



# TISS

## Troca de Informações em Saúde Suplementar

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA REDE CREDENCIADA  
PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS**

**2007**



## ÍNDICE

1. OBJETIVO .....	03
2. INFORMAÇÕES CONTATOS .....	03
3. APRESENTAÇÃO .....	04
4. BENEFÍCIOS .....	05
5. GUIA DE CONSULTAS .....	06
6. GUIA DE SADT SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNOSE E TERAPIA .....	08
7. GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO .....	13
8. GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO .....	16
9. GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL .....	20
10. GUIA DE OUTRAS DESPESAS .....	22



## **OBJETIVO**

Atender a solicitação da ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar implantando para tanto, o Padrão TISS - Troca de Informações em Saúde Suplementar, bem como orientar a Rede Credenciada ASFEB Saúde quanto ao preenchimento das Guias TISS, inclusive a obrigatoriedade dos diversos campos existentes nas mesmas facilitando desta maneira a comunicação entre ASFEB Saúde e a Rede Credenciada.

## **INFORMAÇÕES E CONTATOS**

<b>Setor</b>	<b>Telefone</b>
Central de Atendimento	71/ 2201-2221 ou r-2225, r-2208
Contas Médicas	71/ 2201-2226 ou r-2228
Relacionamento com o Mercado	71/ 2201-2238



## APRESENTAÇÃO

O tema demonstra grande importância para o setor, tendo em vista que alguns segmentos do mercado já haviam iniciado estudos com o intuito de estabelecer a padronização da informação trocada entre operadoras e prestadores como também a discussão do preenchimento de grande variedade de formulários utilizada por cada operadora e os demorados mecanismos para obtenção de autorizações de determinados procedimentos o qual exigiam uma intensa atenção burocrática dos prestadores de serviços.

Sendo assim, a ANS estabeleceu um padrão de Troca de Informação em saúde Suplementar – TISS, para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

A proposta trazida pela ANS utiliza padrões existentes e disponíveis no mercado em outros bancos de dados e sistema de informações, permitindo uma compatibilização com os diversos sistemas de informações em saúde, possibilitando melhorias na utilização das informações coletadas, norteadas por avaliações clínicas, epidemiológicas e gerenciais orientando na tomadas de decisões e planejamentos.



## **BENEFÍCIOS**

A ANS disponibilizará um sistema computacional gratuito que possibilitará a troca eletrônica, agregando facilidades para verificação da produção médica, controle de pagamentos, glosas, contratos e valoração das guias, além da emissão de relatórios utilizados para a entrada de parâmetros do SIP – sistema de Informação de Produtos e também o SIB – Sistema de Informações de Beneficiários, ambos da ANS.

A utilização desse sistema computacional será opcional e seu objetivo é atender operadoras e prestadores de serviços que não tenham sistemas próprios para se adequarem ao padrão de comunicação da Troca de Informação em saúde Suplementar – TISS.

A padronização e a troca eletrônica de informações em saúde suplementar trazem vários benefícios, entre os quais:

- 1- Aprimoram a comunicação entre os atores do setor (planos de saúde, prestadores de serviços, médicos e beneficiários)
- 2- Reduzem o uso de papel, agilizando o acesso do beneficiário aos serviços de saúde
- 3- Facilitam a obtenção de informações para estudos epidemiológicos e definição de políticas em saúde
- 4- Reduzem os custos administrativos
- 5- Melhoram a qualidade da assistência à saúde
- 6- Favorecem a realização de análise de custos e benefícios de investimentos na área da saúde.

A TISS, visa atingir a compatibilidade e interoperabilidade funcional e semântica entre os diversos sistemas independentes para fins de avaliação da assistência à saúde (caráter clínico, epidemiológico ou administrativo) e seus resultados, orientando o planejamento do setor. O padrão TISS se divide em quatro categorias: conteúdo e estrutura, representação de conceitos em saúde, comunicação e segurança e privacidade.



## GUIA DE CONSULTA

A Guia de consulta deve ser utilizada exclusivamente na execução de CONSULTA ELETIVA sem procedimento e constitui-se documento padrão para solicitação de pagamento.

CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
01	Registro ANS	Registro da Operadora na ANS	SIM	SIM
02	Número da guia	Número da guia	SIM	SIM
03	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	SIM	SIM
<b>DESCRIÇÃO DO BENEFICIÁRIO</b>				
04	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM	SIM
05	Plano	Nome do plano do beneficiário	SIM	SIM
06	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	NÃO	SIM
07	Nome	Nome do beneficiário	SIM	SIM
08	Número do cartão nacional de saúde	Número do cartão nacional de saúde	NÃO	NÃO
<b>DADOS DO CONTRATADO</b>				
09	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora CNPJ ou CPF	SIM	SIM
10	Nome do contratado	Nome do contratado	SIM	SIM
11	Código do CNES	Código do CNES do prestador	NÃO	SIM
12	Tipo de logradouro	Tipo de logradouro conforme tabela de domínio	NÃO	NÃO
13	Logradouro	Nome do logradouro do endereço executante	NÃO	NÃO
14	Número	Número do endereço do contratado	NÃO	NÃO
15	Complemento	Complemento do endereço do contratado	NÃO	NÃO
16	Município	Município do contratado	NÃO	NÃO
17	UF	Sigla da Unidade Federativa do contratado	NÃO	NÃO
18	Código IBGE do município	Código IBGE do município contratado	NÃO	NÃO
19	CEP	CEP de residência do contratado	NÃO	NÃO
20	Nome do Profissional Executante	Nome do Profissional Executante.	NÃO	NÃO
21	Conselho profissional	Sigla do Conselho Profissional do executante	SIM	SIM
22	Número no conselho	Número do Conselho	SIM	SIM
23	UF Conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante.	SIM	SIM
24	Código CBO'S	Código da especialidade do contratado	NÃO	NÃO



CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
<b>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA</b>				
25	Tipo de doenças	Código do tipo da doença:	NÃO	NÃO
		A = Aguda		
		C = Crônica		
26	Tempo da Doença referida pelo paciente	Tempo da Doença referido pelo paciente: "A"=anos; "M" = meses; "D" = dias.	NÃO	NÃO
27	Indicação de acidente	Indica se houve acidente de trabalho ou Doença relacionada ao trabalho = 0; Acidente de trânsito= 1; Outros acidentes = 2.	NÃO	NÃO
28	CID 10 Principal	Código CID 10 do diagnóstico principal	NÃO	NÃO
29	CID 10 (2)	Código CID 10 do segundo diagnóstico	NÃO	NÃO
30	CID 10 (3)	Código CID 10 do terceiro diagnóstico	NÃO	NÃO
31	CID 10 (4)	Código CID 10 do quarto diagnóstico	NÃO	NÃO
<b>DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO</b>				
32	Data do atendimento	Data de realização do atendimento	SIM	SIM
33	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio	SIM	SIM
34	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	SIM	SIM
35	Tipo de consulta	Código do tipo de consulta:	SIM	SIM
		"1" - Primeira consulta		
		"2" - Segunda consulta		
		"3" - Pré Natal		
36	Tipo de sala	Código do tipo de saída:	SIM	SIM
		"1" - Retorno		
		"2" - Retorno com SADT		
		"3" - Referência		
		"4" - Internação		
	"5" - Alta			
37	Observação	Observações	NÃO	NÃO
38	Data e assinatura do médico	Data e assinatura do médico	NÃO	NÃO
39	Data e assinatura do beneficiário e/ou responsável	Data e assinatura do beneficiário e/ou responsável	NÃO	SIM



## GUIA DE SADT

A Guia de SADT deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção, pequena cirurgia, terapias, consulta acompanhada de procedimentos, exames, atendimento domiciliar, SADT internado ou quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS).

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

CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
01	Registro ANS	Registro da Operadora na ANS	SIM	SIM
02	Número da guia	Número da guia	SIM	SIM
03	Número da guia principal (paciente internado)	Número da guia principal	NÃO	NÃO
04	Data da autorização	Data da autorização	NÃO	NÃO
05	Senha	Senha da autorização	NÃO	NÃO
06	Validade da senha	Data de validade da senha	NÃO	NÃO
07	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	SIM	SIM
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>				
08	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM	SIM
09	Plano	Nome do plano do beneficiário	SIM	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	NÃO	NÃO
11	Nome	Nome do beneficiário	SIM	SIM
12	Número do cartão nacional de saúde	Número do cartão nacional de saúde	NÃO	NÃO
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>				
13	Código na operadora CNPJ/CPF	Código na operadora CNPJ ou CPF	SIM	SIM
14	Nome do contratado	Nome do contratado solicitante	SIM	SIM
15	Código CNES	Código CNES do prestador solicitante	NÃO	NÃO
16	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante	NÃO	SIM
17	Conselho Profissional	Sigla do Conselho Profissional	SIM	SIM
18	Número do Conselho	Número do Conselho Profissional	SIM	SIM





CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
19	UF Conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	SIM	SIM
20	Código CBO-S	Código da especialidade de acordo com a tabela	NÃO	NÃO
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS / EXAMES SOLICITADOS</b>				
21	Data e hora da solicitação	Data e hora da solicitação	NÃO	NÃO
22	Caráter da solicitação	Caráter da solicitação Eletivo = "E"	SIM	SIM
		Caráter da solicitação Urgência/Emergência ="U"		
23	CID 10	Código CID 10 do diagnóstico principal	NÃO	NÃO
24	Indicação clínica	Deve ser preenchido pelo profissional solicitante	NÃO	NÃO
25	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela	NÃO	SIM
26	Código do procedimento	Código do procedimento solicitado	NÃO	SIM
27	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento	SIM	SIM
28	Quantidade solicitada	Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento	SIM	SIM
29	Quantidade autorizada	Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento	SIM	SIM
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>				
30	Código na operadora CNPJ/CPF	Código na operadora CNPJ ou CPF	SIM	SIM
31	Nome do contratado	Nome do contratado	SIM	SIM
32	Tipo de logradouro	Tipo de logradouro conforme tabela de domínio	NÃO	NÃO
33	Logradouro	Nome do logradouro	NÃO	NÃO
34	Número	Número do endereço do prestador executante	NÃO	NÃO
35	Complemento	Complemento do endereço do prestador solicitante	NÃO	NÃO
36	Município	Município do prestador solicitante	NÃO	NÃO
37	UF	Sigla da UF do prestador solicitante	NÃO	NÃO
38	Código do IBGE do município	Código do IBGE do município do prestador solicitante	NÃO	NÃO
39	CEP	CEP de residência do prestador solicitante	NÃO	NÃO
40	Código CNES	Código CNES do prestador executante	NÃO	NÃO
41	Nome do profissional Executante/Complementar	Nome do Profissional	NÃO	NÃO
42	Conselho Profissional	Sigla do Conselho Profissional do solicitante	NÃO	NÃO



CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
43	Número do Conselho	Número do Conselho profissional do solicitante	NÃO	NÃO
44	UF Conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho	NÃO	NÃO
45	Código CBO-S	Código da especialidade do solicitante	NÃO	NÃO
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>				
46	Tipo de atendimento	Código do tipo de atendimento da guia SADT	SIM	SIM
		Remoção = 1		
		Pequena cirurgia = 2		
		Terapia = 3		
		Consulta = 4		
		Exame = 5		
		Atendimento Domiciliar = 6		
		SADT Internado = 7		
		Quimioterapia = 8		
		Radioterapia = 9		
		TRS Terapia Renal Substitutiva = 10		
47	Indicação de acidente	Indica se houve acidente ou doença relacionada ao trabalho	NÃO	NÃO
		Trânsito = 1		
		Outros = 2		
48	Tipo de saída	Código do tipo da saída	SIM	SIM
		Retorno = 1		
		Retorno com SADT = 2		
		Referência = 3		
		Internação = 4		
		Alta = 5		
		Óbito = 6		

CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO
-------	------	-----------	-------------



			ANS	ASFEB
49	Tipo de doença	Código tipo de doença: Aguda = A, Crônica = C	NÃO	NÃO
50	Tempo de doença referida pelo paciente	Tempo da doença. Anos = A, Meses = M , Dias = D	NÃO	NÃO
51	Data	Data de realização do procedimento	SIM	SIM
52	Hora inicial	Hora inicial de realização do procedimento	NÃO	NÃO
53	Hora final	Hora final de realização do procedimento	NÃO	NÃO
54	Código da tabela	Código da tabela	SIM	SIM
55	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	SIM	SIM
56	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento realizado	SIM	SIM
57	Quantidade realizada	Quantidade em cobrança de um mesmo serviço	SIM	SIM
58	Via de acesso	Código da via de acesso única =U Mesma via = M Diferentes vias = D	NÃO	NÃO
59	Técnica utilizada	Código da técnica utilizada convencionalmente = C Videolaparoscopia = V	NÃO	NÃO
60	(%) de redução / acréscimo	(%) de redução / acréscimo	NÃO	NÃO
61	Valor unitário (R\$)	Valor unitário (R\$)	NÃO	NÃO
62	Valor Total (R\$)	Valor Total (R\$)	NÃO	NÃO
63	Data e assinatura dos procedimentos em série		NÃO	NÃO
64	Observação	Observação	NÃO	NÃO
65	Total de procedimentos	Valor em R\$ dos procedimentos	NÃO	NÃO
66	Total de taxas e alugueis	Valor em R\$ das taxas e alugueis	NÃO	NÃO
67	Total de materiais	Valor em R\$ de materiais	NÃO	NÃO
68	Total de medicamentos	Valor em R\$ dos medicamentos	NÃO	NÃO
69	Total de diárias	Valor em R\$ de diárias	NÃO	NÃO
70	Total de gases medicinais	Valor em R\$ de gases medicinais	NÃO	NÃO
71	Total geral da guia	Valor em R\$ do total em geral	NÃO	SIM
<b>OPM SOLICITADOS</b>				
72	Código da tabela	Código da tabela	NÃO	SIM
73	Código OPM	Código da OPM solicitada	NÃO	SIM
74	Descrição da OPM	Descrição da OPM solicitada	NÃO	SIM
75	Quantidade de OPM	Quantidade de OPM solicitada	NÃO	SIM
76	Fabricante OPM	Nome do fabricante da OPM solicitada	NÃO	SIM
77	Valor unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM solicita	NÃO	SIM
<b>CAMPO</b>	<b>NOME</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>OBRIGATÓRIO</b>	



			ANS	ASFEB
<b>OPM UTILIZADAS</b>				
78	Código da tabela	Código da tabela de OPM conforme tabela	NÃO	SIM
79	Código OPM	Código da OPM utilizada	NÃO	SIM
80	Descrição da OPM	Descrição da OPM utilizada	NÃO	SIM
81	Quantidade de OPM	Quantidade utilizada de OPM	NÃO	SIM
82	Código de barras	Código de barras identificador OPM	NÃO	SIM
83	Valor unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	NÃO	SIM
84	Valor total OPM (R\$)	Valor total em R\$ da OPM utilizada	NÃO	SIM
85	Valor total OPM (R\$)	Valor total OPM em R\$	NÃO	NÃO
86	Data e assinatura do solicitante	Data e assinatura do solicitante	NÃO	NÃO
87	Data e assinatura do responsável pela autorização	Data e assinatura do responsável pela autorização	NÃO	NÃO
88	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	NÃO	SIM
89	Data e assinatura do prestador executante	Data e assinatura do prestador executante	NÃO	NÃO



## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

A Guia de solicitação de internação é formulário padrão para a solicitação, autorização ou negação de internamento, em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar. O pedido de prorrogação deverá ser feita pelos prestadores de serviço de forma devidamente acordada com a operadora e a autorização deverá ser registrada no verso desta guia, até a elaboração da padronização da Guia de Pedido de Prorrogação a ser realizada pelo COPISS.

CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
01	Registro ANS	Registro da Operadora na ANS	SIM	SIM
02	Número da guia	Número da guia de solicitação	SIM	SIM
03	Data da autorização	Data que foi concedida a autorização	NÃO	NÃO
04	Senha	Senha da autorização	NÃO	NÃO
05	Validade da senha	Data de validade da senha	NÃO	NÃO
06	Data de emissão da Guia	Data de emissão da guia	SIM	SIM
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>				
07	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM	SIM
08	Plano	Nome do plano do beneficiário	SIM	SIM
09	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	NÃO	NÃO
10	Nome	Nome do beneficiário	SIM	SIM
11	Número do cartão nacional	Número do cartão nacional de saúde do beneficiário	NÃO	NÃO
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>				
12	Código da operadora CNPJ/CPF	Código na operadora CNPJ ou CPF	SIM	SIM
13	Nome do contratado	Nome do profissional solicitante	SIM	SIM
14	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	NÃO	NÃO
15	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante	NÃO	SIM
16	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional solicitante	SIM	SIM
17	Número do conselho	Número do conselho profissional	SIM	SIM
18	UF Conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	SIM	SIM
19	Código CBO-S	Código da especialidade conforme domínio	NÃO	NÃO

CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO
-------	------	-----------	-------------



			ANS	ASFEB
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO</b>				
20	Código na operadora CNPJ	Código ou CNPJ do prestador autorizado	NÃO	SIM
21	Nome do prestador	Nome do prestador autorizado	NÃO	SIM
22	Caráter da internação	Caráter da internação: Eletiva =E, Urgência/Emergência = U	SIM	SIM
23	Tipo de internação	Código do tipo de internação: Clínica = 1, Cirúrgica = 2, Obstétrica= 3, Pediátrica = 4, Psiquiátrica = 5	SIM	SIM
24	Regime de internação	Código regime de internação: Hospitalar = 1, Hospital dia = 2, Domiciliar = 3	SIM	SIM
25	Quantidade de diárias solicitadas	Quantidade de diárias solicitadas	SIM	SIM
26	Indicação clínica	Texto livre, preenchido pelo profissional solicitante	SIM	SIM
<b>HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS</b>				
27	Tipo de doença	Código do tipo da doença: Aguda =A, Crônica = C	NÃO	NÃO
28	Tempo da doença referida pelo médico	Quantidade e unidade de tempo de doença : Anos = A, Meses = M Dias = D	NÃO	NÃO
29	Indicador de acidente	Indica se houve: Acidente ou doença/trabalho Relacionada ao trabalho = 0, Trânsito =1 Outros=2	NÃO	NÃO
30	CID 10 Principal	Código CID 10 do diagnóstico principal	SIM	SIM
31	CID 10 (2)	Código CID 10 do segundo diagnóstico	NÃO	NÃO
32	CID 10 (3)	Código CID 10 do terceiro diagnóstico	NÃO	NÃO
33	CID 10 (4)	Código CID 10 do quarto diagnóstico	NÃO	NÃO
34	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos.	NÃO	SIM
35	Código do procedimento	Código do procedimento solicitado	NÃO	SIM
36	Descrição	Descrição do procedimento	SIM	SIM
37	Quantidade solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	SIM	SIM
38	Quantidade autorizada	Quantidade de procedimentos autorizada	SIM	SIM
<b>OPM SOLICITADA</b>				
39	Código da tabela	Código da tabela de OPM utilizada	NÃO	SIM
40	Código OPM	Código da OPM utilizada	NÃO	SIM
41	Descrição da OPM	Descrição da OPM solicitada	NÃO	SIM
42	Quantidade da OPM	Quantidade solicitada de OPM	NÃO	SIM
43	Fabricante OPM	Nome do fabricante da OPM solicitada	NÃO	SIM
44	Valor Unitário (R\$)	Valor Unitário em R\$ da OPM solicitada	NÃO	SIM

CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO
-------	------	-----------	-------------



			ANS	ASFEB
<b>DADOS DA AUTORIZAÇÃO</b>				
45	Data provável da admissão hospitalar	Data provável da admissão hospitalar	SIM	SIM
46	Quantidade de diárias autorizadas	Número de dias autorizados para internação	SIM	SIM
47	Tipo de acomodação autorizada	Código da autorização autorizada	NÃO	NÃO
48	Código na operadora/CNPJ	Código ou CNPJ do prestador autorizado	SIM	SIM
49	Nome do prestador	Nome do prestador autorizado	SIM	SIM
50	Código CNES	Código CNES do prestador executante	NÃO	NÃO
51	Observação	Observações	NÃO	NÃO
52	Data e assinatura do médico solicitante		NÃO	SIM
53	Data e assinatura do beneficiário ou responsável		NÃO	SIM
54	Data e assinatura do responsável pela autorização		NÃO	NÃO
<b>PRORROGAÇÕES</b>				
55	Data	Data da prorrogação	SIM	SIM
56	Senha	Senha da prorrogação	NÃO	NÃO
57	Responsável pela prorrogação	Nome do responsável pela prorrogação	SIM	SIM
58	Tipo da acomodação	Tipo da acomodação autorizada	NÃO	NÃO
59	Acomodação	Descrição da acomodação	NÃO	NÃO
60	Quantidade autorizada	Quantidade autorizada	SIM	SIM
61	Código da tabela	Código da tabela autorizada	NÃO	NÃO
62	Código do procedimento	Código do procedimento solicitado	NÃO	NÃO
63	Descrição	Descrição do procedimento	SIM	SIM
64	Quantidade solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	SIM	SIM
65	Quantidade autorizada	Quantidade de procedimentos autorizados	SIM	SIM
66	Código da tabela	Código da tabela de OPM	NÃO	NÃO
67	Código OPM	Código da OPM solicitada	NÃO	NÃO
68	Descrição da OPM	Descrição da OPM solicitada	NÃO	NÃO
69	Quantidade da OPM	Quantidade solicitada de OPM	NÃO	NÃO
70	Fabricante OPM	Nome do fabricante da OPM solicitada	NÃO	NÃO
71	Valor unitário (R\$)	Valor utilizado da OPM utilizada	NÃO	NÃO



## GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

A Guia de resumo de internação é formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação.

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

2- no caso de SADT, quando cobrados diretamente pelos terceirizados , deve-se utilizar a Guia de SADT.

3- As Guias de Honorário Individual e SADT's devem estar vinculadas às guias do hospital.

CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
01	Registro ANS	Registro da Operadora na ANS	SIM	SIM
02	Número da guia	Número da guia	SIM	SIM
03	Número da guia de solicitação	Número da Guia de solicitação	NÃO	SIM
04	Data da autorização	Data de emissão da autorização	NÃO	NÃO
05	Senha	Senha da autorização	NÃO	SIM
06	Data de Validade da senha	Data de validade da senha de autorização	NÃO	NÃO
07	Data de emissão da guia	Data de emissão da referida guia	SIM	SIM
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>				
08	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM	SIM
09	Plano	Nome do plano do beneficiário	SIM	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	NÃO	NÃO
11	Nome	Nome do beneficiário	SIM	SIM
12	Número do cartão nacional de saúde	Número do cartão nacional de saúde	NÃO	NÃO
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>				
13	Código na operadora CNPJ/CPF	Código na operadora , CNPJ ou CPF	SIM	SIM
14	Nome do contratado executante	Nome do contratado executante	SIM	SIM
15	Código CNES	Código CNES do prestador executante	SIM	SIM
16	Tipo de logradouro	Tipo de logradouro de acordo com a tabela	NÃO	NÃO
17	Logradouro	Nome completo do logradouro	NÃO	NÃO
18	Número	Número do endereço	NÃO	NÃO
19	Completo	Completo do endereço	NÃO	NÃO





CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
20	Município	Nome do município/localidade	NÃO	NÃO
21	UF	Sigla da Unidade Federativa	NÃO	NÃO
22	Código IBGE	Código do município da tabela do IBGE	NÃO	NÃO
23	CEP	CPF do endereço do contrato executante	NÃO	NÃO
<b>DADOS DA AUTORIZAÇÃO</b>				
24	Caráter da internação	Caráter da internação de acordo com a tabela: Eletivo = E, Urgência/Emergência= :U	SIM	SIM
25	Tipo de acomodação autorizada	Tipo da acomodação autorizada de acordo com a tabela de domínio	SIM	SIM
26	Data e hora da internação	Data e hora do início da internação	SIM	SIM
27	Data e hora da saída da internação	Data e hora da alta da internação	NÃO	NÃO
28	Tipo da internação	Tipo da internação realizada de acordo com a tabelas de domínio	SIM	SIM
29	Regime da internação	Regime da internação de acordo com a tabela	SIM	SIM
30	Internação obstétrica	Internação obstétrica	NÃO	SIM
31	Se óbito em mulher	Condição da mulher em caso de óbito: Grávida = 1; 42 dias após término da gestação = 2; de 43 a 12 meses após término da gestação = 3	NÃO	SIM
32	Se óbito neonatal Quantidade de óbito neonatal precoce Quantidade de óbito neonatal tardio	Em caso de óbito neonatal informar as quantidades Número de óbitos neonatal precoce Número de óbitos neonatal tardio	NÃO	NÃO
33	Número da declaração dos nascidos vivos	Número da declaração de nascimento	NÃO	NÃO
34	Quantidade de nascidos vivos a termo	Quantidade de nascidos vivos	NÃO	NÃO
35	Quantidade de nascidos mortos	Quantidade de nascidos mortos	NÃO	NÃO
36	Quantidade de nascidos vivos prematuros	Quantidade de nascidos prematuros	NÃO	NÃO
<b>DADOS DA SAÍDA DA INTERNAÇÃO</b>				
37	CID 10 principal	Código internacional da doença principal	SIM	SIM
38	CID 10 secundário	Código internacional da doença	NÃO	NÃO
39	CID 10 terciário	Código internacional da doença	NÃO	NÃO
40	CID 10 quartenário	Código internacional da doença	NÃO	NÃO

CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
-------	------	-----------	-------------	--



			ANS	ASFEB
41	Indicador de acidente	Doença relacionada ao trabalho=0, acidente de trânsito= 1, outros acidentes=2	NÃO	NÃO
42	Motivo saída	Código do motivo da saída conforme tabela	SIM	SIM
43	CID 10 óbito	Código internacional de doença responsável pelo óbito do paciente.	NÃO	NÃO
44	Número declaração de óbito	Número de declaração de óbito do paciente	NÃO	NÃO
<b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>				
45	Data	Data de realização do procedimento	SIM	SIM
46	Hora inicial	Horário inicial da realização do procedimento	NÃO	NÃO
47	Hora final	Horário final da realização do procedimento	NÃO	NÃO
48	Tabela	Código da tabela de codificação dos procedimentos	SIM	SIM
49	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	SIM	SIM
50	Descrição	Descrição do procedimento realizado	SIM	SIM
51	Quantidade	Quantidade realizada do procedimento	SIM	SIM
52	Via de acesso	Via de acesso de acordo com a tabela de domínio	NÃO	NÃO
53	Técnica utilizada	Técnica utilizada	NÃO	NÃO
54	(%) Redução / Acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor	NÃO	NÃO
55	Valor unitário	Valor monetário de cada procedimento	NÃO	NÃO
56	Valor total	Valor total do procedimento	NÃO	NÃO
<b>IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE</b>				
57	Sequencial de referência	Número sequencial do procedimento que relaciona à equipe executante	SIM	SIM
58	Grau de participação	Grau de participação do participação na equipe médica de acordo com a tabela	SIM	SIM
59	Código na operadora / CNPJ/CPF	Código do profissional /CNPJ / CPF	SIM	SIM
60	Nome do profissional	Nome do profissional executante	SIM	SIM
61	Conselho profissional	Código do Conselho profissional	SIM	SIM
62	Número no conselho	Número da identificação do profissional	SIM	SIM
63	UF	Sigla identificadora da Unidade Federativa	SIM	SIM
64	CPF	Número do CPF do profissional	NÃO	NÃO
<b>OPM UTILIZADA</b>				
65	Tabela	Código da tabela de OPMS	SIM	SIM
66	Código OPM	Código da OPM utilizada	SIM	SIM
67	Descrição OPM	Descrição das OPMS	SIM	SIM



CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
68	Quantidade	Quantidade de OPMS utilizadas	SIM	SIM
69	Código de barras	Código de barra identificador da OPM utilizada	NÃO	SIM
70	Valor unitário	Valor monetário de cada OPM	NÃO	SIM
71	Valor total da OPM	Valor total da OPM	NÃO	SIM
72	Total geral	Valor total da guia incluindo todos os procedimentos	NÃO	NÃO
73	Tipo de faturamento	Indica se é parcial ou total conforme tabela	SIM	SIM
74	Total de procedimentos	Valor total dos procedimentos	NÃO	NÃO
75	Total das diárias	Valor total da diárias	NÃO	NÃO
76	Total aluguel e taxas	Valor total das taxas e alugueis	NÃO	NÃO
77	Total de materiais	Valor total dos materiais	NÃO	NÃO
78	Total dos medicamentos	Valor total dos medicamentos	NÃO	NÃO
79	Total de gases medicinais	Valor total dos gases medicinais	NÃO	NÃO
80	Total geral	Somatório de todos os valores totais	NÃO	SIM
81	Observação	Observações	NÃO	NÃO
82	Data e assinatura do contratado	Data e assinatura do contratado	NÃO	SIM
83	Data e assinatura do Auditor da Operadora	Data e assinatura do Auditor da Operadora	NÃO	SIM



## GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

A Guia de Honorário Individual é um 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.

- 1- Nas internações, no caso de contas desvinculadas
- 2- Esta guia deve esta vinculada a guia do hospital

CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
01	Registro ANS	Registro da Operadora na ANS	SIM	SIM
02	Número da guia	Número da guia	SIM	SIM
03	Número da guia de solicitação	Número da Guia de solicitação	SIM	SIM
04	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	SIM	SIM
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>				
05	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM	SIM
06	Plano	Nome do plano do beneficiário	SIM	SIM
07	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	NÃO	NÃO
08	Nome	Nome do beneficiário	SIM	SIM
09	Número do cartão nacional de saúde	Número do cartão nacional de saúde	NÃO	NÃO
<b>DADOS DO CONTRATADO (ONDE FOI EXECUTADO O PROCEDIMENTO)</b>				
10	Código na operadora CNPJ/CPF	Código na operadora , CNPJ ou CPF	SIM	SIM
11	Nome do contratado executante	Nome do contratado executante	SIM	SIM
12	Código CNES	Código CNES do prestador executante	NÃO	NÃO
<b>DADOS DO CONTRATSDO EXECUTANTE</b>				
13	Código na operadora CNPJ/CPF	Código na operadora , CNPJ ou CPF	SIM	SIM
14	Nome do contratado executante	Nome do contratado executante	SIM	SIM
15	Código CNES	Código CNES do prestador executante	NÃO	NÃO
16	Tipo de acomodação autorizada	Tipo de acomodação conforme tabela de domínio	NÃO	NÃO
17	Grau de participação	Guia de participação do profissional na equipe	SIM	SIM
18	Nome do profissional executante	Nome do profissional que executou o serviço	NÃO	SIM
19	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional executante	SIM	SIM
20	Número no conselho	Número no conselho profissional executante	SIM	SIM



CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
21	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho	SIM	SIM
22	Número do CPF	Número do conselho profissional executante	NÃO	SIM
<b>DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO</b>				
23	Data	Data de realização do procedimento	SIM	SIM
24	Hora inicial	Horário inicial da realização do procedimento	NÃO	NÃO
25	Hora final	Horário final da realização do procedimento	NÃO	NÃO
26	Tabela	Código da tabela de codificação dos procedimentos	SIM	SIM
27	Código do procedimento	Código do procedimento	SIM	SIM
28	Descrição	Descrição do procedimento realizado	SIM	SIM
29	Quantidade	Quantidade realizada do procedimento apresentado	SIM	SIM
30	Via de acesso	Via de acesso conforme tabela	NÃO	NÃO
31	Técnica utilizada	Técnica utilizada conforme tabela	NÃO	NÃO
32	(%) Redução / Acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado.	NÃO	NÃO
33	Valor unitário	Valor monetário de cada procedimento	NÃO	NÃO
34	Valor total	Valor monetário do procedimento	SIM	SIM
35	Total geral dos honorários	Valor final do honorário médico	SIM	SIM
36	Observação	Observações	NÃO	NÃO
37	Data e assinatura	Campos destinados para data completa e assinatura do prestador	NÃO	SIM
38	Data e assinatura	Campos destinados para data completa e assinatura do beneficiário / responsável	NÃO	SIM



## GUIA DE OUTRAS DESPESAS

A Guia de Outras Despesas, é um 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 SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só. Deverá ser utilizada para discriminação de materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, não informadas na guia principal.

CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
01	Registro ANS	Registro da Operadora na ANS	SIM	SIM
02	Número da guia referenciada	Número da guia referenciada às despesas adicionais	SIM	SIM
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>				
03	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ, CPF	SIM	SIM
04	Nome do contratado	Nome do contratado executante	SIM	SIM
05	Código CNES	Código CNES do prestador executante	NÃO	NÃO
06	Código da despesa	Código da natureza da despesa:	SIM	SIM
		1- Gases Medicinais		
		2- Medicamento		
		3- Material		
		4- Taxas Diversas		
		5- Diárias		
		6- Aluguéis		
07	Data	Data da realização das despesas	SIM	SIM
08	Hora inicial	Horário inicial da realização das despesas	NÃO	NÃO
09	Hora final	Horário final da realização das despesas	NÃO	NÃO
10	Tabela	Código da tabela de codificação das despesas	NÃO	SIM
11	Código do item	Código das despesas	NÃO	SIM
12	Quantidade	Quantidade realizada da despesa apresentada	SIM	SIM
13	Descrição	Descrição da despesa realizada	NÃO	SIM
14	(%) Redução / Acréscimo	Valor monetário de cada despesa	NÃO	SIM
15	Valor unitário	Valor monetário de cada despesa	NÃO	SIM



CAMPO	NOME	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	
			ANS	ASFEB
16	Valor total	Valor monetário da despesa	NÃO	SIM
17	Total de gases medicinais	Valor total de gases medicinais	NÃO	NÃO
18	Total de medicamentos	Valor total de medicamentos	NÃO	NÃO
19	Total de materiais	Valor total de materiais	NÃO	NÃO
20	Total de taxas diversa	Total de taxas diversas	NÃO	NÃO
21	Total da diária	Total das diárias	NÃO	NÃO
22	Total dos aluguéis	Total dos aluguéis	NÃO	NÃO
23	Total geral	Total geral	NÃO	SIM