

MANUAL DA REDE CREDENCIADA

ÍNDICE

Apresentação.....	03
Benefícios para o prestador.....	04
Acesso ao sistema.....	05 a 06
LPP TUSS	07 a 08
Comprovante de rendimentos.....	09 a 10
Impressos padrão TISS.....	11
Preenchimento das guias.....	12 a 53
Consulta das tabelas TUSS no site da ANS.....	54
Índice das tabelas.....	55
Tabelas mais usadas.....	56 a 66
Autorização de elegibilidade.....	67 a 68
Consultar procedimentos médicos autorizados.....	69 a 70
Envio do faturamento XML.....	71 a 72
Cronograma de entrega de faturamento.....	73
Documentos obrigatórios para envio do faturamento.....	74
Demonstrativo de pagamento.....	75
Recurso de glosa.....	76 a 77
Notas fiscais.....	78 a 86
Pontos relevantes.....	87 a 88

APRESENTAÇÃO

Este manual contém orientações para os prestadores de serviços de saúde sobre as principais informações que envolvem o processo de faturamento da Fundação Libertas.

BENEFÍCIOS PARA O PRESTADOR

- a) Adequação às regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – O sistema foi parametrizado de acordo com as regras da ANS e da própria Fundação Libertas. Desta forma, caso o prestador preencha errado ou deixe de preencher algum campo obrigatório, o sistema emitirá um alerta grave, e neste caso o protocolo de recebimento não será gerado.
- b) Diminuição de erros – O envio do arquivo XML pelo sistema minimiza erros e, conseqüentemente, agiliza o processo de faturamento, uma vez que o sistema utiliza vários tipos de conferências, identificando erros mais comuns e, principalmente, os critérios exigidos pela codificação TISS. Nem tudo poderá ser conferido por meio de sistema, mas os erros mais comuns bem com as exigências da TISS estão contemplados. Desta forma, o prestador vai perceber erros simples nas guias serão minimizados, agilizando assim a análise das faturas.

OBRIGAÇÕES DO PRESTADOR

- a) Documentação obrigatória – A digitação no sistema das guias de atendimento no padrão TISS, estabelecido pela ANS, não descarta a obrigação do prestador de enviar os documentos comprobatórios do atendimento, tais como protocolo de envio do arquivo, lista presencial ou as guias devidamente assinadas e nota fiscal.

ACESSO AO SISTEMA

1 – Acesse o site da Fundação Libertas WWW.fundacaolibertas.com.br



2 – Digite o CPF/CNPJ e senha e, em seguida clique em “entrar”.



3 – Caso seja o seu primeiro acesso, clique em “cadastrar”.



3.1 – Identificar o tipo de usuário “credenciado” e, clique em prosseguir.

Cadastro de Usuário

Você é:

Participante

Credenciado 



3.2 – Após preencher os campos abaixo, clique em “cadastrar” e, em seguida você receberá os dados de acesso através do e-mail informado.

Cadastro de Usuário

CADASTRO DE CREDENCIADO

CNPJ/CPF:

Código do Banco:

Agência: Obs: sem o dígito

E-Mail:



4 – Caso tenha esquecido a senha, clique em “lembrar senha”.



4.1 - Após preencher os campos abaixo, clique em “prosseguir” e, em seguida você receberá os dados de acesso através do e-mail informado.

Observação: Seu código de acesso é CNPJ ou CPF cadastrado.

Lembrar Senha do Portal

Informe o Cód. Acesso:

Informe o E-mail:



LPP TUSSCONTRATUALIZADA

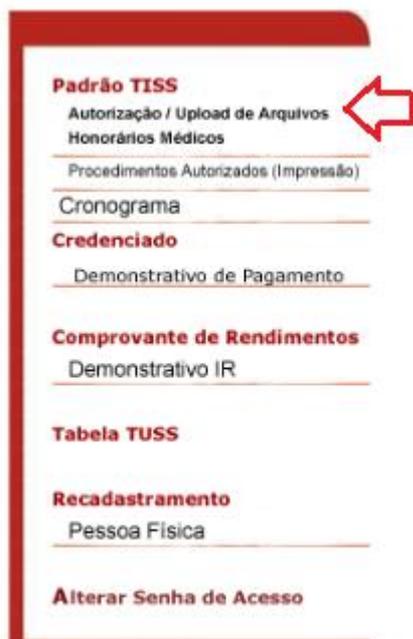
1 - Acesse o site da Fundação Libertas WWW.fundacaolibertas.com.br



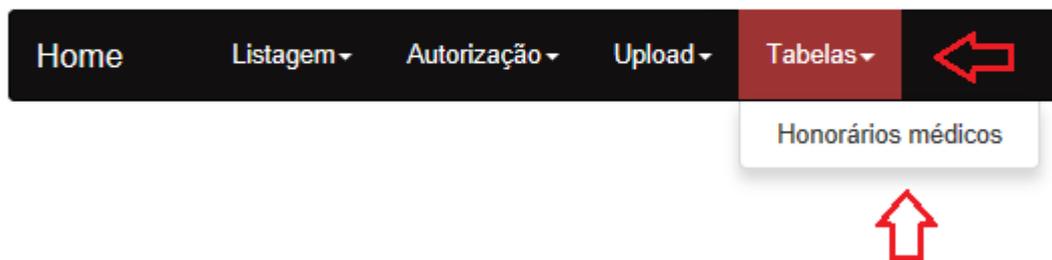
1.1 - Digite o CPF/CNPJ e senha e, em seguida clique em “entrar”.



1.2 – Clique em “padrão TISS”.



1.3 – Clique em “tabelas” e, em seguida “honorários médicos”.



1.4 – Clique em “gerar arquivo” para baixar a tabela no formato excell.

Click no botão abaixo para gerar a tabela de honorários em Excel.



Codigo Procedimento	Descricao Procedimento
30805236	MEDIASTINOSCOPIA, VIA CERVICAL POR VÍDEO
30805244	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR POR VÍDEO
30805252	PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICÁRDICA POR VÍDEO
30805260	RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO POR VÍDEO
30805279	TIMECTOMIA POR VÍDEO
30805295	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO MEDIASTINO
30806011	ABSCESSO SUBFRÊNICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO

COMPROVANTE DE RENDIMENTO

1.1 - Acesse o site da Fundação Libertas WWW.fundacaolibertas.com.br



1.2 - Digite o CPF/CNPJ e senha e, em seguida clique em “entrar”.



1.3 – Clique em “demonstrativo IR”.



1.5 – Informe o período desejado e, clique em “prosseguir”.

Comprovante de Rendimentos

Informe o período de consulta:

Ano Base:

IMPRESSOS PADRÃO TISS

1 – Acesse o site da Fundação Libertas WWW.fundacaolibertas.com.br



1.1 – Clique em “planos de saúde”, em “credenciado” e, em seguida “impressos padrão TISS”.



- Guia de Consulta
- Guia de Honorário Individual
- Guia de Outras Despesas
- Guia Comprovante Presencial
- Guia de Resumo de Internação
- Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT
- Anexo - Solicitação Orteses
- Anexo - Solicitação Quimioterapia
- Anexo - Solicitação Radioterapia
- Demonstrativo de Análise
- Demonstrativo de Pagamento
- Guia de Recurso
- Guia de Solicitação de Prorrogação
- Guia de Solicitação de Internação
- Orientação sobre utilização do Padrão TISS

PREENCHIMENTO DAS GUIAS

- GUIA DE CONSULTA



GUIA DE CONSULTA

2. Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS
378216

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 - Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela

21 - Código do Procedimento

22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Campos obrigatórios:

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	4	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	5	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. 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.
Atendimento a RN	6	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome	7	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	8	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Código na operadora	9	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	10	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	11	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	12	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	13	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	14	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	15	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	16	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Indicação de Acidente	17	Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Data do Atendimento	18	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Tipo de consulta	19	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Obrigatório.
Tabela	20	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento	21	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do procedimento	22	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Númerico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Observação/Justificativa	23	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Assinatura do profissional executante	24	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	25	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	9	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	10	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data do atendimento	11	Data de realização				Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Número da carteira	12	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	13	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da guia principal	14	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Assinatura	15	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de Assinatura do Contratado	16	Data da assinatura do prestador contratado	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	17	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

● GUIA SP/SADT

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

2. Nº Guia no Prestador

Libertas

1 - Registro ANS: 378216 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização: 5 - Senha: 6 - Data de Validade de Senha: 7 - Número de Guia Atrelado pelo Operador

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 9 - Validade da Carteira: 10 - Nome: 11 - Causo Nacional de Saúde: 12 - Atendimento a SA

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Bens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter de Atendimento: 22 - Data de Solicitação: 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela: 25 - Código do Procedimento ou Bem Assistencial: 26 - Descrição: 27 - Qtd. Sáb.: 28 - Qtd. Jaz.

29 - Código na Operadora: 30 - Nome do Contratado: 31 - Código CME:

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento: 33 - Indicação de Aclamação (Acidente ou doença relacionada): 34 - Tipo de Consulta: 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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./Acess.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação dos Profissionais Responsáveis

48 - Social: 49 - Casa Part.: 50 - Código na Operadora/CPC: 51 - Nome do Profissional: 52 - Conselho Profissional: 53 - Número no Conselho: 54 - UF: 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio: 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$): 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$): 61 - Total de Materiais (R\$): 62 - Total de OFMC (R\$): 63 - Total de Medicamentos (R\$): 64 - Total de Gastos Médicos (R\$): 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização: 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 68 - Assinatura do Contratado

Campos obrigatórios:

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicional. Deve ser preenchido com o 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.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	9	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. 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.
Nome	10	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Atendimento a RN	12	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	13	Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado	14	Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	15	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	16	Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número no conselho	17	Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	18	UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	19	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Assinatura do Solicitante	20	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Caráter do Atendimento	21	Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Data da Solicitação	22	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Indicação Clínica	23	Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicional. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela	24	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial	25	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	26	Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	27	Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde Aut	28	Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora	Obrigatório.
Código na operadora	29	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	30	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	31	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999.
Tipo de Atendimento	32	Tipo de atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de Acidente	33	Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tipo de consulta	34	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.
Motivo de Encerramento do Atendimento	35	Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de óbito.
Data	36	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Hora Inicial	37	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora Final	38	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Tabela	39	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Código do Procedimento	40	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Descrição	41	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Qtde	42	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via	43	Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Téc	44	Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	45	Fator de redução ou acréscimo	Númérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. 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.
Valor Unitário	46	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Númérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Valor Total	47	Valor total por procedimento realizado	Númérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Seq. Ref	48	Sequencial de referência do procedimento realizado	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. 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.
Grau Part	49	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código na Operadora / CPF	50	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Nome do profissional	51	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho Profissional	52	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Número no conselho	53	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	54	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Código CBO	55	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Data de realização de procedimentos em série	56	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados.
Assinatura do beneficiário ou responsável na realização de procedimentos em série	57	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Observação/Justificativa	58	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Total de Procedimentos	59	Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Total de Taxas Diversas e Aluguéis	60	Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.
Total de Materiais	61	Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Total de OPME	62	Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.
Total de Medicamentos	63	Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Total Gases Medicinais	64	Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Total Geral	65	Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela Autorização	66	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	68	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Atendimento a RN	8	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	9	Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Nome do hospital / local	10	Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código CNES	11	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999.
Código do contratado na operadora	12	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	14	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999.
Data início Faturamento	15	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	16	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data	17	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	18	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora Final	19	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela	20	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento	21	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	22	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde	23	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via	24	Via de acesso	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Téc	25	Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	26	Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1,00.
Valor Unitário	27	Valor unitário do procedimento realizado.	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor Total	28	Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Seq. Ref	29	Sequencial de referência do procedimento realizado	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. 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.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau Part	30	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código na Operadora / CPF	31	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do profissional	32	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Conselho Profissional	33	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	34	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
UF	35	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	36	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Observação/Justificativa	37	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Total dos Honorários	38	Valor total dos honorários	Númérico	8,2		Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data de emissão	39	Data de emissão da guia	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	9	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. 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.
Nome	10	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Atendimento a RN	12	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	13	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado	14	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	15	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Caráter do Atendimento	16	Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	17	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo de faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.
Hora do início do faturamento	19	Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a hora do início do faturamento da guia que está sendo complementada.
Data do fim do faturamento	20	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a hora do fim do faturamento da guia que está sendo complementada.
Tipo de internação	22	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de Internação	23	Regime de internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
CID10 Principal	24	Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (2)	25	Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (3)	26	Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
CID10 (4)	27	Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de Acidente	28	Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Motivo de Encerramento da Internação	29	Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Número da Declaração de Nascido Vivo	30	Número da Declaração de Nascido Vivo	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicional. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
CID10 Óbito	31	Diagnóstico de óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Número da Declaração de Óbito	32	Número da Declaração de Óbito	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	Condicional. 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.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador DO de RN	33	Indicador de declaração de óbito de recém-nato.	String	1		Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.	Condicional. 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.
Data	34	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	35	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora Final	36	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela	37	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento	38	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	39	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde	40	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via	41	Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Téc	42	Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	43	Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.
Valor Unitário	44	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor Total	45	Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Seq. Ref	46	Sequencial de referência do procedimento realizado	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicional. 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.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau Part	47	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código na Operadora / CPF	47	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Nome do profissional	49	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Conselho Profissional	50	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Número no conselho	51	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	52	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código CBO	53	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Total de Procedimentos	54	Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Total de Diárias	55	Valor total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
Total de Taxas e Aluguéis	56	Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.
Total de Materiais	57	Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Total de OPME	58	Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Total de Medicamentos	59	Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Total Gases Medicinais	60	Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Total Geral	61	Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Data da assinatura do contratado	62	Data da assinatura do prestador contratado	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	63	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do(s) auditor(es) da operadora	64	Assinatura do auditor da operadora				Assinatura do auditor da operadora	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria <i>in loco</i> da operadora.
Observação/Justificativa	65	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

- GUIA DE ANEXO DE OUTRAS DESPESAS



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

1 - Registro ANS 378216	2 - Número da Guia Referenciada _____
-----------------------------------	--

Dados do Contratado/Executante		
3 - Código da Operadora _____	4 - Nome do Contratado _____	5 - Código CNES _____

Despesas Realizadas										
6-CD	7-Cota	8-Horainicial	9-HoraFinal	10-Tabeta	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
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 Medicais (R\$)

22 - Total de Medicamentos (R\$)

23 - Total de Materiais (R\$)

24 - Total de CPVE (R\$)

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

26 - Total de Diárias (R\$)

27 - Total Geral (R\$)

Campos obrigatórios:

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia referenciada	2	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual esse anexo está vinculado.	Obrigatório.
Código na operadora	3	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	5	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999.
CD	6	Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data	7	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial	8	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final	9	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela	10	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do item	11	Código do item assistencial utilizado	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Qtde	12	Quantidade do item assistencial utilizado	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Unidade de medida	13	Unidade de Medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicional. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Fator Red / Acrésc	14	Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1,00.
Valor unitário	15	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.
Valor total	16	Valor total dos itens assistenciais utilizados	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Referência do material no fabricante	18	Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Nº autorização de funcionamento da empresa	19	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Descrição	20	Descrição do item assistencial utilizado	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Total de gases medicinais	21	Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total de medicamentos	22	Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Obrigatório. Caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total de materiais	23	Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Total de OPME	24	Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das OPMEs, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja órtese, prótese ou material especial cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total de taxas e aluguéis	25	Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Obrigatório. Caso não haja taxas ou aluguéis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total de diárias	26	Valor total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Obrigatório. Caso não haja diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total geral	27	Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.

Campos obrigatórios:

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Validade da carteira	8	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. 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.
Atendimento a RN	9	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome	10	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Código do contratado	12	Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	15	Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	16	Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	17	UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	18	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Código na operadora / CNPJ	19	Código do contratado solicitado na operadora	String	14		Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.
Nome do hospital / local	20	Nome do hospital / local solicitado	String	70		Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data sugerida para internação	21	Data sugerida para internação	Date	8	DDMMAAAA	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	Obrigatório.
Caráter do Atendimento	22	Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de internação	23	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de Internação	24	Regime de internação	String	1		Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Qtde diárias solicitadas	25	Quantidade de diárias solicitadas	Integer	2		Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório.
Previsão de uso de OPME	26	Indicador de previsão de uso de OPME	String	1		Indica se há previsão de utilização de OPME na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso destes materiais.
Previsão de uso de quimioterápico	27	Indicador de previsão de uso de quimioterápico	String	1		Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.
Indicação Clínica	28	Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
CID10 Principal	29	Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (2)	30	Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (3)	31	Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (4)	32	Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de Acidente	33	Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tabela	34	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do Procedimento ou item assistencial	35	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	36	Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	37	Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Aut	38	Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Data provável da admissão hospitalar	39	Data provável da admissão hospitalar	Date	8	DDMMAAAA	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Qtde diárias autorizadas	40	Quantidade de diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Tipo da acomodação autorizada	41	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código na operadora	42	Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do hospital / local autorizado	43	Nome do hospital / local autorizado	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	44	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Observação / Justificativa	45	Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	46	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	47	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	48	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	49	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Campos obrigatórios:

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação.	3	Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na operadora	9	Código do contratado solicitante na Operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	10	Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	12	Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	13	Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	14	UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	15	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde. diárias adicionais solicitadas	16	Quantidade de diárias adicionais solicitadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.
Tipo da acomodação solicitada	17	Tipo da acomodação solicitada	String	2		Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.
Indicação Clínica	18	Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela	19	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento ou item assistencial	20	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição	21	Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde solíc	22	Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde Aut	23	Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde. diárias adicionais autorizadas	24	Quantidade de diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
Tipo da acomodação autorizada	25	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Justificativa da Operadora	26	Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Observação/Justificativa	27	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	28	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	29	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	30	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

● GUIA DE ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME:

		ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME			<small>2. Nº Guia ao Prestador</small>		
1 - Registro ANS 378216	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data de Apresentação	6 - Número de Guia Arbitrado pelo Operador			
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		8 - Nome					
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do Profissional Solicitante			10 - Telefone	11 - E-mail			
Dados da Cirurgia							
12 - Justificativa Técnica							
OPME Solicitado							
<small>13. Fabrica</small>	<small>14. Código do Material</small>	<small>15. Descrição</small>	<small>16. Digição</small>	<small>17. Qtdm. Solicitada</small>	<small>18. Valor Unitário Solicitado</small>	<small>19. Qtdm. Autorizada</small>	<small>20. Valor Unitário Autorizado</small>
<small>21. Digição</small>	<small>22. Referência do material ao fabricante</small>	<small>23. Nº Autorização do Funcionamento</small>					
09- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
00- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
01- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
02- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
03- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
26 - Data de Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

Campos obrigatórios:

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
data de autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	9	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone	10	Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail	11	E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Justificativa técnica	12	Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Tabela	13	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material	14	Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição	15	Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Opção fabr	16	Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Qtde solíc	17	Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor Unitário Solicitado	18	Valor do unitário material solicitado	Numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
quantidade autorizada	19	Quantidade autorizada do material	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
valor unitário autorizado	20	Valor do unitário material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes
Registro ANVISA do material	21	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Referência do material no fabricante	22	Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Nº autorização de funcionamento	23	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Especificação do material	24	Especificação do material solicitado	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação/Justificativa	25	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	26	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	27	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	28	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

● GUIA DE ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA:

2. Nº Guia do Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

1-Registro ANS
378216

2-Número de Guia Referenciada

3- Senha

4-Data da Autorização

5-Número de Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

6- Número da Carteira

7- Nome

8- Peso (kg)

9- Altura (cm)

10- Superfície Corporal (m²)

11- Idade

12- Sexo

Dados do Profissional Solicitante

13- Nome do Profissional Solicitante

14- Telefone

15- E-mail

Diagnóstico Oncológico

16- Data do diagnóstico

17- CID-10 (1) (Opcional)

18- CID-10 (2) (Opcional)

19- CID-10 (3) (Opcional)

20- CID-10 (4) (Opcional)

21- Plano Terapêutico

22- Estabelecimento

23- Tipo de Quimioterapia

24- Finalidade

25- ECODE

26- Tumor

27- Módulo

28- Metastase

29- Diagnóstico Citohistopatológico

30- Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

32 Data Prevista para Início da Administração	33 Tabela	34 Código do Medicamento	35 Descrição	36 Dose/parâmetro total no ciclo	37 Unidade de Medida	38 Via Adm	39 Frequência
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Tratamentos Anteriores

40- Círculo

41- Data de Realização

42- Área Tratada

43- Data de Aplicação

44- Observações / Análises

45- Número de Ciclos Previstos

46- Ciclo Atual

47- Nº de Dias de Ciclo Real

48- Intervalo entre Ciclos (em dias)

49- Data de Solicitação

50- Assinatura do Profissional Solicitante

51- Assinatura do Responsável pela Autorização

Campos obrigatórios:

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso do beneficiário	9	Peso(kg)	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	10	Altura	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	11	Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	12	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	13	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	15	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	16	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	17	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico principal	18	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	19	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	20	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	21	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	22	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	23	Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	24	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Escala de capacidade funcional	25	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	26	Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	27	Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	28	Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Plano terapêutico	29	Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	30	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	31	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para o início da administração do medicamento	32	Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para o início da administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	33	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	34	Código do medicamento	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	35	Descrição	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem do medicamento	36	Dosagem total no ciclo	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	37	Unidade de medida	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	38	Via adm	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	39	Frequência	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cirurgia	40	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	41	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Area irradiada	42	Area irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	43	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação / Justificativa	44	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	45	Número de ciclos previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	46	Ciclo atual	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Número de dias do ciclo atual	47	Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	48	Intervalo entre ciclos	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Data da solicitação	49	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	50	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	51	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

- GUIA DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA:

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA					2. Nº Guia no Prestador						
1. Registro ANS 378216	2. Número da Guia Referenciada	4. Sexo	5. Data de Autorização	6. Número da Guia Atendida pelo Operadora							
Dados do Insuficiente											
7. Número da Carteira	8. Nome				9. Idade	10. Sexo					
Dados do Profissional Solicitante											
11. Nome do Profissional Solicitante		12. Telefone	13. E-mail								
Diagnóstico Oncológico											
14. Data do diagnóstico	15. CID 10 Principal (Opcional)	16. CID 10 (2) (Opcional)	17. CID 10 (3) (Opcional)	18. CID 10 (4) (Opcional)	19. Diagnóstico por Imagem	20. Estadiamento	21. ECDC	22. Finalidade			
23. Diagnóstico Citohistopatológico						Tratamentos Adjuvantes					
						25. Cirurgia					
						26. Data de Realização					
						27. Quimioterapia					
24. Informações relevantes						28. Data de Aplicação					
29. Número de Campos	30. Dose por dia (em Gy)	31. Dose Total (em Gy)	32. Número de Dias	33. Data Prevista para Início da Administração							
34. Observação/Justificativa											
35. Data de Solicitação		36. Assinatura do Profissional Solicitante		37. Assinatura do Autorizador de Operações							

Campos obrigatórios:

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Idade do beneficiário	9	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	10	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	12	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	13	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	14	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	15	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	16	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	17	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	18	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	19	Diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	20	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	21	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da finalidade do tratamento	22	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	23	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	24	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	25	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	26	Data de Realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	27	Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da aplicação da última quimioterapia	28	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	29	Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	30	Dose por dia (em Gy)	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	31	Dose total (em Gy)	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	32	Número de dias	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	33	Data revista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	34	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	35	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do profissional solicitante	36	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	37	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

- **CONSULTA DAS TABELAS TUSS NO SITE DA ANS:**

1 – Acesse o site da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) WWW.ans.gov.br

1.1 – Clique na opção “Prestadores” e, em seguida, em “TISS” – Troca de Informação de Saúde Suplementar.



1.2 – Clique na opção “Padrão TISS” – versão Setembro/2016.

TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar
Padrão TISS – Setembro/2016
Radat TISS
Padrão TISS – Histórico das versões dos Componentes do Padrão TISS
Contrato entre operadoras e prestadores
Parto Adequado
Central de Atendimento a Prestadores
QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde

Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar – TISS

A Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, e, ainda, a redução da assimetria de informações para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Padrão TISS – Versão Setembro/2016

 [Clique aqui para acessar a versão Setembro/2016](#)

1.3 – Clique na opção “Componente de Representação de Conceitos em Saúde (Terminologia Unificada de Saúde Complementar)” e, em seguida, em “Visualizar anexo (zip)”.

Padrão TISS – Identificação da versão vigente

Clique nos links abaixo para acessar os detalhes e arquivos do padrão TISS.

Arquivos do Padrão TISS	Versão Vigente	
Componente Organizacional	201609	 Visualizar Anexo (.pdf)
Componente de Conteúdo e Estrutura	201609	 Baixar Anexo (.zip)
Componente de Representação de Conceitos em Saúde (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar)	201609	 Baixar Anexo (.zip)
Componente de Segurança e Privacidade	201311	 Visualizar Anexo (.pdf)
Componente de Comunicação	03.03.01	 Baixar Anexo (.zip)

• ÍNDICE DAS TABELAS

- Tabela 18 - Terminologia de Diárias, taxas e gases medicinais
- Tabela 19 - Terminologia de Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
- Tabela 20 - Terminologia de Medicamentos
- Tabela 22 - Terminologia de Procedimentos e eventos em saúde
- Tabela 23 - Terminologia de Caráter do atendimento
- Tabela 24 - Terminologia de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)
- Tabela 25 - Terminologia de Código da despesa
- Tabela 26 - Terminologia de Conselho profissional
- Tabela 27 - Terminologia de Débitos e créditos
- Tabela 28 - Terminologia de Dentes
- Tabela 29 - Terminologia de Diagnóstico por imagem
- Tabela 30 - Terminologia de Escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)
- Tabela 31 - Terminologia de Estadiamento do tumor
- Tabela 32 - Terminologia de Faces do dente
- Tabela 33 - Terminologia de Finalidade do tratamento
- Tabela 34 - Terminologia de Forma de pagamento
- Tabela 35 - Terminologia de Grau de participação
- Tabela 36 - Terminologia de Indicador de acidente
- Tabela 37 - Terminologia de Indicador de débito ou crédito
- Tabela 38 - Terminologia de Mensagens (glosas, negativas e outras)
- Tabela 39 - Terminologia de Motivo de encerramento
- Tabela 40 - Terminologia de Origem da Guia
- Tabela 41 - Terminologia de Regime de internação
- Tabela 42 - Terminologia de Regiões da boca

- Tabela 43 - Terminologia de Sexo
- Tabela 44 - Terminologia de Situação inicial do dente
- Tabela 45 - Terminologia de Status da solicitação
- Tabela 46 - Terminologia de Status do cancelamento
- Tabela 47 - Terminologia de Status do protocolo
- Tabela 48 - Terminologia de Técnica utilizada
- Tabela 49 - Terminologia de Tipo de acomodação
- Tabela 50 - Terminologia de Tipo de atendimento
- Tabela 51 - Terminologia de Tipo de atendimento em odontologia
- Tabela 52 - Terminologia de Tipo de consulta
- Tabela 53 - Terminologia de Tipo de demonstrativo
- Tabela 54 - Terminologia de Tipo de guia
- Tabela 55 - Terminologia de Tipo de faturamento
- Tabela 56 - Terminologia de Natureza da guia
- Tabela 57 - Terminologia de Tipo de internação
- Tabela 58 - Terminologia de Tipo de quimioterapia
- Tabela 59 - Terminologia de Unidade da federação
- Tabela 60 - Terminologia de Unidade de medida
- Tabela 61 - Terminologia de Via de acesso
- Tabela 62 - Terminologia de Via de administração
- Tabela 63 - Terminologia de Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS
- Tabela 64 - Terminologia de Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS
- Tabela 65 - Terminologia de metástases
- Tabela 66 - Terminologia de nódulo
- Tabela 67 - Terminologia de tumor
- Tabela 68 - Terminologia de Categoria de Despesa
- Tabela 69 - Terminologia de versão do padrão
- Tabela 70 - Terminologia forma de envio do padrão
- Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas na saúde suplementar

● TABELAS MAIS USADAS:

Tabela 18 – Terminologia de Diárias, Taxas e Gases Medicinais:

Código do Termo	Termo	Descrição Detalhada do Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
60000449	TAXA COMPACTA DE SALA DE MEDICAMENTOS VIA IM OU IV	A taxa compreende: <ul style="list-style-type: none"> • Instalações da sala de atendimento em pronto socorro / pronto atendimento; • Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes ao atendimento em pronto socorro / pronto atendimento; • Serviços de enfermagem inerentes ao atendimento em pronto socorro / pronto atendimento. • Serviços/procedimentos de enfermagem como: preparo, administração e instalação de medicamentos, por qualquer via de acesso, assim como trocas de frascos para soroterapia ou para dietas tanto enterais como parenterais; controle de sinais vitais (pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via); controle de drenos, de diurese, antropométrico e de PVC; higienização do paciente; instalação e controle de: irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalações, curativos e de glicemia; manutenção da permeabilidade do cateter; tricotomia; curativos; mudança de decúbito e locomoção interna do paciente; • Paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luvas) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente; • Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; anti-séptico (álcool 70%), cotonetes para a higiene ocular, ouvido e nariz. <p>A taxa não compreende: <ul style="list-style-type: none"> • Materiais Descartáveis (exceto EPI's e àqueles que substituem materiais permanentes, tais como Lençóis, toalhas e etc.); • Medicamentos; • Honorários Médicos. </p>	10/10/2012		31/08/2014
60000457	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS	A taxa compacta de sala de pequenas cirurgias compreende: <ul style="list-style-type: none"> - Instalações da sala; - Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes aos procedimentos; <p>Serviços de enfermagem inerentes aos procedimentos</p>	10/10/2012		31/08/2014
60000465	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	A taxa compacta de sala de pequenos procedimentos compreende: <ul style="list-style-type: none"> - Instalações da sala; - Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes aos procedimentos; <p>Serviços de enfermagem inerentes aos procedimentos</p>	10/10/2012		31/08/2014
60000473	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE SOMENTE COM CAFÉ DA MANHÃ		10/10/2012		31/08/2014

Tabela 19 – Terminologia de Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME:

Código do Termo	Termo	Referência no fabricante	Fabricante	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação	Registro Anvisa	Classe de Risco
70001626	ABLATOR OPES,4MM,60 BAIXO PERFIL	AR970460	TELLUS MEDICAL DISTRIBUIÇÃO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA ME	10/10/2012		31/08/2014	80431780011	II
70001634	ABLATOR OPES,4MM,90 BAIXO PERFIL	AR970490	TELLUS MEDICAL DISTRIBUIÇÃO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA ME	10/10/2012		31/08/2014	80431780011	II
70001642	ABLATOR OPES,4MM,90	AR960490	TELLUS MEDICAL DISTRIBUIÇÃO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA ME	10/10/2012		31/08/2014	80431780011	II
70001650	ABLATOR OPES,ESCOVA DE DENTE,60,BAIXO PERFIL	AR970560	TELLUS MEDICAL DISTRIBUIÇÃO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA ME	10/10/2012		31/08/2014	80431780011	II
70001669	ABLATOR OPES,ESCOVA DE DENTE,90,BAIXO PERFIL	AR970590	TELLUS MEDICAL DISTRIBUIÇÃO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA ME	10/10/2012		31/08/2014	80431780011	II
70001677	ABLATOR OPES,JUNTA PEQUENA,45	AR96015345	TELLUS MEDICAL DISTRIBUIÇÃO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA ME	10/10/2012		31/08/2014	80431780011	II
70001685	ABLATOR OPES,JUNTA PEQUENA,90	AR96015390	TELLUS MEDICAL DISTRIBUIÇÃO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA ME	10/10/2012		31/08/2014	80431780011	II
70001715	ACCORDION COAX - DISP. SANFONADO 15MM PA1305-05-15	1.38209	MEM CIRURGICA LTDA.	10/10/2012		31/08/2014	80109170019	II
70001723	ACCU-CHEK ADVANTAGE TIRA 10UNID 03000281001	3000281001	ROCHE DIAGNÓSTICA BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10287410603	IIIa
70001731	ACCU-CHEK ADVANTAGE TIRA 25UNID 12030535001	12030535001	ROCHE DIAGNÓSTICA BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10287410603	IIIa
70001740	ACCU-CHEK ADVANTAGE TIRA SOUND 12030543001	12030543001	ROCHE DIAGNÓSTICA BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10287410603	IIIa
70001839	ACESSÓRIO GUIA - NITINOL	VL689150	G.F.E. DO BRASIL LTDA.	10/10/2012		31/08/2014	10334780014	II
70001847	ACESSÓRIO GUIA	21035400	G.F.E. DO BRASIL LTDA.	10/10/2012		31/08/2014	10334780014	II
70001863	ACESSÓRIO PARA TRANSPERENCIA SOLICAO 1PITA PERFORANTE TRANSÓFIX N	409084	LABORATÓRIOS B. BRALIN S/A	10/10/2012		31/08/2014	10008530340	II
70001871	ACESSÓRIO PARA TRANSPERENCIA SOLICAO 2PITA PERFORANTE TRANSÓFIX	40908000	LABORATÓRIOS B. BRALIN S/A	10/10/2012		31/08/2014	10008530340	II
70001880	ACESSÓRIO PARA GASTROSTOMIA 18/20	19FA1820	B. TAMIUSIND E CIA LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10212990192	II
70001936	ACET MULLER CDM REBORDO 10 28X44MM	130934	COM. IMP. DE PROD. MED. HOSP. PROSINTESE LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10370370019	III
70001944	ACET MULLER CDM REBORDO 10 28X46MM	130936	COM. IMP. DE PROD. MED. HOSP. PROSINTESE LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10370370019	III
70001952	ACET MULLER CDM REBORDO 10 28X48MM	130938	COM. IMP. DE PROD. MED. HOSP. PROSINTESE LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10370370019	III
70001960	ACET MULLER CDM REBORDO 10 28X50MM	130940	COM. IMP. DE PROD. MED. HOSP. PROSINTESE LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10370370019	III
70001979	ACET MULLER CDM REBORDO 10 28X52MM	130942	COM. IMP. DE PROD. MED. HOSP. PROSINTESE LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10370370019	III
70001987	ACETABULO "" CP3 "" CIMENTADO	2424	BIOMECÂNICA INDUSTRIA E COMÉRCIO DE PRODUTOS ORTODONTICOS LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10171110014	III
70001995	ACETABULO 26 X 44MM	2012644	INCOMPE INDUSTRIA DE MATERIAIS CIRURGICOS LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10395270012	III
70002002	ACETABULO 26 X 46MM	2012646	INCOMPE INDUSTRIA DE MATERIAIS CIRURGICOS LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10395270012	III
70002010	ACETABULO 26 X 48MM	2012648	INCOMPE INDUSTRIA DE MATERIAIS CIRURGICOS LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10395270012	III
70002029	ACETABULO 26 X 50MM	2012650	INCOMPE INDUSTRIA DE MATERIAIS CIRURGICOS LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10395270012	III
70002037	ACETABULO 26 X 52MM	2012652	INCOMPE INDUSTRIA DE MATERIAIS CIRURGICOS LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10395270012	III
70002045	ACETABULO 26 X 54MM	2012654	INCOMPE INDUSTRIA DE MATERIAIS CIRURGICOS LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10395270012	III
70002053	ACETABULO 26 X 56MM	2012656	INCOMPE INDUSTRIA DE MATERIAIS CIRURGICOS LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10395270012	III
70002104	ACETABULO APARAFUSADO BIOMEC III	109	BIOMECÂNICA INDUSTRIA E COMÉRCIO DE PRODUTOS ORTODONTICOS LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10171110014	III
70002312	ACETABULO AROBAS CIMENTADO 28X056MM POLIETILENO	520020856	ORTOCIR ORTOPEDIA CIRURGIA LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10314800029	III
70002320	ACETABULO AROBAS CIMENTADO 28X058MM POLIETILENO	520020858	ORTOCIR ORTOPEDIA CIRURGIA LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10314800029	III
70002339	ACETABULO AROBAS CIMENTADO 28X48MM POLIETILENO	520020848	ORTOCIR ORTOPEDIA CIRURGIA LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10314800029	III
70002347	ACETABULO AROBAS CIMENTADO 28X49MM POLIETILENO	520020849	ORTOCIR ORTOPEDIA CIRURGIA LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10314800029	III
70002355	ACETABULO AROBAS CIMENTADO 28X50MM POLIETILENO	520020850	ORTOCIR ORTOPEDIA CIRURGIA LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10314800029	III
70002363	ACETABULO AROBAS CIMENTADO 28X52MM POLIETILENO	520020852	ORTOCIR ORTOPEDIA CIRURGIA LTDA	10/10/2012		31/08/2014	10314800029	III

Tabela 20 – Terminologia de Medicamentos:

Código do Termo	Termo	Apresentação	Laboratório	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
90008685	TEICOPLANINA	300 MG PO LIOF P/ SOL INJ CT FA VD INC X 15 ML + DIL AMP PLAS INC X 3 ML	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90008731	TEICOPLANINA	400 MG PO LIOF P/ SOL INJ CT FA VD INC X 30 ML + DIL AMP PLAS INC X 3 ML	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90008740	TEICOPLANINA	400 MG PO LIOF P/ SOL INJ CX 10 FA VD INC X 30 ML + 10 DIL AMP PLAS INC X 3 ML	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90007620	CEFTRIAXONA DISSÓDICA	1 G PÓ P/ SOL INJ IV CT 25 FA VD TRANS X 10 ML (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90007646	CEFTRIAXONA DISSÓDICA	1 G PÓ P/ SOL INJ IV CT 50 FA VD TRANS X 10 ML (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90007654	CEFTRIAXONA DISSÓDICA	1 G PÓ P/ SOL INJ IV CT 50 FA VD TRANS X 10 ML + 50 DIL AMP PLAS TRANS X 10 ML (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90007662	CEFTRIAXONA DISSÓDICA	1 G PÓ P/ SOL INJ IV CX 25 FA VD TRANS X 10 ML + 25 BOLS PLAS SIST FECH X 100 ML (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90217020	CEFTRIAXONA DISSÓDICA	1 G PÓ P/ SOL INJ IV CX 50 FA VD TRANS X 10 ML + 50 BOLS PLAS SIST FECH X 100 ML (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90007182	AMPICILINA SÓDICA + SULBACTAM SÓDICA	1 G + 0,5 G PÓ SOL INJ IV CX 10 FA VD INC X 30	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90007239	AMPICILINA SÓDICA + SULBACTAM SÓDICA	2 G + 1 G PÓ P SOL INJ CX 10 FA VD INC X 30 ML (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90008677	PROTO-ITECAN	20MG/ML SOL INJ CT FR AMP VD AMB X 5ML	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90217038	VANOCOCINA CP	1 G PÓ LIOF INJ CX 25 FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	10/10/2012		31/08/2014
90282329	PIPERACILINA SÓDICA+TAZOBACTAM SÓDICO	4 G+ 0,5 G PÓ SOL INJ CT FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/12/2013		31/08/2014
90282302	PIPERACILINA SÓDICA+TAZOBACTAM SÓDICO	4 G+ 0,5 G PÓ SOL INJ CT 10 FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/12/2013		31/08/2014
90282310	PIPERACILINA SÓDICA+TAZOBACTAM SÓDICO	4 G+ 0,5 G PÓ SOL INJ CT 25 FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/12/2013		31/08/2014
90282329	PIPERACILINA SÓDICA+TAZOBACTAM SÓDICO	4 G+ 0,5 G PÓ SOL INJ CT 50 FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/12/2013		31/08/2014
90282337	PIPERACILINA SÓDICA+TAZOBACTAM SÓDICO	4 G+ 0,5 G PÓ SOL INJ CT 100 FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/12/2013		31/08/2014
90282348	PIPERACILINA SÓDICA+TAZOBACTAM SÓDICO	2 G+ 0,25 G PÓ SOL INJ CT FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/12/2013		31/08/2014
90282256	PIPERACILINA SÓDICA+TAZOBACTAM SÓDICO	2 G+ 0,25 G PÓ SOL INJ CT 10 FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/12/2013		31/08/2014
90282264	PIPERACILINA SÓDICA+TAZOBACTAM SÓDICO	2 G+ 0,25 G PÓ SOL INJ CT 25 FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/12/2013		31/08/2014
90282272	PIPERACILINA SÓDICA+TAZOBACTAM SÓDICO	2 G+ 0,25 G PÓ SOL INJ CT 50 FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/12/2013		31/08/2014
90282280	PIPERACILINA SÓDICA+TAZOBACTAM SÓDICO	2 G+ 0,25 G PÓ SOL INJ CT 100 FA VD INC	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/12/2013		31/08/2014
90282306	KEFADIM	1 G PÓ INJ CX 50 FA VD TRANS TIPO I	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282314	DOBUTREX	250 MG SOL INJ CT 10 AMP VD TRANS X 20 ML	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282322	DOBUTREX	250 MG SOL INJ CT 20 AMP VD TRANS X 20 ML	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282330	DOBUTREX	250 MG SOL INJ CT 30 AMP VD TRANS X 20 ML	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282349	DOBUTREX	250 MG SOL INJ CT 40 AMP VD TRANS X 20 ML	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282357	TOBRAMINA	50 MG/ML SOL INJ CT 10 AMP VD TRANS X 1,5 ML (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282366	TOBRAMINA	50 MG/ML SOL INJ CT 20 AMP VD TRANS X 1,5 ML (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282373	TOBRAMINA	50 MG/ML SOL INJ CT 30 AMP VD TRANS X 1,5 ML (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282381	TOBRAMINA	50 MG/ML SOL INJ CT 40 AMP VD TRANS X 1,5 ML (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282390	AZITROMICINA MONOIDRATADA 500MG	500MG PO LIOF SOL INFUS CT FA VD TRANS	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282403	AZITROMICINA MONOIDRATADA 500MG	500MG PO LIOF SOL INFUS CX 5 FA VD TRANS	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282411	AZITROMICINA MONOIDRATADA 500MG	500MG PO LIOF SOL INFUS CX 10 FA VD TRANS	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282420	AZITROMICINA MONOIDRATADA 500MG	500MG PO LIOF SOL INFUS CX 25 FA VD TRANS (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016
90282438	AZITROMICINA MONOIDRATADA 500MG	500MG PO LIOF SOL INFUS CX 50 FA VD TRANS (EMB HOSP)	ANTIBIÓTICOS DO BRASIL LTDA	01/01/2016		31/03/2016

Tabela 22 – Terminologia de Procedimentos e Eventos em Saúde:

Código do Termo	Termo	Descrição Detalhada	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
30717060	Desarticulação ao nível do ombro - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30717078	Escápula em ressalto - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30717086	Fratura de cintura escapular - tratamento conservador		13/02/2009		15/10/2010
30717094	Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - redução incruenta - em articulação escápulo-umeral e cintura escapular		13/02/2009		15/10/2010
30717108	Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - tratamento cirúrgico - em articulação escápulo-umeral e cintura escapular		13/02/2009		15/10/2010
30717116	Luxações crônicas inveteradas e recidivantes - tratamento cirúrgico - em articulação escápulo-umeral e cintura escapular		13/02/2009		15/10/2010
30717124	Osteomielite ao nível da cintura escapular - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30717132	Pseudartroses e/ou osteotomias da cintura escapular - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30717140	Ressecção parcial ou total de clavícula - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30717159	Revisão cirúrgica de prótese de ombro		13/02/2009		15/10/2010
30717167	Transferências musculares ao nível do ombro - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30717175	Fratura de clavícula ou escápula - tratamento conservador		13/02/2009		15/10/2010
30718015	Amputação ao nível do braço - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30718023	Biópsia cirúrgica do úmero		13/02/2009		15/10/2010
30718031	Fixador externo dinâmico com ou sem alongamento - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30718040	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - redução incruenta		13/02/2009		15/10/2010
30718058	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30718066	Fratura de úmero - tratamento conservador		13/02/2009		15/10/2010
30718074	Fraturas e pseudartroses - fixador externo - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30718082	Osteomielite de úmero - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30718090	Pseudartroses, osteotomias, alongamentos/encurtamentos - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30718104	Osteomielite de úmero - tratamento incruento		13/02/2009		15/10/2010
30719011	Artrodese - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30719020	Artroplastia com implante - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30719038	Artroplastias sem implante - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30719046	Artrotomia de cotovelo - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30719054	Biópsia cirúrgica de cotovelo		13/02/2009		15/10/2010
30719062	Desarticulação ao nível do cotovelo - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30719070	Fratura de cotovelo - tratamento conservador		13/02/2009		15/10/2010
30719089	Fraturas / pseudartroses / artroses / com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30719097	Fraturas e ou luxações - redução incruenta		13/02/2009		15/10/2010
30719100	Fraturas e ou luxações - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30719119	Lesões ligamentares - redução incruenta		13/02/2009		15/10/2010
30719127	Tendinites, sinovites e artrites - tratamento cirúrgico		13/02/2009		15/10/2010
30719135	Artrodíastase - tratamento cirúrgico com fixador externo		13/02/2009		15/10/2010
30720010	Abaxamento miotendinoso no antebraço		13/02/2009		15/10/2010

Tabela 23 – Terminologia de Caráter do Atendimento:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
1	Eletivo	10/10/2012		31/08/2014
2	Urgência/Emergência	10/10/2012		31/08/2014

Tabela 24 – Terminologia do Código de Brasileiro de Ocupação (CBO):

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
201115	Geneticista	26/09/2008		26/09/2008
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas	26/09/2008		26/09/2008
213150	Físico médico	26/09/2008		26/09/2008
221105	Biólogo	26/09/2008		26/09/2008
223204	Cirurgião dentista - auditor	26/09/2008		26/09/2008
223208	Cirurgião dentista - clínico geral	26/09/2008		26/09/2008
223212	Cirurgião dentista - endodontista	26/09/2008		26/09/2008
223216	Cirurgião dentista - epidemiologista	26/09/2008		26/09/2008
223220	Cirurgião dentista - estomatologista	26/09/2008		26/09/2008
223224	Cirurgião dentista - implantodontista	26/09/2008		26/09/2008
223228	Cirurgião dentista - odontogeriatra	26/09/2008		26/09/2008
223232	Cirurgião dentista - odontologista legal	26/09/2008		26/09/2008
223236	Cirurgião dentista - odontopediatra	26/09/2008		26/09/2008
223240	Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista	26/09/2008		26/09/2008
223244	Cirurgião dentista - patologista bucal	26/09/2008		26/09/2008
223248	Cirurgião dentista - periodontista	26/09/2008		26/09/2008
223252	Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial	26/09/2008		26/09/2008
223256	Cirurgião dentista - protesista	26/09/2008		26/09/2008
223260	Cirurgião dentista - radiologista	26/09/2008		26/09/2008
223264	Cirurgião dentista - reabilitador oral	26/09/2008		26/09/2008
223268	Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial	26/09/2008		26/09/2008
223272	Cirurgião dentista de saúde coletiva	26/09/2008		26/09/2008
223276	Cirurgião dentista - odontologia do trabalho	01/12/2013		31/08/2014
223280	Cirurgião dentista - dentística	01/12/2013		31/08/2014
223284	Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial	01/12/2013		31/08/2014
223288	Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais	01/12/2013		31/08/2014

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
223293	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	01/12/2013		31/08/2014
223505	Enfermeiro	26/09/2008		26/09/2008
223605	Fisioterapeuta geral	26/09/2008		26/09/2008
223625	Fisioterapeuta respiratória	01/05/2016		31/07/2016
223630	Fisioterapeuta neurofuncional	01/05/2016		31/07/2016
223635	Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional	01/05/2016		31/07/2016
223640	Fisioterapeuta osteopata	01/05/2016		31/07/2016
223645	Fisioterapeuta quiropraxista	01/05/2016		31/07/2016
223650	Fisioterapeuta acupunturista	01/05/2016		31/07/2016
223655	Fisioterapeuta esportivo	01/05/2016		31/07/2016
223660	Fisioterapeuta do trabalho	01/05/2016		31/07/2016
223710	Nutricionista	26/09/2008		26/09/2008
223810	Fonoaudiólogo	26/09/2008		26/09/2008
223905	Terapeuta ocupacional	10/10/2012		31/08/2014
223910	Ortopista	10/10/2012		31/08/2014
225103	Médico infectologista	10/10/2012		31/08/2014
225105	Médico acupunturista	10/10/2012		31/08/2014
225106	Médico legista	10/10/2012		31/08/2014
225109	Médico Nefrologista	10/10/2012		31/08/2014
225110	Médico alergista e imunologista	10/10/2012		31/08/2014
225112	Médico neurologista	10/10/2012		31/08/2014
225115	Médico angiologista	10/10/2012		31/08/2014
225118	Médico nutrologista	10/10/2012		31/08/2014
225120	Médico cardiologista	10/10/2012		31/08/2014
225121	Médico oncologista clínico	01/12/2013		31/08/2014
225122	Médico cancerologista pediátrico	01/12/2013		31/08/2014

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
225124	Médico pediatra	10/10/2012		31/08/2014
225125	Médico clínico	10/10/2012		31/08/2014
225127	Médico pneumologista	10/10/2012		31/08/2014
225130	Médico de família e comunidade	10/10/2012		31/08/2014
225133	Médico psiquiatra	10/10/2012		31/08/2014
225135	Médico dermatologista	10/10/2012		31/08/2014
225136	Médico reumatologista	10/10/2012		31/08/2014
225139	Médico sanitarista	10/10/2012		31/08/2014
225140	Médico do trabalho	10/10/2012		31/08/2014
225142	Médico da estratégia de saúde da família	01/12/2013		31/08/2014
225145	Médico em medicina de trânsito	10/10/2012		31/08/2014
225148	Médico anatomopatologista	10/10/2012		31/08/2014
225150	Médico em medicina intensiva	10/10/2012		31/08/2014
225151	Médico anesthesiologista	01/12/2013		31/08/2014
225155	Médico endocrinologista e metabologista	10/10/2012		31/08/2014
225160	Médico fisiatra	10/10/2012		31/08/2014
225165	Médico gastroenterologista	10/10/2012		31/08/2014
225170	Médico generalista	10/10/2012		31/08/2014
225175	Médico geneticista	10/10/2012		31/08/2014
225180	Médico geriatra	10/10/2012		31/08/2014
225185	Médico Hematologista	10/10/2012		31/08/2014
225195	Médico Homeopata	10/10/2012		31/08/2014
225203	Médico em cirurgia vascular	01/12/2013		31/08/2014
225210	Médico cirurgião cardiovascular	10/10/2012		31/08/2014
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço	10/10/2012		31/08/2014
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo	10/10/2012		31/08/2014

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
225225	Médico cirurgião geral	10/10/2012		31/08/2014
225230	Médico cirurgião pediátrico	10/10/2012		31/08/2014
225235	Médico cirurgião plástico	10/10/2012		31/08/2014
225240	Médico cirurgião torácico	10/10/2012		31/08/2014
225250	Médico ginecologista e obstetra	10/10/2012		31/08/2014
225255	Médico Mastologista	10/10/2012		31/08/2014
225260	Médico neurocirurgião	10/10/2012		31/08/2014
225265	Médico oftalmologista	10/10/2012		31/08/2014
225270	Médico ortopedista e traumatologista	10/10/2012		31/08/2014
225275	Médico otorrinolaringologista	10/10/2012		31/08/2014
225280	Médico proctologista	10/10/2012		31/08/2014
225285	Médico urologista	10/10/2012		31/08/2014
225290	Médico cancerologista cirúrgico	01/12/2013		31/08/2014
225295	Médico cirurgião da mão	01/12/2013		31/08/2014
225305	Médico citopatologista	10/10/2012		31/08/2014
225310	Médico em endoscopia	10/10/2012		31/08/2014
225315	Médico em medicina nuclear	10/10/2012		31/08/2014
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	10/10/2012		31/08/2014
225325	Médico patologista	01/12/2013		31/08/2014
225330	Médico radioterapeuta	10/10/2012		31/08/2014
225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial	01/12/2013		31/08/2014
225340	Médico hemoterapeuta	01/12/2013		31/08/2014
225345	Médico hiperbarista	01/12/2013		31/08/2014
225350	Médico neurofisiologista	10/10/2012		31/08/2014
239425	Psicopedagogo	26/09/2008		26/09/2008
251510	Psicólogo clínico	26/09/2008		26/09/2008

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
251545	Neuropsicólogo	26/09/2008		26/09/2008
251550	Psicanalista	26/09/2008		26/09/2008
251605	Assistente social	26/09/2008		26/09/2008
322205	Técnico de enfermagem	26/09/2008		26/09/2008
322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica	26/09/2008		26/09/2008
322225	Instrumentador cirúrgico	26/09/2008		26/09/2008
322230	Auxiliar de enfermagem	26/09/2008		26/09/2008
516210	Cuidador de idosos	26/09/2008		26/09/2008
223435	Farmacêutico industrial	01/06/2016		30/11/2016
223430	Farmacêutico em saúde pública	01/06/2016		30/11/2016
223415	Farmacêutico analista clínico	01/06/2016		30/11/2016
223405	Farmacêutico	01/06/2016		30/11/2016
223420	Farmacêutico de alimentos	01/06/2016		30/11/2016
223440	Farmacêutico toxicologista	01/06/2016		30/11/2016
223445	Farmacêutico hospitalar e clínico	01/06/2016		30/11/2016
223425	Farmacêutico práticas integrativas e complementares	01/06/2016		30/11/2016
223565	Enfermeiro da estratégia de saúde da família	01/06/2016		30/11/2016
223560	Enfermeiro sanitaria	01/06/2016		30/11/2016
223555	Enfermeiro puericultor e pediátrico	01/06/2016		30/11/2016
223550	Enfermeiro psiquiátrico	01/06/2016		30/11/2016
223545	Enfermeiro obstétrico	01/06/2016		30/11/2016
223540	Enfermeiro neonatologista	01/06/2016		30/11/2016
223535	Enfermeiro nefrologista	01/06/2016		30/11/2016
223530	Enfermeiro do trabalho	01/06/2016		30/11/2016
223525	Enfermeiro de terapia intensiva	01/06/2016		30/11/2016
223520	Enfermeiro de centro cirúrgico	01/06/2016		30/11/2016

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
223515	Enfermeiro de bordo	01/06/2016		30/11/2016
223510	Enfermeiro auditor	01/06/2016		30/11/2016
223570	Perfusionista	01/06/2016		30/11/2016
223705	Dietista	01/06/2016		30/11/2016
223845	Fonoaudiólogo em voz	01/06/2016		30/11/2016
223830	Fonoaudiólogo em linguagem	01/06/2016		30/11/2016
223825	Fonoaudiólogo em disfagia	01/06/2016		30/11/2016
223835	Fonoaudiólogo em motricidade orofacial	01/06/2016		30/11/2016
223840	Fonoaudiólogo em saúde coletiva	01/06/2016		30/11/2016
223820	Fonoaudiólogo em audiologia	01/06/2016		30/11/2016
223815	Fonoaudiólogo educacional	01/06/2016		30/11/2016
225154	Médico antroposófico	01/06/2016		30/11/2016
999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante	10/10/2012		31/08/2014

Tabela 25 – Terminologia de Código de Despesas:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
01	Gases medicinais	10/10/2012		31/08/2014
02	Medicamentos	10/10/2012		31/08/2014
03	Materiais	10/10/2012		31/08/2014
05	Diárias	10/10/2012		31/08/2014
07	Taxas e aluguéis	10/10/2012		31/08/2014
08	OPME	10/10/2012		31/08/2014

Tabela 26 – Terminologia de Conselho Profissional:

Tabela 26 - Terminologia de conselho profissional

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
01	Conselho Regional de Assistência Social (CRAS)	10/10/2012		31/08/2014
02	Conselho Regional de Enfermagem (COREN)	10/10/2012		31/08/2014
03	Conselho Regional de Farmácia (CRF)	10/10/2012		31/08/2014
04	Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFA)	10/10/2012		31/08/2014
05	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO)	10/10/2012		31/08/2014
06	Conselho Regional de Medicina (CRM)	10/10/2012		31/08/2014
07	Conselho Regional de Nutrição (CRN)	10/10/2012		31/08/2014
08	Conselho Regional de Odontologia (CRO)	10/10/2012		31/08/2014
09	Conselho Regional de Psicologia (CRP)	10/10/2012		31/08/2014
10	Outros Conselhos	10/10/2012		31/08/2014

Tabela 35 – Terminologia de Grau de Participação:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
00	Cirurgião	10/11/2005		10/11/2005
01	Primeiro Auxiliar	10/11/2005		10/11/2005
02	Segundo Auxiliar	10/11/2005		10/11/2005
03	Terceiro Auxiliar	10/11/2005		10/11/2005
04	Quarto Auxiliar	10/11/2005		10/11/2005
05	Instrumentador	10/11/2005		10/11/2005
06	Anestesista	10/11/2005		10/11/2005
07	Auxiliar de Anestesista	10/11/2005		10/11/2005
08	Consultor	10/11/2005		10/11/2005
09	Perfusionista	10/11/2005		10/11/2005
10	Pediatra na sala de parto	10/11/2005		10/11/2005
11	Auxiliar SADT	10/11/2005		10/11/2005
12	Clínico	14/08/2006		14/08/2006
13	Intensivista	16/11/2006		16/11/2006

Tabela 36 – Terminologia de Indicador de Acidente:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
0	Trabalho	14/08/2006		14/08/2006
1	Trânsito	14/08/2006		14/08/2006
2	Outros	14/08/2006		14/08/2006
9	Não Acidente	14/08/2006		14/08/2006

Tabela 39 – Terminologia de Motivo de Encerramento:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
11	Alta Curado	10/11/2005		10/11/2005
12	Alta Melhorado	10/11/2005		10/11/2005
14	Alta a pedido	10/11/2005		10/11/2005
15	Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente	26/09/2008		26/09/2008
16	Alta por Evasão	26/09/2008		26/09/2008
18	Alta por outros motivos	26/09/2008		26/09/2008
19	Alta de Paciente Agudo em Psiquiatria	10/10/2012		31/08/2014
21	Permanência, por características próprias da doença	10/11/2005		10/11/2005
22	Permanência, por intercorrência	10/11/2005		10/11/2005
23	Permanência, por impossibilidade sócio-familiar	26/09/2008		26/09/2008
24	Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo	26/09/2008		26/09/2008
25	Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto	26/09/2008		26/09/2008
26	Permanência, por mudança de Procedimento	26/09/2008		26/09/2008
27	Permanência, por reoperação	26/09/2008		26/09/2008
28	Permanência, outros motivos	26/09/2008		26/09/2008
31	Transferido para outro estabelecimento	26/09/2008		26/09/2008
32	Transferência para Internação Domiciliar	10/10/2012		31/08/2014
41	Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente	26/09/2008		26/09/2008

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
42	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML	26/09/2008		26/09/2008
43	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO.	26/09/2008		26/09/2008
51	Encerramento Administrativo	26/09/2008		26/09/2008
61	Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido	10/10/2012		31/08/2014
62	Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido	10/10/2012		31/08/2014
63	Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido	10/10/2012		31/08/2014
64	Alta da mãe/puérpera com óbito fetal	10/10/2012		31/08/2014
65	Óbito da gestante e do concepto	10/10/2012		31/08/2014
66	Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido	10/10/2012		31/08/2014
67	Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido	10/10/2012		31/08/2014

Tabela 41 – Terminologia de Regime de Internação:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
1	Hospitalar	14/08/2006		14/08/2006
2	Hospital-dia	14/08/2006		14/08/2006
3	Domiciliar	14/08/2006		14/08/2006

Tabela 43 – Sexo

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
1	Masculino	10/10/2012		31/08/2014
3	Feminino	10/10/2012		31/08/2014

Tabela 49 – Terminologia de Tipo de Acomodação:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
02	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR	10/11/2005		10/11/2005
09	APARTAMENTO DE LUXO DA MATERNIDADE	10/10/2012		31/08/2014
10	APARTAMENTO DE LUXO DE PSIQUIATRIA	10/10/2012		31/08/2014
11	APARTAMENTO DE LUXO	10/11/2005		10/11/2005
12	APARTAMENTO SIMPLES	10/11/2005		10/11/2005
13	APARTAMENTO STANDARD	10/11/2005		10/11/2005
14	APARTAMENTO SUÍTE	10/11/2005		10/11/2005
15	APARTAMENTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO	10/11/2005		10/11/2005
16	APARTAMENTO PARA PACIENTE COM OBESIDADE MÓRBIDA	10/10/2012		31/08/2014
17	APARTAMENTO SIMPLES DA MATERNIDADE	10/10/2012		31/08/2014
18	APARTAMENTO SIMPLES DE PSIQUIATRIA	10/10/2012		31/08/2014
19	APARTAMENTO SUÍTE DA MATERNIDADE	10/10/2012		31/08/2014
20	APARTAMENTO SUÍTE DE PSIQUIATRIA	10/10/2012		31/08/2014
21	BERÇÁRIO NORMAL	10/11/2005		10/11/2005
22	BERÇÁRIO PATOLÓGICO / PREMATURO	10/11/2005		10/11/2005
25	ENFERMARIA DE 3 LEITOS DA MATERNIDADE	10/10/2012		31/08/2014
26	ENFERMARIA DE 4 OU MAIS LEITOS DA MATERNIDADE	10/10/2012		31/08/2014
27	HOSPITAL DIA APARTAMENTO	10/10/2012		31/08/2014
28	HOSPITAL DIA ENFERMARIA	10/10/2012		31/08/2014
29	HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA	10/10/2012		31/08/2014
30	QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS DA MATERNIDADE	10/10/2012		31/08/2014
31	ENFERMARIA DE 3 LEITOS	10/11/2005		10/11/2005
32	ENFERMARIA DE 4 OU MAIS LEITOS	10/11/2005		10/11/2005

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
33	ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUNTO	10/11/2005		10/11/2005
36	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR DA MATERNIDADE	10/10/2012		31/08/2014
37	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR DE PSIQUIATRIA	10/10/2012		31/08/2014
38	SEMI UTI ADULTO GERAL	10/10/2012		31/08/2014
39	SEMI UTI CORONARIANA	10/10/2012		31/08/2014
40	SEMI UTI NEONATAL	10/10/2012		31/08/2014
41	QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS	10/11/2005		10/11/2005
43	QUARTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO	10/11/2005		10/11/2005
44	SEMI UTI NEUROLÓGICA	10/10/2012		31/08/2014
45	SEMI UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA	10/10/2012		31/08/2014
46	SEMI UTI QUEIMADOS	10/10/2012		31/08/2014
47	UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	10/10/2012		31/08/2014
48	UNIDADE DE TRANSPLANTE EM GERAL	10/10/2012		31/08/2014
49	APARTAMENTO STANDARD DA MATERNIDADE	10/10/2012		31/08/2014
50	APARTAMENTO STANDARD DE PSIQUIATRIA	10/10/2012		31/08/2014
51	UTI ADULTO GERAL	10/11/2005		10/11/2005
52	UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA	10/11/2005		10/11/2005
53	UTI NEONATAL	10/11/2005		10/11/2005
56	UNIDADE PARA TRATAMENTO RADIOATIVO	10/10/2012		31/08/2014
57	UTI CORONARIANA	10/10/2012		31/08/2014
58	UTI NEUROLÓGICA	10/10/2012		31/08/2014
59	UTI QUEIMADOS	10/10/2012		31/08/2014

Tabela 50 – Terminologia de Tipo de Atendimento:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
01	Remoção	10/11/2005		10/11/2005
02	Pequena Cirurgia	10/11/2005		10/11/2005
03	Outras Terapias	10/11/2005		10/11/2005
04	Consulta	10/11/2005		10/11/2005
05	Exame Ambulatorial	10/11/2005		10/11/2005
06	Atendimento Domiciliar	10/11/2005		10/11/2005
07	Internação	10/11/2005		10/11/2005
08	Quimioterapia	10/11/2005		10/11/2005
09	Radioterapia	10/11/2005		10/11/2005
10	Terapia Renal Substitutiva (TRS)	10/11/2005		10/11/2005
11	Pronto Socorro	10/10/2012		30/11/2013
13	Pequeno atendimento (sutura, gesso e outros)	10/10/2012		30/11/2013
14	Saúde Ocupacional - Admissional	01/12/2013		31/08/2014
15	Saúde Ocupacional - Demissional	01/12/2013		31/08/2014
16	Saúde Ocupacional - Periódico	01/12/2013		31/08/2014
17	Saúde Ocupacional - Retorno ao trabalho	01/12/2013		31/08/2014
18	Saúde Ocupacional - Mudança de função	01/12/2013		31/08/2014
19	Saúde Ocupacional - Promoção a saúde	01/12/2013		31/08/2014
20	Saúde Ocupacional - Beneficiário novo	01/12/2013		31/08/2014
21	Saúde Ocupacional - Assistência a demitidos	01/12/2013		31/08/2014

Tabela 52 – Terminologia de Tipo de Consulta:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
1	Primeira Consulta	14/08/2006		14/08/2006
2	Retorno	14/08/2006		14/08/2006
3	Pré-natal	14/08/2006		14/08/2006
4	Por encaminhamento	10/10/2012		31/08/2014

Tabela 54 – Terminologia de Tipo de Guia:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
1	Consulta	10/10/2012		31/08/2014
2	SP/SADT	10/10/2012		31/08/2014
3	Internação	10/10/2012		31/08/2014
4	Tratamento Odontológico	10/10/2012		31/08/2014
5	Honorários	10/10/2012		31/08/2014

Tabela 57 – Terminologia de Tipo de Internação:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
1	Clínica	10/11/2005		10/11/2005
2	Cirúrgica	10/11/2005		10/11/2005
3	Obstétrica	10/11/2005		10/11/2005
4	Pediátrica	14/08/2006		14/08/2006
5	Psiquiátrica	14/08/2006		14/08/2006

Tabela 58 – Terminologia de Tipo de Quimioterapia:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
1	1ª linha	10/10/2012		31/08/2014
2	2ª linha	10/10/2012		31/08/2014
3	3ª linha	10/10/2012		31/08/2014
4	Outras linhas	10/10/2012		31/08/2014

Tabela 61 – Terminologia de Via de Acesso:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
1	Única	10/10/2012		31/08/2014
2	Mesma via	10/10/2012		31/08/2014
3	Diferentes vias	10/10/2012		31/08/2014

AUTORIZAÇÃO DE ELEGIBILIDADE

Antes de realizar o atendimento ao beneficiário, lembre-se de consultar se ele está ativo no plano.

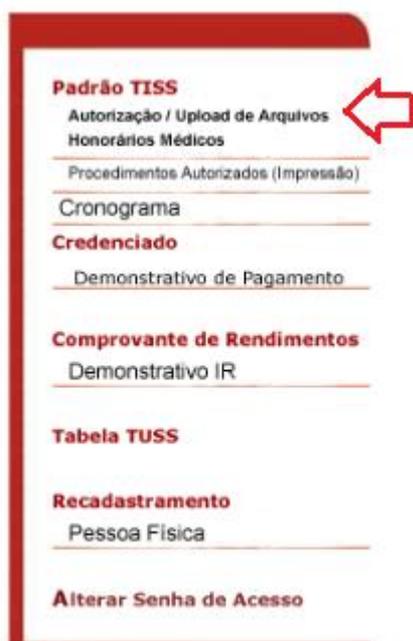
1 – Acesse o site da Fundação Libertas WWW.fundacaolibertas.com.br



1.1 – Digite o CPF/CNPJ e senha e, em seguida clique em “entrar”.



1.2 -- Clique em “padrão TISS”.



1.2 –Clique em “autorização” e, em seguida escolha uma das opções.



1.3 – Preencher todos os campos solicitados no formulário.

Home Listagem Autorização Upload Tabelas Sair

Dados solicitação

Matricula participante

Nome do beneficiario

Código do procedimento

Descrição do procedimento

Quantidade a aprovar

Incluir na lista

CONSULTAR PROCEDIMENTOS MÉDICOS AUTORIZADOS

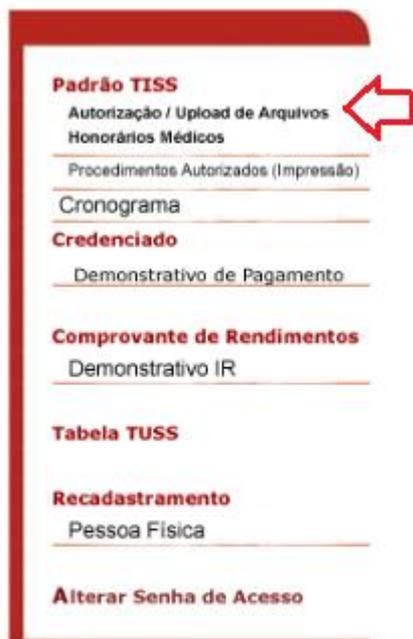
1 – Acesse o site da Fundação Libertas WWW.fundacaolibertas.com.br



1.1 – Digite o CPF/CNPJ e senha e, em seguida clique em “entrar”.



1.2 – Clique em “padrão TISS”.



1.2 – Clique em “listagem” e, em seguida “listar procedimentos médicos autorizados”.

[Home](#)

Listagem ▾

Autorização ▾

Upload ▾

Tabelas ▾

Listar informações de arquivos enviados

Listar procedimentos médicos autorizados



Número APM

Número matrícula

Pesquisar

Procedimentos médicos autorizados

Número APM	Matricula	Cód. Beneficiário	Cód. Procedimento	Tipo de autorização	Data de emissão	Data de validade	Data do pagamento	Status da APM

ENVIO DE FATURAMENTO XML

Para envio do faturamento em formato XML, siga o passo a passo abaixo:

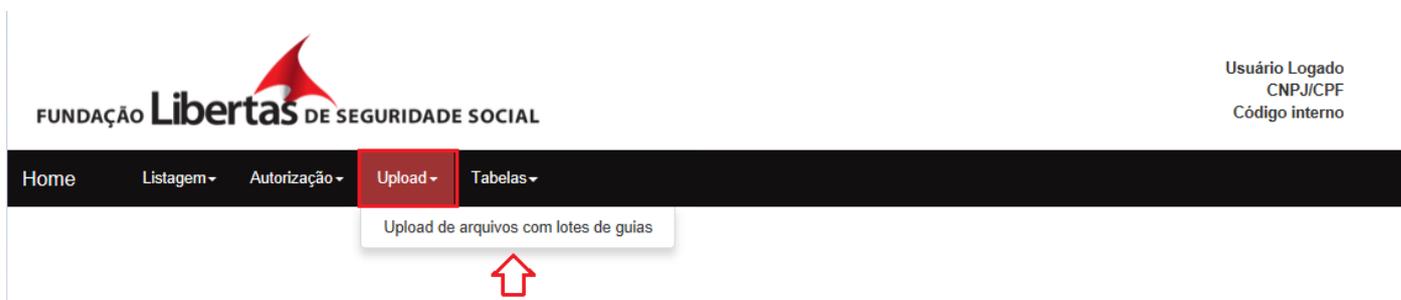
1 – Acesse o site da Fundação Libertas: WWW.fundacaolibertas.com.br e, em seguida entre com o código de acesso e o login e, clique em “entrar”:



1.1 – Clique em “padrão TISS”.

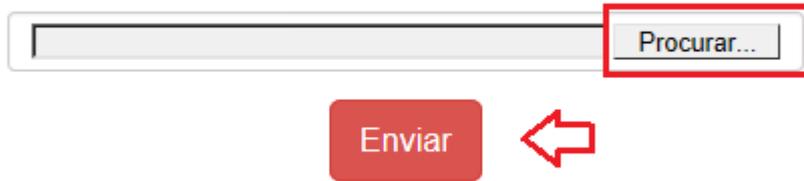


1.2 – Clique em “upload” e, em seguida “upload de arquivos com lotes de guias”.

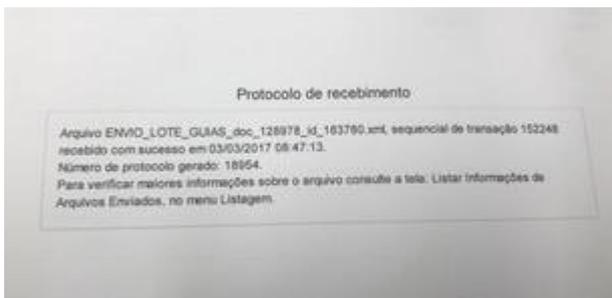


1.3 – Localize o arquivo a ser processado e, em seguida clique em “enviar”.

Upload de Arquivo



1.4 – O sistema irá gerar o protocolo de recebimento.



1.5 – Depois de gerado o protocolo de recebimento, é importante consultar as informações geradas no arquivo XML.

- Listar informações de arquivos enviados
- Listar procedimentos médicos autorizados

Lista de arquivos enviados

Nº sequencial da transação	Descrição do arquivo	Data de envio	Status de processamento
261793	Arquivo enviado.	01/02/2017-09:17:23	Arquivo consistido com glosa
261795	Arquivo enviado.	01/02/2017-14:07:23	Arquivo consistido com glosa
261797	Arquivo gravado na base de dados.	01/02/2017-14:08:57	Arquivo consistido com glosa
261798	Arquivo enviado.	01/02/2017-14:10:13	
261799	Arquivo enviado.	01/02/2017-14:10:55	Arquivo excluído da base de dados
261800	Arquivo gravado na base de dados.	01/02/2017-14:50:09	Arquivo excluído da base de dados
261801	Arquivo enviado.	01/02/2017-14:50:49	Arquivo consistido com glosa
261802	Arquivo gravado na base de dados.	01/02/2017-14:52:47	Arquivo consistido com glosa
261803	Arquivo gravado na base de dados.	01/02/2017-14:51:33	Arquivo em consistência
261804	Arquivo em consistência	01/02/2017-14:53:29	Arquivo em consistência
261805	Arquivo enviado.	01/02/2017-14:54:06	

CRONOGRAMA DE ENTREGA DE FATURAMENTO

Confira abaixo o cronograma de entrega de faturamento físico e eletrônico para 2017

1º. SEMESTRE		
RECEBIMENTO DAS FATURAS	*LIBERAÇÃO DOS VALORES PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL	DATA PREVISTA PARA PAGAMENTO
De 02 a 04 /01/2017	31 – Janeiro/ 2017	06 – Fevereiro 2017
De 01 a 03 - Fevereiro	24 – Fevereiro	06 – Março
De 02 a 06 - Março	31 – Março	06 – Abril
De 03 a 05 - Abril	28 – Abril	05 – Maio
De 02 a 04 - Maio	31 – Maio	06 – Junho
De 01 a 05 - Junho	30 – Junho	06 – Julho

2º. SEMESTRE		
RECEBIMENTO DAS FATURAS	*LIBERAÇÃO DOS VALORES PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL	DATA PREVISTA PARA PAGAMENTO
De 03 a 05 - Julho	31 – Julho	07 – Agosto
De 01 a 03 - Agosto	31 – Agosto	06– Setembro
De 01 a 05 - Setembro	29 – Setembro	06 – Outubro
De 02 a 04 - Outubro	31 – Outubro	07 – Novembro
De 01 a 06 - Novembro	30 – Novembro	06 – Dezembro
De 01 a 05 - Dezembro	29 – Dezembro	05 – Janeiro/ 2018

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA ENVIO DO FATURAMENTO

- Guia de remessa devidamente preenchida
- Guias de cobranças devidamente preenchida
- Em caso de laboratórios e clinicas a nota fiscal deverá ser enviada juntamente com o faturamento

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

1 – Acesse o site da Fundação Libertas WWW.fundacaolibertas.com.br



1.1 – Clicar em “demonstrativo de pagamento”.



1.2 – Escolha o período desejado e, clique em “prossequir”.

CRENCIADO :: DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

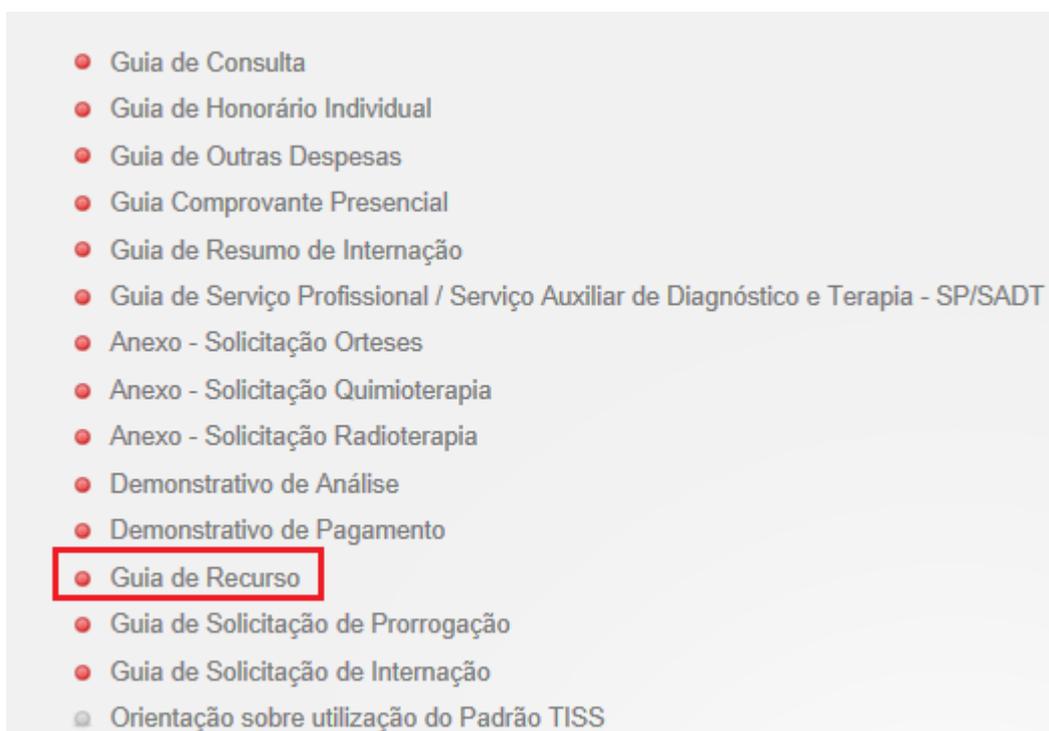
Escolha um período: Ex.: Data / Gestora

CRENCIADO :: DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

		FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL AV. ALVARES CABRAL, 200 - 8º ANDAR - CENTRO - BELO HORIZONTE - MG - CEP 30170-000 CNPJ: 20.119.509/0001-05					
DEMONSTRATIVO DE CRÉDITO		DATA DE REFERÊNCIA					
PROFISSIONAL / ESTABELECIMENTO	CPF / CNPJ	ATIVIDADE ISSQN XXXX					
BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	PIS / PASEP / INSS XXXX				
INSCRIÇÃO MUNICIPAL XXXX							
DISCRIMINAÇÃO							
MATRICULA	DESTINATÁRIO / BENEFICIÁRIO	QT	CÓD. PROC.	DATA	VALOR COBRADO	VALOR PAGO	MOTIVO DIF.

RECURSO DE GLOSA

- O prazo para envio de recurso de glosa é de até 60 dias após a data do pagamento.
- A Fundação Libertas têm 60 dias para analisar o recurso, após o recebimento dos documentos obrigatórios.
- O pagamento do recurso será realizado na próxima data do cronograma de pagamento acordado.
- O prestador deverá enviar o formulário abaixo devidamente preenchido.
- O formulário está disponível:



Abaixo o modelo de formulário que deverá ser utilizado para o recurso de glosa:



GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2. Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 378216	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora
6 - Código da Operadora		7 - Nome do Contratado	
Dados do recurso do protocolo			
8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código de 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 - Número de guia atribuído pela operadora	15 - Série	
16 - Código da glosa da guia	17 - Justificativa (no caso de recurso integral da guia)		18 - Acatado
Dados do recurso do procedimento na área assistencial			
19 - Data de realização da glosa	20 - Valor Recusado	21 - Data Final período	22 - Procedimento/fim assistencial
20 - Valor Acatado	23 - Justificativa do Prestador	24 - Procedimento/fim assistencial	25 - Descrição
25 - Justificativa da Operadora	26 - Data de Participação	27 - Código	
01 -			
02 -			
03 -			
04 -			
05 -			
06 -			
07 -			
30 - Valor Total Recusado (R\$)	31 - Valor Total Acatado (R\$)		
32 - Data do Recurso	33 - Assinatura do Contratado	34 - Data de Assinatura da Operadora	35 - Assinatura da Operadora

Observação: Não será aceito solicitação de recurso de glosa por telefone ou e-mail.

NOTAS FISCAIS

- A nota fiscal eletrônica deverá ser enviada para o e-mail: nfpgmedico@fundacaolibertas.com.br
- Caso o prestador utilize nota fiscal de bloco, o documento deverá ser encaminhado para o endereço físico da Fundação Libertas: Avenida Alvares Cabral, nº 200 no 8º andar – Bairro: Centro – Belo Horizonte/MG – CEP: 30170-000.

Lembre-se de que as notas fiscais deverão ser emitidas até o dia 25 do mês. Após esta data, a emissão deverá ser realizada no próximo mês.

Observação: Quando ocorrer o pagamento de até 10 protocolos/lote em uma única nota fiscal, o prestador deverá identificar no corpo do documento fiscal os números dos protocolos referentes aos documentos.

Antes de enviar a nota fiscal, lembre-se de verificar os seguintes itens:

- Duplicidade de notas fiscais.
- Valores corretos.
- Documentos sem rasuras.
- Retenção de impostos (IR, PIS/COFINS, ISS).
- Destaque de Imposto de Renda acima de R\$ 666,67.
- PIS/COFINS somente acima de R\$ 215,05.
- É obrigatório o destaque do Imposto de Renda na nota fiscal.
- Prestador classificado como Hospital é obrigatório destacar na nota fiscal somente o ISSQN com embasamento fiscal.
- Prestadores optantes pelo simples deverão destacar esta informação na nota fiscal, além do ISSQN.

FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS E INFORMAÇÕES PARA FINS DE TRIBUTAÇÃO

A Fundação Libertas divulga aos prestadores de serviços credenciados orientações quanto ao fornecimento de documentos e informações para fins de retenção tributária.

Quanto ao ISSQN - Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza

Com base no disposto nos arts. 20 a 24 da Lei nº 8.725/03, bem como nas alterações introduzidas pela Lei nº 9.334/07, o tomador de serviços deverá reter na fonte o imposto incidente na prestação do serviço e realizar o recolhimento aos cofres municipais.

A Fundação Libertas deixará de reter o ISSQN na fonte, em quaisquer das hipóteses previstas abaixo:

1 - o prestador do serviço, em caso de serviço isento, informar no documento fiscal emitido os fundamentos legais indicativos desta situação. Contudo, é necessário que o prestador de serviço envie os fundamentos legais, a cada apresentação de Fatura. Caso o procedimento não seja observado, ou haja divergência entre as informações enviadas junto a Fatura e na Nota Fiscal, a Fundação Libertas irá realizar a retenção pela alíquota máxima permitida.

2 – o prestador do serviço, nos serviços imunes ou sujeitos ao regime de estimativa, apresentar o despacho de reconhecimento da imunidade tributária ou a certidão de estimativa, dentro de seu prazo de validade, respectivamente, e fazer constar na Nota Fiscal de Serviços, ou em outro documento, o número do processo administrativo correspondente;

3 – o prestador do serviço for pessoa física inscrita no Cadastro Mobiliário de Contribuintes de Tributos Municipais fornecer cópia da guia de recolhimento do ISSQN – autônomo correspondente ao último trimestre imediatamente anterior à data do pagamento do serviço prestado;

4 – o serviço for prestado por sociedade de profissionais, e na NFS-e constar o Nome, CPF e o número de registro no órgão de classe dos profissionais que com seu trabalho pessoal, prestaram o serviço em nome da sociedade. Observação: Informar ao Credenciamento sobre o Regime de Tributação, através do email nfpgmedico@fundacaolibertas.com.br;

5 – o prestador de serviço apresentar a Nota Fiscal de Serviços Avulsa relativa ao serviço tomado;

6 – o prestador do serviço for incentivador de projetos culturais, no Município, e fornecer cópia do respectivo Certificado de Incentivo Fiscal, conforme a legislação específica, dentro de seu prazo de validade;

7 – o prestador de serviço for ME ou EPP sujeita à tributação do ISS no Simples Nacional por valores fixos mensais. Contudo, é necessário que pessoa jurídica optante pelo SIMPLES apresente declaração (Modelo constante no Anexo I) a cada apresentação de Fatura. Também é necessário que a alíquota seja informada na Nota Fiscal. Caso o procedimento não seja observado, ou haja divergência entre a declaração enviada e a Nota Fiscal, a Fundação Libertas irá realizar a retenção pela alíquota máxima (5%).

Ressaltamos que, no caso de recolhimento indevido ou em valor maior que o devido, o Prestador de Serviço poderá requerer restituição junto a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (Lei Complementar n.º 123, de 2006, art. 21, §§ 5.º a 14).

Quanto ao PIS/COFINS/CSLL

A partir de 1º de fevereiro de 2004, os pagamentos efetuados pelas pessoas jurídicas a outras pessoas jurídicas de direito privado, bem como pela remuneração de serviços profissionais, estão sujeitos à retenção na fonte da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição para o PIS/PASEP.

No caso de pessoa jurídica amparada pela suspensão da exigibilidade do crédito tributário, nas hipóteses a que se referem os incisos II, IV e V do art. 151 da Lei nº 5.172/1966 – Código Tributário Nacional (CTN), ou por sentença judicial transitada em julgado, determinando a suspensão do pagamento de qualquer das contribuições referida, a pessoa jurídica que efetuar o pagamento deverá calcular, individualmente, os valores das contribuições considerados devidos.

Para tanto, qualquer das situações citadas acima, o beneficiário do rendimento deverá apresentar à Fundação Libertas, junto a Fatura, a comprovação de que a não retenção continua amparada por medida judicial.

Com a alteração da Lei 13.137/2015 de 19 /06/2015, as atividades que estejam no ROL das atividades obrigadas a retenção (PIS/COFINS/CSLL) e fature acima de R\$ 215,05, deverão aplicar a alíquota de 4,65% de retenção dos referidos tributos

Quanto ao INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

De acordo com o disposto no art. 4º, da Lei nº 10.666/2003, a Fundação Libertas deverá reter a contribuição do segurado contribuinte individual, descontando-a da respectiva remuneração, e recolher o valor arrecadado juntamente com a contribuição ao seu encargo até o dia 10 (dez), conforme dispostos na Lei nº. 11.488/2007 e na Instrução Normativa nº. 23/2007.

Nesse sentido, os prestadores serviços (pessoa física) que sofrem retenção de INSS em outras fontes pagadoras devem enviar declaração original (Modelo constante no Anexo II) de Contribuição Previdenciária atualizada para o ano de referência.

Caso não seja enviada declaração para atualização das informações, o prestador de serviço (pessoa física) sofrerá retenção do INSS pela Fundação Libertas, conforme o serviço prestado mensal até o teto máximo vigente.

Reiteramos que, para fins de atualização dos dados relativos às contribuições previdenciárias descontadas e recolhidas ao Instituto Nacional de Previdência Social, é necessário que seja informado o número de inscrição do trabalhador no INSS (NIT/PIS/PASEP), no intuito de garantir o envio correto das informações necessárias aos benefícios concedidos pelo órgão aos seus segurados.

Informações Complementares

O prazo para entrega das declarações ou comprovantes de pagamento é até o dia 15 de cada mês. A Declaração pode ser enviada em meio físico, fax (31) 3212 -2233 e/ou e-mail: nfpgmedico@fundacaolibertas.com.br

Atenção, a declaração que não estiver devidamente preenchida será considerada inválida.

Caso não seja enviada declaração ou comprovante de pagamento para atualização das informações e/ou valores, a Fundação Libertas fará o desconto dos tributos de acordo com o serviço prestado.

Para os casos em que o prestador de serviço não se enquadre nas informações acima, desconsiderá-las.

Anexo I – Declaração ISSQN – Optantes pelo Simples

Anexo II – Declaração INSS – Pessoa Física

ANEXO I

DECLARAÇÃO ISSQN

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza

NOME DO PRESTADOR, NÚMERO DO CNPJ, NÚMERO DA INSCRIÇÃO MUNICIPAL, ENDEREÇO COMPLETO, representada por seu responsável **NOME DO REPRESENTANTE, NÚMERO DO CPF,** vem esclarecer:

A empresa é optante pelo regime de tributação simplificada estabelecida pela Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, que estabelece normas gerais relativas ao tratamento diferenciado e favorecido a ser dispensado às microempresas e empresas de pequeno porte no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito federal e dos Municípios, especialmente no que se refere à apuração e recolhimento dos impostos e contribuições, mediante regime único de arrecadação, inclusive obrigações acessórias;

A empresa obedecendo ao determinado utiliza as Alíquotas do Anexo V para cálculo do imposto sobre as receitas decorrentes da prestação de serviços relacionados no § 5º D do art. 18 desta Lei Complementar.

A alíquota do ISS da empresa é de DIGITE O PERCENTUAL % como determina a legislação, por se encontrar na DIGITE A FAIXA faixa de recolhimento de recolhimento na tabela.

Solicitamos que a retenção seja realizada utilizando a alíquota que determina a legislação. Cujo período de vigência da alíquota é de __/__/__ a __/__/__.

Dessa forma, nos comprometemos a emitir a nota fiscal de acordo com a competência do serviço prestador e com a alíquota acima mencionada.

DIGITE A CIDADE, INFORME DIA, MÊS e ANO.

ASSINATURA

DIGITE O NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO II

DECLARAÇÃO INSS

Instituto Nacional do Seguro Social

Eu, **DIGITE NOME DO PRESTADOR -DIGITE NÚMERO DO CPF**, registrado sob o **DIGITE Nº DO PIS** ou **Nº de INSCRIÇÃO no INSS**, declaro sob as penas da lei, que o desconto de minha contribuição previdenciária como segurado contribuinte individual do INSS, no período de **INFORMAR PERÍODO QUE DEVERÁ SER DENTRO DO MESMO ANO FISCAL**, será sobre o valor de **INFORMAR O VALOR EM R\$ OU EQUIVALENTE AO SALÁRIO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DA PREVIDÊNCIA**, cuja contribuição descontada para o INSS será de **INFORMAR O VALOR EM R\$ OU EQUIVALENTE AO TETO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO**, pela empresa **DIGITE NOME DA EMPRESA** e **Nº do CNPJ**.

Declaro ainda, que caso haja qualquer alteração nos valores acima informados, será de minha inteira Responsabilidade complementar a contribuição ao INSS até o limite máximo de contribuição.

DIGITE A CIDADE,

INFORME DIA, MÊS e ANO.

DIGITE NOME e ASSINE



Para esclarecer as dúvidas dos credenciados a respeito do preenchimento correto dos documentos fiscais, a Fundação Libertas elaborou um perguntas e respostas sobre o tema.

NOTA FISCAL - PESSOA JURÍDICA

1) Quais os tributos federais deverão ser retidos no pagamento da nota fiscal?

Para pagamentos superiores a R\$ 215,05, devem ser destacados no documento o PIS/COFINS/CSLL, cuja alíquota é de 4,65%.

Para pagamentos com valores superiores a R\$ 666,67, é necessário destacar, além da retenção do PIS/COFINS/CSLL, o IRRF na alíquota de 1,5%

2) A Fundação Libertas desconta o valor referente ao ISSQN?

De acordo com a lei municipal de Belo Horizonte, é de responsabilidade da Fundação de Libertas descontar o valor relativo ao ISSQN dos serviços prestados na cidade. A alíquota varia de acordo com o serviço prestado.

3) As empresas optantes pelo Simples Nacional devem destacar os impostos?

Os credenciados que são optantes pelo Simples Nacional devem destacar apenas o ISSQN, que será retido pela Fundação Libertas.

Para credenciados situados em Belo Horizonte também deverá ser informada a alíquota aplicável ao serviço prestado.

Na falta da informação da alíquota do ISSQN (Belo Horizonte), a operadora deverá

descontar, conforme previsto em Lei, a alíquota máxima de 5%.

Para os prestadores situados em outros municípios, a Fundação Libertas não irá descontar o ISSQN por falta de competência tributária.

4) Tenho que informar no corpo da nota fiscal que minha empresa é optante pelo Simples Nacional?

Todo credenciado optante pelo Simples Nacional deverá destacar em local visível, a opção deste regime de tributação (Simples Nacional). Na falta desta informação, a Fundação Libertas poderá descontar os valores referentes ao IRRF (1,5%) e do PIS/COFINS/CSLL (4,65%), caso o serviço prestado seja passível de retenção.

5) Mesmo destacando na nota fiscal, é necessário enviar a declaração de opção do Simples Nacional junto ao documento?

Sim. Sempre que o credenciado enviar sua nota fiscal para a Fundação Libertas, é necessário o envio da declaração de opção do Simples Nacional.

Na falta desta informação, a Fundação Libertas poderá descontar os valores referentes ao IRRF (1,5%) e do PIS/COFINS/CSLL (4,65%), caso o serviço prestado seja passível de retenção.

6) Quando a nota fiscal pode ser cancelada?

As notas fiscais poderão ser canceladas **somente** se o serviço não tiver sido prestado e/ou o ISSQN não tiver sido recolhido pela Fundação Libertas.

Caso o imposto tenha sido recolhido, a nota fiscal poderá ser cancelada somente mediante a solicitação do prestador junto à prefeitura municipal, por meio de processo tributário administrativo.

7) É necessário cancelar uma nota fiscal que possui valores glosados?

No caso específico de glosas, não há necessidade de cancelamento do documento fiscal, pois o valor dos tributos retido na fonte é uma antecipação e, portanto, poderá ser compensado pelo credenciado no momento da apuração do tributo devido, resultantes do seu faturamento a qualquer tempo.

8) Caso a nota fiscal esteja com o endereço da Fundação Libertas incorreto, é necessário cancelamento do documento?

Se o erro referir ao endereço ou data de emissão, não é necessário o cancelamento da nota. O credenciado deve emitir uma carta de correção para corrigir as informações incorretas.

O envio da carta de correção deverá ocorrer imediatamente quando detectado pelo credenciado ou pela Fundação Libertas, na falta do envio do documento (carta de correção), a Operadora irá devolver a nota fiscal para correção.

9) Posso liminar ou sentença judicial transitada em julgado para recolhimento do ISSQN em juízo. O que devo encaminhar para a Fundação Libertas?

Se o prestador (pessoa jurídica), situado em Belo Horizonte, possuir ação liminar ou sentença judicial transitada em julgado (definitiva) para recolhimento em juízo do ISSQN, deverá encaminhar a cópia do processo, certidão emitida pelo cartório onde tramita a ação. Isso deve ser feito em todos os envios das notas fiscais para pagamento.

Caso o credenciado não encaminhe a cópia dos processos, a Fundação Libertas estará obrigada a descontar o ISSQN sobre os serviços prestados.

10) Como proceder para que não ocorra o desconto do PIS e da COFINS nos serviços prestados?

O credenciado beneficiado amparado por medida judicial (liminar), em relação a qualquer um das contribuições, deverá apresentar à Fundação Libertas prova de existência de liminar comprovando sua permanência na ação judicial, que pode ser verificada por certidão emitida pelo cartório do Fórum onde ocorre a ação. Este documento (certidão) deverá ser encaminhado a cada nota fiscal enviada.

A falta do envio da liminar obrigará a Fundação Libertas a descontar os valores relativos ao PIS e COFINS sobre os serviços prestados.

11) Como proceder quando o tipo de regime de tributação for Sociedade Profissionais?

Deverá ser discriminado no corpo da nota fiscal os nomes dos profissionais, CRM e CPF que fazem parte do corpo clínico. Além dessa informação é obrigatório enviar junto com o documento fiscal o comprovante do ISSQN para o e-mail: nfpgmedico@fundacaolibertas.com.br

12) Emito nota fiscal eletrônica, nesse caso o que devo encaminhar para a operadora?

Deverá ser enviado para o e-mail: nfpgmedico@fundacaolibertas.com.br a nota fiscal emitida no formato XML e PDF.

13) Quais os dados corretos da Operadora para emissão da nota fiscal?

Razão Social: Fundação Libertas de
Seguridade Social

CNPJ: 20.119.509/0001-65

Inscrição Municipal: 413068001-2

Endereço: Avenida Alvares Cabral, nº 200, 8º
andar – Bairro: Centro, CEP: 30.170-000 Belo
Horizonte/MG

PONTOS RELEVANTES

- O prazo para envio de faturas é de 90 dias após a data de execução do procedimento.
- O prazo para envio de recurso de glosa é de até 60 dias após a data do pagamento.
- O prazo de resposta do recurso de glosa é de até 60 dias após o recebimento do formulário de recurso de glosa.
- Todos os procedimentos realizados através da Fundação Libertas, deverão, obrigatoriamente, ser previamente autorizados. Lembramos ainda que as autorizações deverão ser solicitadas através de um dos canais de atendimento abaixo:
 - ✓ Portal da Fundação Libertas – WWW.fundacaolibertas.com.br
 - ✓ Central de Atendimento: 0800 704 1715 – informando sempre o número do fax para retorno e o local onde será realizado o procedimento.
 - ✓ Atendimento presencial a sede da Fundação Libertas, no horário de 8h às 18h.
- Antes de realizar o atendimento lembre-se de verificar o status da carteira (elegibilidade).
- Não serão aceitas guias com rasuras, sem assinatura do credenciado e beneficiário, sem justificativa médica e sem a autorização do procedimento.
- Os casos de urgência ou emergência terão um prazo de 03 (três) dias para solicitação de autorização.
- Todos os exames/tratamentos dos códigos de medicina física e reabilitação, fisioterapia, dermatologia clínico-cirúrgica e cirurgia plástica, deverão ser previamente autorizados pela auditoria médica da Fundação Libertas.
- atendimentos referentes a PCMSO deverão ser encaminhados separadamente dos demais arquivos XMLS ou guias físicas.
- A **GUIA DE CONSULTA** deverá ser utilizada somente para consultas em consultório, deverá ser também assinada pelo paciente ou responsável e assinada e carimbada pelo médico (a) credenciado (a).
- A **GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SERVIÇO AUXILIAR DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SADT**, deverá ser utilizada para solicitação de exames, consulta com procedimentos, pequenas cirurgias, terapias, quimioterapia e radioterapia.
- A **GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO** deverá ser utilizada apenas para a solicitação de internação, e deverá constar o nome, CPF e CRM, assinatura e carimbo do profissional solicitante e o nome e CNPJ da entidade credenciada que for realizar o procedimento.
- Quando houver necessidade de utilização de OPME – Órteses, próteses e materiais especiais nos procedimentos solicitados, o médico deverá fazer a descrição de todos os itens necessários, bem como a quantidade a ser utilizada, na guia TISS e o hospital deverá encaminhar pelo menos três orçamentos de marcas/fabricantes diferentes, conforme previsto nas resoluções 1956/2010 do CFM – Conselho Federal de Medicina e RN 338 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- No caso de exames complementares de diagnóstico, as guias deverão ser justificadas, assinadas, carimbadas e autorizadas.
- Caso o prestador envie o faturamento fora do período acordado, o sistema irá gerar inconsistência grave, não permitindo o envio do arquivo. Neste caso, o prestador deve aguardar a próxima data de entrega.
- Para os procedimentos seriados, as sessões deverão ser encaminhadas nas guias físicas e no arquivo eletrônico data por data de realização.
- Para efeito de entrega da fatura, será considerada a data de postagem.
- Para efeito de entrega da nota fiscal, será considerada a data de recebimento no protocolo da Fundação Libertas ou no caso de nota fiscal eletrônica, quando exigido na legislação do respectivo município, enviar o arquivo XML, mediante confirmação do recebimento através do e-mail: nfpgmedico@fundacaolibertas.com.br

- Ao emitir a (s) referida (s) nota (s) fiscal (is), além de obrigatoriamente discriminar o valor bruto dos serviços, deve-se observar o correto preenchimento da Razão Social e seu respectivo CNPJ. Razão Social: Fundação Libertas de Seguridade Social - CNPJ 20.119.509/0001-65.
- **IMPORTANTE:** Lembramos que o recebimento do extrato não garante o pagamento dos serviços prestados pelo CONTRATADO. O crédito só será liberado e pago nas datas estipuladas no cronograma acima, após o recebimento da (s) respectiva (s) NOTA (S) FISCAL (IS) sem rasuras e corretamente preenchida (s).
- As pessoas físicas receberão no último dia útil do mês, conforme cronograma acima, sem necessidade do envio de RPA – Recibo de pagamento de autônomos.
- As NF (notas fiscais) deverão estar na Fundação Libertas até o primeiro dia útil do mês, para efetuarmos os pagamentos, com data do mês de processamento.
- Caso o prestador possua algum tipo de isenção, deverá encaminhar o comprovante (legalmente aceito) até o dia 15 de cada mês, para o e-mail: nfpgmedico@fundacaolibertas.com.br, com o seguinte título-Comprovante de isenção.