



**Manual de
Preenchimento das
Guias
TISS
(Troca de Informações
em
Saúde Suplementar)**

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		6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)	
7 - Nome				8 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado			11 - Código CNES
12 - Nome do Profissional Executante		13 - Conselho Profissional	14 - Número no Conselho		15 - UF
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;

1,2,4,6,7,9,10,11,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,24,25

Campos de Preenchimento Condicional:

3- Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

5- Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel.

8- Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o cartão Nacional de Saúde.

12- Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome Contratado for pessoa jurídica.

Opcional;

23- Deve ser preenchido para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Tabelas domínios utilizadas por campo;

13 - Tabela 26

15 - Tabela 59

16 - Tabela 24

17 - Tabela 36

19 - Tabela 52

20 - Tabela 87

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

Logo da Empresa		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1- Registro ANS		5- Número da Guia Principal			
4- Data de Autorização		6- Senha		7- Data de Validade da Senha	
8- Número da Carteira		9- Validade da Carteira		10- Nome	
11- Cartão Nacional de Saúde		12- Atendimento a RB			
13- Código na Operadora		14- Nome do Contratado			
15- Nome do Profissional Solicitante		16- Conselho Profissional		17- Número no Conselho	
18- UF		19- Código CBO		20- Assinatura do Profissional Solicitante	
21- Caracter de Atendimento					
22- Data de Solicitação		23- Indicação Clínica			
24- Tabela		25- Código do Procedimento		26- Descrição	
27- Qtd. Sess.		28- Qtd. Aut.			
29- Código na Operadora		30- Nome do Contratado			
31- Código CNES					
32- Tipo de Atendimento					
33- Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)		34- Tipo de Consulta		35- Motivo de Encerramento do Atendimento	
36- Data					
37- Hora Inicial		38- Hora Final		39- Tabela	
40- Código do Procedimento		41- Descrição		42- Qtd.	
43- Via		44- Tec.		45- Fator Red./Acorrec.	
46- Valor Unitário (R\$)		47- Valor Total (R\$)			
48- Data de Realização de Procedimentos em Série					
49- Grau Part.		50- Código na Operadora/CPF		51- Nome do Profissional	
52- Conselho Profissional		53- Número no Conselho		54- UF	
55- Código CBO					
56- Data de Realização de Procedimentos em Série		57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58- Observação / Justificativa					
59- Total de Procedimentos (R\$)		60- Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61- Total de Materiais (R\$)	
62- Total de OFME (R\$)		63- Total de Medicamentos (R\$)		64- Total de Gases Médicos (R\$)	
65- Total Geral (R\$)		66- Total Geral (R\$)			
67- Assinatura do Responsável pela Autorização		68- Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69- Assinatura do Contratado	

Legenda:

Campos de preenchimento Obrigatório;

1, 2, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 39, 40, 41, 42, 57, 65, 66, 67 e 68

Campos de Preenchimento Condicional;

3- Deve ser preenchido com 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.

4- Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

5- Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

6- Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.

7- Deve ser preenchida em caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

9- Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.

11- Deve ser preenchido em caso o beneficiário possua o Cartão Nacional de Saúde.

15- Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica

22- Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

23- Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretoria de utilização.

34- Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta

35- Deve ser preenchido em caso de óbito.

- 37-** Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
- 38-** Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
- 43-** Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
- 44-** Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
- 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.
- 46-** Deve ser preenchido 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.
- 47-** Deve ser preenchido 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.
- 48 -** Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
- 49 -** Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
- 50-** Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
- 51-** Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
- 52-** Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
- 53-** Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
- 54-** Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
- 55-** Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
- 56-** Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados.
- 57-** Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados
- 59-** Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
- 60-** Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados
- 61-** Deve ser preenchido caso haja materiais cobrados.
- 62-** Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.
- 63-** Deve ser preenchido caso haja medicamentos cobrados.
- 64-** Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.

Opcional;

- 58-** Deve ser preenchido para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário

Tabelas domínios utilizadas por campo;

- 16 -** Tabela 26
18 - Tabela 59
19 - Tabela 24
21 - Tabela 23
24 - Tabela 87
32 - Tabela 50
33 - Tabela 36
34 - Tabela 52
35 - Tabela 39
39 - Tabela 87
43 - Tabela 61

- 44 – Tabela 48
49 – Tabela 35
52 - Tabela 26
54 – Tabela 59
55 - Tabela 24

Anexo de Outras Despesas

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 Contratado				5 - Código CNES	
Despesas Realizadas							
6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida
17-Registro ANVISA do Material			18-Referência do material no fabricante			14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$
						16-Valor Total - R\$	
						13-Nº Autorização de Funcionamento	
01-							
20-Descrição							
02-							
20-Descrição							
03-							
20-Descrição							
04-							
20-Descrição							
05-							
20-Descrição							
06-							
20-Descrição							
07-							
20-Descrição							
08-							
20-Descrição							
09-							
20-Descrição							
10-							
20-Descrição							
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)	
						25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
						26 - Total de Diárias (R\$)	
						27 - Total Geral (R\$)	

Legenda:

Campos de preenchimento Obrigatório;

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

Campos de Preenchimento Condicional;

8 - Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

9 - Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

13 - Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.

17 - Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

18 - - Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

19 - Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.

Tabelas domínios utilizadas por campo;

06 - Tabela 25

10 - Tabela 87

13 - Tabela 60

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 - Senha _____		6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____		9 - Atendimento 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

Campos de Preenchimento Condicional;

3- Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

5- Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

6- Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.

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.

11- Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde

14- Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

39 - Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

40 - Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

41 - Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

42 - Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

43 - Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

44 - Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Opcional;

29 - Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão

30 - Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão

31 - Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão

32 - Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão

45 – Deve ser preenchido em caso de autorização pela Operadora.

Tabelas domínios utilizadas por campo;

15 - Tabela 26

17 - Tabela 59

18 - Tabela 24

22 - Tabela 23

23 - Tabela 57

24 - Tabela 41

33 - Tabela 36

34 - Tabela 87

41 - Tabela 49

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO
OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO**

2- Nº 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-	_____	_____	_____	_____
2-	_____	_____	_____	_____
3-	_____	_____	_____	_____
4-	_____	_____	_____	_____
5-	_____	_____	_____	_____
6-	_____	_____	_____	_____
7-	_____	_____	_____	_____
8-	_____	_____	_____	_____
9-	_____	_____	_____	_____

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

**Campos de Preenchimento Obrigatório;
1,2,3,4,7,8,9,10,12,13,14,15,18,28,29,30**

Campos de Preenchimento Condicional;

5- Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.

6- Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

11- Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

16- Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.

17- Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.

19- Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados

20- Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados

21- Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados

22- Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados

23- Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados

24- Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.

25- Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.

26- Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação

Opcional;

27- Deve ser preenchido para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Tabelas domínios utilizadas por campo;

12- Tabela 26

14- Tabela 59

15- Tabela 24

17- Tabela 49

19- Tabela 87

25- Tabela 49

Guia de Resumo de Internação

[illegible]

Legenda:

Campos de Preenchimento Obrigatório:

Exemplos de 10-Permutationen

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

Campos de Preenchimento Condicional:

6- Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.

7- Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

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.

11- Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

30- Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.

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.

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.

35- Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

36- Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

41- Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.

42- Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.

46- Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.

55- Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.

- 56- Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.
- 57- Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
- 58- Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes.
- 59- Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
- 60- Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
- 64- Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria *in loco* da operadora.

Opcional;

- 24- Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão.
- 25- Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão.
- 26- Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão.
- 27- Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão.
- 31- Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão.
- 65- Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Tabelas domínios utilizadas por campo;

- 16- Tabela 23
- 17- Tabela 55
- 22- Tabela 57
- 23- Tabela 41
- 28- Tabela 36
- 29- Tabela 39
- 37- Tabela 87
- 41- Tabela 61
- 42- Tabela 48
- 47- Tabela 35
- 50- Tabela 26
- 52- Tabela 59
- 53- Tabela 24

Guia de Honorário Individual

Logo da Empresa

GUIA DE HONORÁRIOS (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 pela Operadora																																																																																																																										
6 - Número da Carteira 7 - Nome 8 - Atendimento a RN																																																																																																																																
9 - Código na Operadora 10 - Nome do Hospital Local 11 - Código CNE S																																																																																																																																
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 14 - Código CNE S																																																																																																																																
15 - Data do Início do Faturamento 16 - Data do Fim do Faturamento																																																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>17 - Data</th> <th>18 - Hora Inicial</th> <th>19 - Hora Final</th> <th>20 - Tabela 21 - Código do Procedimento</th> <th>22 - Descrição</th> <th>23 - Qtd.</th> <th>24 - Via</th> <th>25 - Tec</th> <th>26 - Fator Red / Acresc</th> <th>27 - Valor Unitário - R\$</th> <th>28 - Valor Total - R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>03</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>04</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>05</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>06</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>07</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>08</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>09</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>								17 - Data	18 - Hora Inicial	19 - Hora Final	20 - Tabela 21 - Código do Procedimento	22 - Descrição	23 - Qtd.	24 - Via	25 - Tec	26 - Fator Red / Acresc	27 - Valor Unitário - R\$	28 - Valor Total - R\$	01											02											03											04											05											06											07											08											09											10										
17 - Data	18 - Hora Inicial	19 - Hora Final	20 - Tabela 21 - Código do Procedimento	22 - Descrição	23 - Qtd.	24 - Via	25 - Tec	26 - Fator Red / Acresc	27 - Valor Unitário - R\$	28 - Valor Total - R\$																																																																																																																						
01																																																																																																																																
02																																																																																																																																
03																																																																																																																																
04																																																																																																																																
05																																																																																																																																
06																																																																																																																																
07																																																																																																																																
08																																																																																																																																
09																																																																																																																																
10																																																																																																																																
29 - Seq Ref 30 - Grau Part. 31 - Código na Operadora/CPF 32 - Nome do Profissional 33 - Conselho Profissional 34 - Número no Conselho 35 - UF 36 - Código CBO																																																																																																																																
37 - Observação / Justificativa																																																																																																																																
38 - Valor total dos honorários																																																																																																																																
39 - Data de emissão																																																																																																																																
40 - Assinatura do Profissional Executante																																																																																																																																

Legenda:

Campos de Preenchimento Obrigatório

1,2,3,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,20,21,22,23,26,27,28,30,31,32,33,34,35,36,38,39 e 40

Campos de Preenchimento Condicional;

4- Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

5- Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador

18- Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

19- Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência

24 - Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.

25 - Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.

29 - Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.

Opcional;

37- Deve ser preenchido para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Tabelas domínios utilizadas por campo;

20- Tabela 87

24- Tabela 61

25- Tabela 48

30- Tabela 35

33- Tabela 26

35- Tabela 59

36- Tabela 24

Tabela 23 - Terminologia de caráter do atendimento

Código do Termo	Termo
1	Eletivo
2	Urgência/Emergência

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

Código do Termo	Termo	Código do Termo	Termo
201115	Geneticista	225142	Médico da estratégia de saúde da família
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas	225145	Médico em medicina de trânsito
213150	Físico médico	225148	Médico anatomopatologista
221105	Biólogo	225150	Médico em medicina intensiva
223204	Cirurgião dentista - auditor	225151	Médico anestesiologista
223208	Cirurgião dentista - clínico geral	225155	Médico endocrinologista e metabologista
223212	Cirurgião dentista - endodontista	225160	Médico fisiatra
223216	Cirurgião dentista - epidemiologista	225165	Médico gastroenterologista
223220	Cirurgião dentista - estomatologista	225170	Médico generalista
223224	Cirurgião dentista - implantodontista	225175	Médico geneticista
223228	Cirurgião dentista - odontogeriatra	225180	Médico geriatra
223232	Cirurgião dentista - odontologista legal	225185	Médico Hematologista
223236	Cirurgião dentista - odontopediatra	225195	Médico Homeopata
223240	Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista	225203	Médico em cirurgia vascular
223244	Cirurgião dentista - patologista bucal	225210	Médico cirurgião cardiovascular
223248	Cirurgião dentista - periodontista	225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
223252	Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial	225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
223256	Cirurgião dentista - protesista	225225	Médico cirurgião geral
223260	Cirurgião dentista - radiologista	225230	Médico cirurgião pediátrico
223264	Cirurgião dentista - reabilitador oral	225235	Médico cirurgião plástico
223268	Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial	225240	Médico cirurgião torácico
223272	Cirurgião dentista de saúde coletiva	225250	Médico ginecologista e obstetra
223276	Cirurgião dentista - odontologia do trabalho	225255	Médico Mastologista
223280	Cirurgião dentista - dentística	225260	Médico neurocirurgião
223284	Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial	225265	Médico oftalmologista
223288	Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais	225270	Médico ortopedista e traumatologista
223293	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	225275	Médico otorrinolaringologista
223505	Enfermeiro	225280	Médico proctologista
223605	Fisioterapeuta geral	225285	Médico urologista
223710	Nutricionista	225290	Médico cancerologista cirúrgico
223810	Fonoaudiólogo	225295	Médico cirurgião da mão
223905	Terapeuta ocupacional	225305	Médico citopatologista
223910	Ortoptista	225310	Médico em endoscopia
225103	Médico infectologista	225315	Médico em medicina nuclear
225105	Médico acupunturista	225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225106	Médico legista	225325	Médico patologista
225109	Médico Nefrologista	225330	Médico radioterapeuta
225110	Médico alergista e imunologista	225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225112	Médico neurologista	225340	Médico hemoterapeuta
225115	Médico angiologista	225345	Médico hiperbarista
225118	Médico nutrologista	225350	Médico neurofisiologista
225120	Médico cardiologista	239425	Psicopedagogo
225121	Médico oncologista clínico	251510	Psicólogo clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico	251545	Neuropsicólogo
225124	Médico pediatra	251550	Psicanalista
225125	Médico clínico	251605	Assistente social
225127	Médico pneumologista	322205	Técnico de enfermagem
225130	Médico de família e comunidade	322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica
225133	Médico psiquiatra	322225	Instrumentador cirúrgico
225135	Médico dermatologista	322230	Auxiliar de enfermagem
225136	Médico reumatologista	516210	Cuidador de idosos
225139	Médico sanitaria	999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante
225140	Médico do trabalho		

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 35 - Terminologia de grau de participação

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

Tabela 36 - Terminologia de Indicador de Acidente

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

Tabela 39 - Terminologia de motivo de encerramento

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

Tabela 41 - Terminologia de Regime de Internação

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

Tabela 48 - Terminologia de técnica utilizada

Código do Termo	Termo
1	Convencional
2	Video
3	Robótica

Tabela 49 - Terminologia de Tipo de Acomodação

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

Tabela 50 - Terminologia de Tipo de Atendimento

Código do Termo	Termo	Código do Termo	Termo
01	Remoção	12	Ocupacional
02	Pequena Cirurgia	13	Pequeno atendimento (sutura, gesso e outros)
03	Outras Terapias	14	Saúde Ocupacional - Admissional
04	Consulta	15	Saúde Ocupacional - Demissional
05	Exame Ambulatorial	16	Saúde Ocupacional - Periódico
06	Atendimento Domiciliar	17	Saúde Ocupacional - Retorno ao trabalho
07	Internação	18	Saúde Ocupacional - Mudança de função
08	Quimioterapia	19	Saúde Ocupacional - Promoção a saúde
09	Radioterapia	20	Saúde Ocupacional - Beneficiário novo
10	Terapia Renal Substitutiva (TRS)	21	Saúde Ocupacional - Assistência a demitidos
11	Pronto Socorro		

Tabela 52 - Terminologia de tipo de consulta

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

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
1	Clínica
2	Cirúrgica
3	Obstétrica
4	Pediátrica
5	Psiquiátrica

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	Termo	Descrição Detalhada	Código do Termo	Termo	Descrição Detalhada
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	Miligramas	048	PAR	Par
023	ML	Mililitro	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
1	Única
2	Mesma via
3	Diferentes vias

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

Código da Tabela	Descrição	Código da Tabela	Descrição
00	Tabela própria das operadoras	39	Motivo de encerramento
01	Lista de Procedimentos Médicos AMB 90	40	Origem do evento de atenção à saúde
02	Lista de Procedimentos Médicos AMB 92	41	Regime de internação
03	Lista de Procedimentos Médicos AMB 96	42	Regiões da boca
04	Lista de Procedimentos Médicos AMB 99	43	Sexo
05	Tabela Brasíndice	44	Situação inicial do dente
06	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos	45	Status da solicitação
07	Tabela CIEFAS-93	46	Status do cancelamento
08	Tabela CIEFAS-2000	47	Status da guia e do protocolo
09	Rol de Procedimentos ANS	48	Técnica utilizada
10	Tabela de Procedimentos Ambulatoriais SUS	49	Tipo de acomodação
11	Tabela de Procedimentos Hospitalares SUS	50	Tipo de atendimento
12	Tabela SIMPRO	51	Tipo de atendimento em odontologia
13	Tabela TUNEP	52	Tipo de consulta
14	Tabela VRPO	53	Tipo de demonstrativo
15	Tabela de Intercâmbio Sistema Uniodonto	54	Tipo de evento de atenção à saúde
16	Procedimentos Médicos	55	Tipo de faturamento
17	Procedimentos Odontológicos	56	Tipo de guia
18	Diárias, taxas e gases medicinais	57	Tipo de internação
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	58	Tipo de quimioterapia
20	Medicamentos	59	Unidade da federação
21	Outras áreas da saúde	60	Unidade de medida
22	Procedimentos e eventos em saúde	61	Via de acesso
23	Caráter do atendimento	62	Via de administração
24	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	63	Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS
25	Código da despesa	64	Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS
26	Conselho profissional	87	Tabelas de domínio
27	Débitos e créditos	88	Tabela Própria Medicina Ocupacional
28	Dentes	89	Tabela Própria Assistência Domiciliar
29	Diagnóstico por imagem	90	Tabela Própria Pacote Odontológico
30	Escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)	91	Tabela Provisória - Outras Áreas da Saúde
31	Estadiamento do tumor	92	Tabela Provisória - Procedimentos Odontológicos
32	Faces do dente	93	Tabela Provisória - Procedimentos Médicos
33	Finalidade do tratamento	94	Tabela Própria Procedimentos
34	Forma de pagamento	95	Tabela Própria Materiais
35	Grau de participação	96	Tabela Própria Medicamentos
36	Indicador de acidente	97	Tabela Própria de Taxas Hospitalares
37	Indicador de débito ou crédito	98	Tabela Própria de Pacotes
38	Mensagens (glosas, negativas e outras)	99	Tabela Própria de Gases Medicinais