando liberação para o pagamento
6	Pagamento efetuado
7	Não localizado
8	Aguardando informação complementar

Tabela 48 - Terminologia de técnica utilizada

Código do Termo	Termo
1	Convencional
2	Vídeo
3	Robótica

Tabela 49 - Terminologia de tipo de acomodação

Código do Termo	Termo
02	Quarto privativo / particular
09	Apartamento de luxo da maternidade
10	Apartamento de luxo de psiquiatria
11	Apartamento de luxo
12	Apartamento simples
13	Apartamento standard
14	Apartamento suíte

15	Apartamento com alojamento conjunto
16	Apartamento para paciente com obesidade mórbida
17	Apartamento simples da maternidade
18	Apartamento simples de psiquiatria
19	Apartamento suíte da maternidade
20	Apartamento suíte de psiquiatria
21	Berçário normal
22	Berçário patológico / prematuro
25	Enfermaria de 3 leitos da maternidade
26	Enfermaria de 4 ou mais leitos da maternidade
27	Hospital Dia apartamento
28	Hospital Dia enfermaria
29	Hospital Dia psiquiatria
30	Quarto coletivo de 2 leitos da maternidade
31	Enfermaria de 3 leitos
32	Enfermaria de 4 ou mais leitos
33	Enfermaria com alojamento conjunto
36	Quarto privativo / particular da maternidade
37	Quarto privativo / particular de psiquiatria
38	Semi UTI adulto geral
39	Semi UTI coronariana
40	Semi UTI neonatal
41	Quarto coletivo de 2 leitos
43	Quarto com alojamento conjunto
44	Semi UTI neurológica
45	Semi UTI infantil/pediátrica
46	Semi UTI queimados
47	Unidade de transplante de medula óssea
48	Unidade de transplante em geral
49	Apartamento standard da maternidade
50	Apartamento standard de psiquiatria
51	UTI adulto geral
52	UTI infantil/pediátrica

53	UTI neonatal
56	Unidade para tratamento radioativo
57	UTI coronariana
58	UTI neurológica
59	UTI queimados

Tabela 50 - Terminologia de tipo de atendimento

Código do Termo	Termo	Código do Termo	Termo
01	Remoção Pequena cirurgia	08	Quimioterapia
03	Outras terapias	09	Radioterapia
04	Consulta	10	Terapia Renal Substitutiva (TRS)
05	Exame ambulatorial	11	Pronto socorro
06	Atendimento domiciliar	12	Ocupacional
07	Internação	13	Pequeno atendimento (sutura, gesso e outros)

Tabela 52 - Terminologia de tipo de consulta

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

Tabela 53 - Terminologia de tipo de demonstrativo

Código do Termo	Termo
1	Demonstrativo de pagamento
2	Demonstrativo de análise de conta
3	Demonstrativo de pagamento odontológico

Tabela 54 - Terminologia de tipo de evento de atenção à saúde

Código do Termo	Termo
1	Consulta
2	SP/SADT
3	Internação
4	Tratamento odontológico

Tabela 55 - Terminologia de tipo de faturamento

Código do Termo	Termo
1	Parcial
2	Final
3	Complementar
4	Total

Tabela 57 - Terminologia de tipo de internação

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

Tabela 58 - Terminologia de tipo de quimioterapia

Código da Tabela	Descrição	Código da Tabela	Descrição
1	1ª Linha	3	3ª Linha
2	2ª Linha	4	Outras linhas

Tabela 59 - Terminologia de unidades da federação

Código do Termo	Termo	Sigla	Código do Termo	Termo	Sigla
11	Rondônia	RO	28	Sergipe	SE
12	Acre	AC	29	Bahia	BA
13	Amazonas	AM	31	Minas Gerais	MG
14	Roraima	RR	32	Espírito Santo	ES
15	Pará	PA	33	Rio de Janeiro	RJ
16	Amapá	AP	35	São Paulo	SP
17	Tocantins	TO	41	Paraná	PR
21	Maranhão	MA	42	Santa Catarina	SC
22	Piauí	PI	43	Rio Grande do Sul	RS
23	Ceará	CE	50	Mato Grosso do Sul	MS
24	Rio Grande do Norte	RN	51	Mato Grosso	MT
25	Paraíba	PB	52	Goiás	GO
26	Pernambuco	PE	53	Distrito Federal	DF
27	Alagoas	AL	98	Países estrangeiros	EX

Tabela 60 - Terminologia de unidade de medida

Código do Termo	Unidade	Descrição	Código do Termo	Unidade	Descrição
001	AMP	Ampola	027	PER	Pérola
002	BUI	Bilhões de Unidades Internacionais	028	PIL	Pílula
003	BG	Bisnaga	029	PT	Pote
004	BOLS	Bolsa	030	KG	Quilograma
005	CX	Caixa	031	SER	Seringa
006	CAP	Cápsula	032	SUP	Supositório
007	CARP	Carpule	033	TABLE	Tablete
008	COM	Comprimido	034	TUB	Tubete
009	DOSE	Dose	035	TB	Tubo
010	DRG	Drágea	036	UN	Unidade
011	ENV	Envelope	037	UI	Unidade Internacional
012	FLAC	Flaconete	038	CM	Centímetro

013	FR	Frasco	039	CONJ	Conjunto
014	FA	Frasco Ampola	040	KIT	Kit
015	GAL	Galão	041	MÇ	Maço
016	GLOB	Glóbulo	042	M	Metro
017	GTS	Gotas	043	PC	Pacote
018	G	Grama	044	PÇ	Peça
019	L	Litro	045	RL	Rolo
020	MCG	Microgramas	046	GY	Gray
021	MUI	Milhões de Unidades Internacionais	047	CGY	Centgray
022	MG	Miligrama	048	PAR	Par
023	ML	Milímetro	049	ADES	Adesivo Transdérmico
024	OVL	Óvulo	050	COM EFEV	Comprimido Efervescente
025	PAS	Pastilha	051	COM MST	Comprimido Mastigável
026	LT	Lata	052	SACHE	Sache

Tabela 61 - Terminologia de via de acesso

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

Tabela 62 - Terminologia de via de administração

Código da Tabela	Descrição	Código da Tabela	Descrição
01	Bucal	19	Intravenosa
02	Capilar	20	Intravítrea
03	Dermatológica	21	Intravítrea
04	Epidural	22	Irrigação
05	Gastrostomia/jejunostomia	23	Nasal
06	Inalatória	24	Oftálmica
07	Intraóssea	25	Oral
08	Intra-arterial	26	Otológica
09	Intra-articular	27	Retal
10	Intracardíaca	28	Sonda enteral
11	Intradérmica	29	Sonda gástrica
12	Intralesional	30	Subcutânea
13	Intramuscular	31	Sublingual
14	Intraperitonal	32	Transdérmica
15	Intrapleural	33	Uretral

16	Intratecal	34	Vaginal
17	Intratraqueal	35	Outras
18	Intrauterina		

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

Código do Termo	Termo	Código do Termo	Termo
00	Tabela própria das operadoras	43	Sexo
18	Diárias, taxas e gases medicinais	44	Situação inicial do dente
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	45	Status da solicitação
20	Medicamentos	46	Status do cancelamento
21	Procedimentos e eventos em saúde	47	Status do protocolo
22	Caráter do atendimento	47	Técnica utilizada
23	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	49	Tipo de acomodação
24	Código da despesa	50	Tipo de atendimento
25	Conselho profissional	51	Tipo de atendimento em odontologia
26	Débitos e créditos	52	Tipo de consulta
27	Dentes	53	Tipo de demonstrativo
29	Diagnóstico por imagem	54	Tipo de evento de atenção à saúde
30	Escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)	55	Tipo de faturamento
31	Estadiamento do tumor	56	Tipo de guia
32	Faces do dente	57	Tipo de internação
33	Finalidade do tratamento	58	Tipo de quimioterapia
34	Forma de pagamento	59	Unidade da federação
35	Grau de participação	60	Unidade de medida
36	Indicador de	61	Via de acesso

	acidente		
37	Indicador de débito ou crédito	62	Via de administração
38	Mensagens (glosas, negativas e outras)	63	Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS
39	Motivo de encerramento	64	Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS
	Origem do evento de atenção à saúde	87	Tabelas de domínio
41	Regime de internação	90	Tabela própria pacote odontológico
42	Regiões da boca	98	Tabela própria de pacotes