

Manual de boas práticas na troca de informação na saúde suplementar (TISS): O que o XML revela sobre a operação

Sepaco Saúde

ANS nº 40.722-4

ISSE FONTES, FREDERICO
MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NA TROCA DE INFORMAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR – TISS / FREDERICO ISSE FONTES. 2017. 92pgs.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA DO PAPEL, PAPELÃO E CORTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO – SEPACO, OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM REGISTRO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS SOB O Nº 42.007-7.

ÁREA RESPONSÁVEL: GERÊNCIA ADMINISTRATIVA OPERACIONAL, COM A SUPERVISÃO DE APOIO OPERACIONAL E A ANÁLISE DA REGULAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR, COM REVISÃO E CONTRIBUIÇÃO DO INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA (IEP) SEPACO.

1. TROCA DE INFORMAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR - TISS. 2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. 3. OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. 4. PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR. 5. EXTENSIBLE MARKUP LANGUAGE - XML.

Índice

- Introdução | **02**
- O Sepaco | **04**
- Objetivo | **05**
- Conceitos preliminares | **06**
- Coordenador TISS | **07**
- Histórico | **07**
- COPISS | **08**
- Componentes | **10**
- Plano de contingência | **16**
- Processos padronizados | **17**
- Outras regras operacionais | **19**
- Uso e vinculação das guias | **20**
- Formas de remuneração dos eventos de atenção à saúde | **22**
- Utilização de código de barras | **25**
- Tabelas de domínio | **25**
- Preenchimento das guias do padrão TISS | **26**
- Guia de anexo de solicitação de órteses, próteses e materiais especiais – OPME | **26**
- Anexo de solicitação de quimioterapia | **29**
- Anexo de solicitação de radioterapia | **33**
- Guia de serviço profissional / serviço auxiliar de diagnóstico e terapia - SP/SADT | **37**
- Guia de solicitação de internação | **44**
- Guia de prorrogação de internação ou complementação do tratamento | **50**
- Guia de consulta | **54**
- Guia de honorários | **58**
- Guia de resumo de internação | **62**
- Anexo de outras despesas | **68**
- Demonstrativo de análise de conta | **72**
- Guia de recurso de glosa | **77**
- Demonstrativo de pagamento | **80**
- Guia de comprovante presencial | **84**
- Penalidades | **88**
- Considerações finais | **89**

Introdução

O presente originou-se da percepção da necessidade de um documento oficial que tivesse a didática necessária para eliminar, ou ao menos reduzir os ruídos na troca de informação no âmbito da saúde suplementar, entre os atores: prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Particularmente, atribuo à Troca de Informação na Saúde Suplementar – TISS, versão eletrônica a maior revolução na saúde suplementar desde o marco regulatório dos planos privados de assistência à saúde em 03 de junho de 1998, ou seja, a ação suprema em praticamente 20 anos (oficialmente: 19 anos e 5 meses).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada em 28 de janeiro de 2000, por intermédio da Lei 9.961, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País, é a responsável por esta inovação.

A transação eletrônica possibilita à ANS conhecer integralmente o setor de saúde suplementar, observando possíveis gargalos, fraudes, irregularidades e disparidades. O escopo da norma justamente visava aferir estas questões, por isso, são considerados os seguintes propósitos:

- Padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas;
- Subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- Compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Neste sentido, a Operadora ao realizar o cumprimento da obrigação acessória do padrão estipulada no Art. 26 da norma infralegal, que é o envio do Monitoramento TISS, isto é, o envio para a Agência Reguladora de arquivos que contemplam a compilação dos atendimentos realizados por seus beneficiários na rede prestadora.

Com essas informações, o Órgão Regulador desenvolveu entre outros indicadores do setor, o D-TISS, que é um painel disponibilizado para consultar dados recebidos através do Monitoramento TISS, e que pode ser consultado no portal corporativo da Agência: http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/d-tiss-detalhamento-dos-dados-do-tiss/d-tiss-painel-gerencial-de-procedimentos.

Com ele, é possível visualizar a quantidade e o valor médio praticado em procedimentos ambulatoriais (médicos, laboratórios, clínicas) e a quantidade dos procedimentos realizados em ambiente hospitalar dos estabelecimentos que prestam serviço às operadoras de planos de saúde.

Os procedimentos podem ser consultados tanto pelo código quanto pelo nome, aplicando-se filtros por unidade da federação (UF), faixa etária, sexo, porte da operadora e competência. A visualização dos dados se dá por meio de gráficos e mapas.

Com isso, para demonstrar a necessidade de calibrarmos as informações transacionadas no Padrão TISS, demonstro com a pesquisa realizada no documento atualizado com base nos processamentos do mês de junho/2017, que, por exemplo, retornaram:

- Para o procedimento: 31309054 - Cesariana, no estado de São Paulo retornou o valor médio de R$ 672,92 em dezembro de 2016. Como exemplo, o Sistema Único de Saúde - SUS, através de sua tabela Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP, remunera na competência atual para o procedimento 04.11.01.003-4 - PARTO CESARIANO R$ 545,73.
- Para o procedimento: 31501010 - Transplante de córnea, o D-TISS, retornou valor médio de R$ 1.026,87, enquanto o SUS para o mesmo procedimento 05.05.01.009-7 - TRANSPLANTE DE CORNEA remunera R$ 2.070,00.
- Para o procedimento: 30803128 - Pneumorrafia, por exemplo, as Operadoras informam valor médio de R$ 465,60, por sua vez, o SUS remunera R$ 1.260,27, sempre em paridade com a tabela SIGTAP vigente.

Com isso, parece que resta demonstrado o prejuízo nas informações transacionadas entre os agentes da saúde suplementar, razão pela qual motivou a confecção deste documento, além de demais ações tomadas por esta Operadora e seu Hospital.

O Sepaco



Fundado em 20 de setembro de 1956 para atender os profissionais e familiares do setor papeleiro, o Sistema Sepaco de Saúde atua em duas frentes de negócios:

HOSPITAL - Filantrópico, inaugurado em 1979, é referência no controle de infecção hospitalar no Brasil. Voltado para atender alta complexidade, conta com 240 leitos, sendo 82 de UTI (40 para adultos, 25 neonatais e 17 pediátricos), um corpo clínico com qualidade profissional e modernos equipamentos para diagnósticos como tomografia, ressonância magnética, hemodinâmica e uma área própria para oncologia. Em 2000, abriu as portas para atendimento de convênios e particulares. A busca pela melhoria contínua permanece com constantes aperfeiçoamentos em hotelaria, tecnologia, qualidade e segurança. Tudo para oferecer o melhor serviço ao paciente.

O projeto pioneiro de prevenção da infecção hospitalar do Sepaco foi adotado como base pelo Ministério da Saúde, em 1978, para a formulação legal de um plano de ação em todos os hospitais do Brasil. Em 1989, o Sepaco recebeu a premiação da Associação Nacional das Câmaras Americanas de Comércio no Brasil por sua excelência nos serviços de saúde. Recebeu o Prêmio Jabuti em 2000, o coordenador da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital Sepaco, Dr. Antonio Tadeu Fernandes, editor principal do livro "Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde".

O Sepaco conquistou o Prêmio Prata do PNGS 2006/2007, como reconhecimento por suas boas práticas e na busca contínua de melhoria nos seus sistemas de gestão. O Sepaco possui também o o certificado ACREDITADO PLENO (Nível 2) da ONA (Organização Nacional de Acreditação), assegurando a qualidade da instituição que preza, há anos, pelo bem-estar e segurança dos pacientes, atendendo a todos os requisitos exigidos pela acreditadora.

SEPACO SAÚDE - Convênio médico inaugurado em 1999 para beneficiários papeleiros. Em 2012 passou a atuar apenas com planos individuais e atualmente comercializa planos empresariais.

MISSÃO - A missão que conceitua a razão da nossa existência: "Cuidados da saúde dos clientes papeleiros e das operadoras de saúde, integrando humanização e competitividade."

VISÃO - A visão que define o que queremos ser com cada participante da instituição:

- Cliente: "Somos a solução em saúde. Uma instituição justa, segura e humanizada que atende de forma personalizada com agilidade e resolutividade.";
- Comunidade: "Somos uma instituição que pratica a cidadania, a sustentabilidade e incentiva a responsabilidade social.";
- Fornecedores: "Valorizamos relacionamentos comerciais éticos, transparentes e íntegros.";
- Colaboradores: "Temos orgulho de fazer parte do Sepaco que proporciona ambiente para realização, desenvolvimento profissional e contribui para a qualidade de vida.";
- Conselho: "O sistema integrado de saúde que saiu do PAPEL, faz a diferença, atendendo às expectativas das empresas associadas.";
- Segmento da saúde: "Somos modelo nacional de gestão diferenciada de assistência à saúde, idôneo e competitivo, estruturado na integração entre tecnologia e atendimento humanizado. "

VALORES - Os valores que definem as crenças da instituição e dos colaboradores:

- Integridade: "Praticamos sempre princípios de honestidade, respeito, ética e justiça."
- Comprometimento: "Cumprimos nossos objetivos com iniciativa e responsabilidade.";
- Trabalho em equipe: "Integramos as áreas e os profissionais na busca das melhores soluções para a instituição e crescimento individual.";
- Saber: "Buscamos e difundimos conhecimento pessoal, profissional e institucional."

GOVERNANÇA CORPORATIVA

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

PRESIDENTE – Jerônimo José Garcia Ruiz;
VICE-PRESIDENTE – José Frugis.

GESTÃO

SUPERINTENDENTE GERAL - Rafael Antonio Parri;
SUPERINTENDENTE MÉDICO HOSPITALAR - Dr. Antonio Tonete Bafi
SUPERINTENDENTE OPERACIONAL HOSPITALAR - Dra. Luci Meire Pivelli Usberco.

LOCALIZAÇÃO

O Sepaco está situado à Rua Vergueiro, 4210 - Vila Mariana, São Paulo/SP, contando ainda com outras unidades de negócio, como:

• AMBULATÓRIO SEPACO: Rua Embuaçú, 150 - Vila Mariana, São Paulo/SP
• HOSPITAL DIA SEPACO: Rua Peixoto Gomide, 515 - Jardim Paulista, São Paulo/SP
• CENTRO MÉDICO SEPACO MOGI DAS CRUZES: Rua Francisco Franco, 318 – Centro, Mogi das Cruzes/SP
• CENTRO MÉDICO SEPACO UNIDADE MONTE DOURADO: Rua 100, s/nº – Vila Industrial, Almeirim/PA
• HOSPITAL PAINEIRAS: Av. dos Eucaliptos, 08 - Jardim dos Eucaliptos - Itabatã, Mucuri/BA
• CLÍNICA PAINEIRAS DE TEIXEIRA DE FREITAS: Av. São Paulo, 520 - Jardim Caraipe, Teixeira de Freitas/BA
• CLÍNICA PAINEIRAS DE POSTO DA MATA: Rua Pedro Carolino Costa, 1292 - Posto da Mata, Nova Viçosa/BA
• CLÍNICA PAINEIRAS DE MUCURI: Rua Oscar Teixeira de Siqueira, s/nº - Malvina, Mucuri/BA

Objetivo

Este manual tem a pretensão de auxiliar os profissionais da área de saúde, tanto os representantes dos prestadores de serviços de saúde, quanto aos profissionais de operadoras privadas de assistência à saúde.

Com isso, procura-se garantir mediante os esclarecimentos e as informações contidas neste documento, tornar fidedigno os arquivos para a troca dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, atendidos por intermédio de sua rede credenciada formada por prestadores de serviços de saúde.

Desta forma, temos a intenção de refinar e aprimorar a qualidade das informações transacionadas no âmbito da saúde suplementar, podendo, a partir disto, subsidiar as ações da Agência Reguladora, tanto quanto do Ministério da Saúde.

A versão eletrônica da Troca de Informação na Saúde Suplementar – TISS, estabelecida através da edição da Resolução Normativa nº 305, de 2012, vem sofrendo alterações e melhorias ao longo do tempo, todavia, ainda que a prática esteja, aparentemente, sedimentada na saúde suplementar, percebemos que há uma dificuldade de entendimento em ambos os lados da cadeia, resultando em informações que não refletem com rigor e precisão o atendimento realizado.

Conceitos preliminares

O padrão TISS está organizado em cinco componentes:

1) Organizacional | O componente organizacional do Padrão TISS estabelece o conjunto de regras operacionais.

2) Conteúdo e estrutura | O componente de conteúdo e estrutura do Padrão TISS estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e no plano de contingência, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde.

3) Representação de Conceitos em Saúde | O componente de representação de conceitos em saúde do Padrão TISS estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS.

4) Segurança e Privacidade | O componente de segurança e privacidade do Padrão TISS estabelece os requisitos de proteção para assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde. Tem como base o sigilo profissional e segue a legislação.

5) Comunicação | O componente de comunicação do Padrão TISS estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. Adota a linguagem de marcação de dados XML - Extensible Markup Language.

É importante pontuar neste momento que o processo da construção desta versão eletrônica do TISS, teve forte atuação da sociedade, sendo que todos os representantes dos setores se fizeram presentes e participaram efetivamente na confecção da norma.

A participação de todos os agentes desta cadeia foi de suma importância, pois, trouxe à Agência Reguladora todas as visões do mercado da saúde suplementar, inclusive, com o apoio acadêmico. O que, concluímos, ser o método mais democrático e transparente possível, não subsistindo qualquer ruído entre todos os entes participantes.

Por fim, importante destacar que este Manual de Boas Práticas baseia-se na Resolução Normativa nº 305, de 2012, detalhada pela Instrução Normativa nº 51, de 2012, e com a versão 3.03.02 do Padrão TISS, que a última atualização ocorreu em Abril de 2017 nos componentes: Organizacional; Conteúdo e Estrutura; e, Representação de Conceitos em Saúde.



Coordenador TISS

O Coordenador TISS é o profissional responsável pela Troca de Informações em Saúde Suplementar. Sua obrigatoriedade deriva do Art. 7º da Resolução Normativa nº 190, sendo que todo o processo de implantação e utilização do Padrão TISS deverá ficar sob a responsabilidade deste profissional técnico da operadora, especificamente designado para facilitar, agilizar e coordenar os atendimentos à rede prestadora de serviços. Ele atuará como intermediador entre a operadora de plano privado de assistência à saúde e o prestador de serviço nas áreas de análises de contas e faturamento, bem como na área de informática.

Assim sendo, caso haja alguma dúvida relativa ao Padrão, sugerimos que entrem em contato com o Coordenador ou seu Suplente, que no caso do Sepaco poderão utilizar os canais abaixo:

Coordenador TISS
Hercules Ferri Junior
(11) 2182-7684
hfjunior@sepaco.org.br



Histórico

Antes de 2005, as solicitações para a realização de procedimentos assistenciais ocorriam apenas em receituário próprio do médico ou da clínica, com isso, as Operadoras não possuíam as informações necessárias.

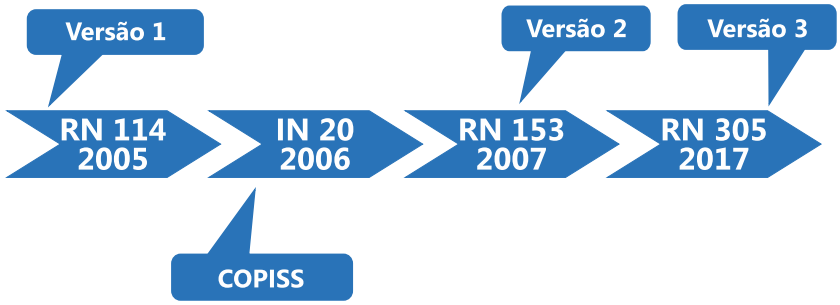
Na hora da cobrança, também não existia um formato predefinido, esta imprevisibilidade impossibilitava a análise minuciosa e detalhada dos atendimentos prestados, tampouco, contribuía para o gerenciamento das ações em saúde.

Em 2005, a ANS estabeleceu o padrão TISS, 1ª versão, que já incluía a previsão para a adoção da comunicação eletrônica.

Considerando as condições do nosso país, de dimensões continentais, essa opção não era refletida na maioria dos prestadores, que à época não possuíam nem computador, tampouco acesso à internet, principalmente nas regiões descentralizadas.

Desta forma, a ANS se aliou a todos os representantes do setor e, com a expansão e aprimoramento das tecnologias existentes, depois de 09 anos e diversas tentativas em 01 de setembro de 2014 estava em vigência a tão sonhada: 3ª versão do TISS, atribuída pela Resolução Normativa nº 305, norma infralegal vigente até hoje.

Uma breve síntese em forma de linha do tempo:



COPISS

O Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS), é composto por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, das operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos prestadores de serviços de saúde, das instituições de ensino e pesquisa e das entidades representativas de usuários de planos privados de assistência à saúde.

Para o desenvolvimento de suas atividades, o COPISS conta, eventualmente, com a participação de convidados, escolhidos entre entidades, cientistas e técnicos com conhecimentos na área, e poderá ainda constituir Grupos Técnicos para a elaboração de estudos e pareceres temáticos.

Ainda, o Grupo com representantes de entidades da área de Saúde, de caráter consultivo, tem por objetivo contribuir para evolução do padrão, divulgando e acompanhando a adoção do padrão.

O COPISS tem por finalidade institucional:

- Propor à ANS o aprimoramento do Padrão TISS;
- Revisar os termos integrantes do componente de representação de conceitos em saúde e analisar as solicitações de inclusões na TUSS;
- Promover a divulgação e acompanhar a adoção do Padrão TISS;
- Analisar os sistemas de informação da saúde suplementar, coordenados pela ANS, visando a adequação do padrão TISS;
- Promover, fomentar e recomendar estudos relativos à tecnologia de informação e comunicação em saúde.

O COPISS, atualmente, conta com a seguinte composição:

1) Operadoras de planos privados de assistência à saúde
Autogestões: representadas pela UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde;

Operadoras de Medicina de Grupo: representadas pela ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo;

Cooperativas de Serviços Médicos: representadas pela Unimed do Brasil;

Seguradoras privadas e capitalização que atuam no âmbito da saúde suplementar: representadas pela FenaSaúde - Federação Nacional de Saúde Suplementar;

Operadoras classificadas como Filantrópicas: representadas pela CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;

Empresas de odontologia de grupo: representadas pelo SINOG - Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo;

Cooperativas de serviços odontológicos: representadas pela UNIODONTO do BRASIL - Central Nacional das Cooperativas Odontológicas.

2) Prestadores de serviço de saúde
Os membros deste grupo são representados conforme abaixo:

- CFM - Conselho Federal de Medicina;
- CFO - Conselho Federal de Odontologia;
- FBH - Federação Brasileira de Hospitais;
- CNS - Confederação Nacional de Saúde;
- AMB - Associação Médica Brasileira;
- SBPC/ML - Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial;
- CBR - Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
- ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados; e,
- FENAM – Federação Nacional dos Médicos.

Ainda existem as Entidades Nacionais de Defesa dos Consumidores e Beneficiários, a tão respeitada área Acadêmica se faz presente com as Instituições Públicas de Ensino e Pesquisa, também faz parte do COPISS à ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o DATASUS - Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde.

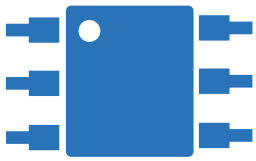
Recentemente, se acoplaram ao Comitê:

- SBIS - Sociedade Brasileira de Informática em Saúde;
- SAS/MS - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde;
- COFEN - Conselho Federal de Enfermagem;
- CFFa - Conselho Federal de Fonoaudiologia;
- COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
- CFN - Conselho Federal de Nutricionistas;
- CFP - Conselho Federal de Psicologia; e,
- FENAFISIO - Federação Nacional das Associações de Empresas Prestadoras de Serviços de Fisioterapia.

Neste grupo, existem as entidades de referência, que são aquelas destinadas a validar proposições de alterações do Padrão TISS e dirimir dúvidas técnicas de questões do padrão TISS, a saber:

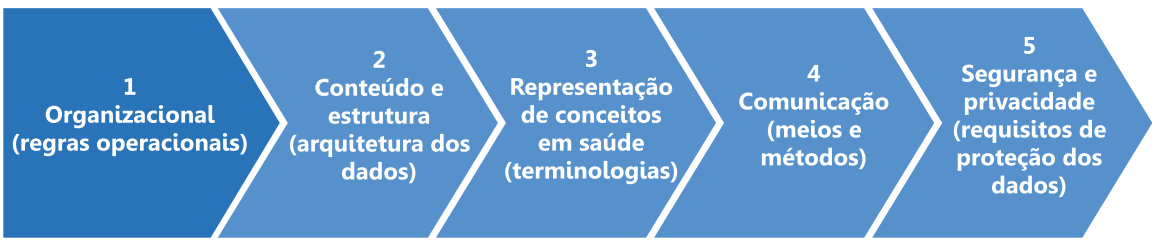
ENTIDADES	SIGLA	TERMOS/REQUISITOS
Associação Médica Brasileira	AMR	Termos de medicina
Conselho Federal de Odontologia	CFO	Termos de Odontologia
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	ANVISA	Termos de medicamentos, materiais, próteses e órteses
Confederação Nacional de Saúde	CNS	Termos de diárias, taxas e gases medicinais
Sociedade Brasileira de Informática em Saúde	SRIS	Requisitos de segurança e privacidade das informações

Componentes



O padrão TISS é composto por cinco componentes representados no diagrama acima, com as seguintes estruturas de organização:

1) Organizacional: Conjunto de regras operacionais do padrão TISS e Plano de Contingência.
2) Conteúdo e Estrutura: Layout dos dados utilizados no padrão TISS.
3) Representação de Conceitos em Saúde: Terminologia Unificada da Saúde Suplementar –TUSS.
4) Comunicação: Meios e métodos de comunicação dos dados definidos no componente "Conteúdo e Estrutura".
5) Segurança e Privacidade: Requisitos de proteção dos dados utilizados no padrão TISS.



Componente organizacional: estabelece o conjunto de regras operacionais do Padrão TISS.

O componente organizacional do Padrão TISS contém:

- Nomeação da versão e data de publicação
- Exposição de motivos da atualização e histórico de alteração
- Definições e regras de uso
- Definições das regras de atualização
- Outras regras operacionais

Componente de Conteúdo e Estrutura: estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e nos formulários, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde.

Os processos padronizados no Padrão TISS são:

- Verificação de elegibilidade
- Autorização de procedimentos
- Cobrança de serviços
- Comunicação de internação ou alta de beneficiário
- Recurso de glosa
- Demonstrativos de retorno
- Informações para a ANS
- Informações para o beneficiário
- Comprovante Presencial

Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde são padronizados os seguintes processos:

- Verificação de elegibilidade
- Autorização de procedimentos
- Comunicação de internação ou alta do beneficiário
- Cobrança de serviços de saúde
- Demonstrativos de retorno
- Recurso de glosa
- Comprovante presencial

Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, os processos padronizados para troca eletrônica de implantação obrigatória são:

- Cobrança de serviços de saúde
- Autorização de serviços (somente a mensagem de lote de anexos)
- Demonstrativos de retorno
- Recurso de glosas

Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, os processos padronizados para troca em papel conforme o contrato entre as partes são:

- Comprovante presencial
- Cobrança de serviços de saúde (Guia de Tratamento Odontológico - comprovante de atendimento) - que não se aplica à nossa operação

O prestador solicitante deve entregar ao beneficiário, em papel, a solicitação de exames, terapias ou internação mesmo quando houver encaminhamento eletrônico da mesma para a operadora.

Componente de Representação de Conceitos em Saúde: estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais da saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS.

No uso dos termos, as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde devem obrigatoriamente atender as normas de aplicabilidade vigentes e definidas pelos órgãos que regulamentam o exercício profissional, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e demais órgãos do Ministério da Saúde. Compete somente à ANS estabelecer a TUSS e suas posteriores atualizações.

Todas as terminologias do Padrão TISS são disponibilizadas em tabelas contendo:

- Código do termo: codificação numérica atribuída pela ANS
- Termo: texto de identificação do termo
- Descrição do termo: é um texto com a descrição detalhada do termo
- Data de início de vigência: informa a data a partir da qual iniciou a validade do termo no padrão TISS
- Data de fim de vigência: informa a última data de validade do termo
- Data limite para implantação do termo: informa a data a partir da qual todos os agentes de troca de informações deverão utilizar o termo

O componente de Representação de Conceitos de Saúde é composto pelas tabelas listadas na Relação das terminologias unificadas na saúde suplementar com seus respectivos códigos de identificação no padrão TISS, presente, atualmente, na Tabela 87.

Ainda neste sentido, o Art. 13, da Resolução Normativa nº 305, de 2012, assim dispõe:

> **Art. 13.** À operadora de planos privados de assistência à saúde é facultado estabelecer, em tabela própria, o código para um termo não constante nas terminologias de procedimentos e eventos em saúde; medicamentos; materiais e órteses, próteses e materiais especiais e diárias, taxas e gases medicinais.

Forçoso concluir, portanto, que a norma prevê apenas à Operadora a faculdade de criar código para um termo que, por enquanto, não está contemplado na TUSS. Ou seja, não compete ao prestador ato discricionário de criação de código próprio para o serviço efetuado.

Ainda, a redação da norma continua com a previsão de que a operadora de planos privados de assistência à saúde, imediatamente após estabelecer o código de um termo em tabela própria, deverá solicitar à ANS a inclusão do mesmo na TUSS.

À operadora de planos privados de assistência à saúde é vedado manter vigente, em tabela própria, código para um termo constante na TUSS, findo o prazo de implantação.

A operadora, tampouco, o prestador não poderá utilizar e trafegar um código próprio na troca de informações quando este termo estiver contido na TUSS e sua data limite para implantação já estiver vencida, sob pena de infração aos dispositivos legais acarretando em penalidades.

As tabelas próprias para registro dos termos estabelecidos pelas operadoras são:

- 00-Tabela própria das operadoras
- 90-Tabela própria para pacotes de odontologia
- 98-Tabela própria para pacotes de medicina

A ANS recomenda que o código criado em tabela própria da operadora seja atribuído, preferencialmente, iniciando-se com os dois dígitos do código da tabela de domínio definido no padrão TISS a que se refere o termo.

Componente de Segurança e Privacidade: estabelece os requisitos de proteção dos dados de atenção à saúde. O padrão de segurança e privacidade visa assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde e baseia-se no sigilo profissional e seguindo a legislação vigente no país para o tema.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão manter protegidas as informações assistenciais oriundas do Padrão TISS, quando acompanhadas de dados que possibilitem a sua individualização, não podendo as mesmas serem divulgadas ou fornecidas a terceiros, salvo em casos expressamente previstos no conjunto de leis e normas que contemplam o setor.

A apresentação do componente de segurança e privacidade é uma lista de requisitos contendo:

- Identificação do requisito
- Descrição do requisito
- Condição de utilização do requisito

Componente de Comunicação: estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. O padrão de comunicação adota a linguagem de marcação de dados XML - Extensible Markup Language.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem dispor aos prestadores de sua rede de serviço de saúde as tecnologias de webservices e de portal, para a troca dos dados de atenção à saúde prestada nos seus beneficiários de planos privados de assistência à saúde, competindo aos prestadores de serviços de saúde escolher a forma que melhor lhes beneficia no âmbito da comunicação para a troca eletrônica, seja webservices ou portal.

Na ocorrência de interrupção do serviço de troca eletrônica de informações de atenção à saúde, os agentes de trocas de informações na Saúde Suplementar deverão utilizar o estabelecido no Plano de Contingência do Padrão TISS. É importante ressaltar que, eventual, interrupção do serviço de troca eletrônica não pode importar em descontinuidade no atendimento assistencial ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde, devendo os agentes garantir a segurança e a privacidade dos dados.

Entende-se como interrupção do serviço de troca eletrônica de informações de atenção à saúde que se refere o parágrafo anterior, situações como pane elétrica na região do consultório, clínica ou hospital que não permita a utilização dos recursos tecnológicos ou, por exemplo, queda do sinal de internet na região do consultório, clínica ou hospital, com isso, impossibilitando o acesso aos recursos desta versão eletrônica.

Quando houver fatos similares ao exemplificado, a operadora deverá ser comunicada no momento da impossibilidade do prestador em continuar transacionando na versão vigente, sob pena de o envio de contas em contingência, sem aviso prévio, configurar-se-á infração ao padrão TISS.

O componente de comunicação é apresentado na forma de arquivos de schemas XML e descritores WSDL que devem ser utilizados para gerar e validar os arquivos de dados para troca eletrônica de informações do padrão.

A assinatura deverá utilizar o padrão XAdES, no formato "Enveloped", deverá assinar integralmente a mensagem (de guia e/ou de lote), e deverá seguir a política 'POLÍTICA-PADRÃO AD-RB BASEADA EM XADES', conforme definida no documento DOC-ICP-15.03 Versão 6.1.

Referências:

- DOC-ICP-15 – Versão 2.1
- DOC-ICP-15.01 – Versão 2.1
- DOC-ICP-15.02 – Versão 2.1
- DOC-ICP-15.03 – Versão 6.1

Antes da realização de uma assinatura digital, o sistema deve verificar se o certificado digital a ser utilizado possui propósito de uso de assinatura digital, ou seja, se possui o campo key usage definido como Digital Signature e NonRepudiation e verificar se é certificado digital ICP-Brasil de assinatura tipo A1, A2, A3 ou A4.

Incluir em toda assinatura realizada a propriedade XMLDSIG/XAdES SigningTime. Este atributo representa o instante de assinatura acordado com o signatário.

Realizar a validação da assinatura no momento de sua geração (a assinatura deve ser validada imediatamente após sua geração) e na recepção de uma mensagem assinada. A validação de uma assinatura inclui: a verificação do certificado do signatário e dos certificados da cadeia de certificação e a verificação do estado de revogação do certificado do signatário e dos certificados da cadeia de certificação, utilizando LCR (Lista de Certificados Revogados) ou Resposta OCSP (Online Certificate Status Protocol).

No caso de recepção de uma mensagem assinada digitalmente, recomenda-se que a instituição, operadora ou prestador, proceda sua devida validação antes do processamento da mensagem, a fim de evitar possíveis contestações e reprocessamentos futuros.

Sempre prudente ressaltar que todos os arquivos com as definições do padrão encontram-se disponíveis no site da ANS, no endereço www.ans.gov.br.

Com vistas a exemplificar e evitar eventuais erros, disponibilizamos a seguir um resumo com as mensagens no Padrão TISS, conforme previsto no Componente de Segurança e Privacidade.

Origem da mensagem	Nome da mensagem no schema	Descrição
Prestador	LoteGuias	Apresentação de cobrança de consultas, sp/sadt, resumo de internação, honorários e odontologia. Esta mensagem deve ter no máximo cem guias de cobrança de um mesmo tipo.
Prestador	LoteAnexos	Apresentação do anexo de situação inicial de odontologia e solicitação de autorização de tratamento de quimioterapia, radioterapia e OPME. Esta mensagem deve ter no máximo cem anexos de um mesmo tipo.
Prestador	SolicitaçãoDemonstrativoRetorno	Solicitação de demonstrativo de análise de conta de medicina, demonstrativo de pagamento de medicina e odontologia.
Prestador	SolicitaçãoStatusProtocolo	Solicita informação de lote de cobrança recebido pela operadora.
Prestador	SolicitacaoStatusRecursoGlosa	Solicita informação sobre recurso de glosa enviado pelo prestador à operadora.
Prestador	SolicitaçãoProcedimento	Solicitação de autorização de serviços de sp/sadt, internação, prorrogação de internação e tratamento em odontologia.
Prestador	SolicitaStatusAutorização	Solicita status sobre pedido de autorização recebido pela operadora.
Prestador	VerificaElegibilidade	Solicita informação sobre a elegibilidade de um beneficiário da operadora.
Prestador	CancelaGuia	Envia solicitação de cancelamento de uma ou mais guias.
Prestador	ComunicaçãoInternação	Envia comunicado de internação ou alta de um beneficiário.
Prestador	RecursoGlosa	Envia recurso sobre glosa ocorrida em um lote ou em guias do prestador.
Operadora	RecebimentoLote	Envia um protocolo de recebimento de um lote de guias de cobranças enviado pelo prestador.
Operadora	RecebimentoAnexo	Envia um protocolo de recebimento de um lote de anexos enviado pelo prestador.
Operadora	RecebimentoRecursoGlosa	Envia um protocolo de recebimento do recurso de glosa enviado pelo prestador.
Operadora	DemonstrativosRetorno	Envia o demonstrativo de análise de conta de medicina, demonstrativo de pagamento de medicina, demonstrativo de pagamento de odontologia ou situação do demonstrativo caso este ainda não esteja pronto para ser enviado ao prestador. Esta mensagem deve conter no máximo trinta demonstrativos.
Operadora	SituaçãoProtocolo	Informa a situação de um protocolo enviado pelo prestador.
Operadora	AutorizaçãoServiços	Informa a autorização ou negativa para as solicitações de internação, tratamento odontológico, prorrogação de internação e sp/sadt, quimioterapia, radioterapia e OPME.

Origem da mensagem	Nome da mensagem no schema	Descrição
Operadora	Situação/Autorização	Informa a situação sobre pedidos pendentes de autorização de prorrogação de internação, tratamento odontológico, quimioterapia, radioterapia, sp/sadt e OPME.
Operadora	RespostaElegibilidade	Envia resposta sobre a elegibilidade de determinado beneficiário.
Operadora	ReciboCancelaGuia	Envia recibo sobre recebimento de cancelamento de guia.
Operadora	ReciboComunicação	Envia recibo de recebimento de comunicação de internação ou alta de beneficiário.
Operadora	RespostaRecursoGlosa	Envia resposta sobre recurso de glosa enviado pelo prestador.
Operadora	Não se aplica	Envia ao beneficiário as informações de serviços de sua utilização (Utilização de Serviços).
Operadora	Não se aplica	Envia ao beneficiário as informações acerca da negativa de autorização.
Operadora	Não se aplica	Envio à beneficiária as informações relativas aos procedimentos de parto.
ANS	TissMonitoramentoQualidade	Disponibiliza arquivo com indicação dos lançamentos inconsistentes e motivos.

Plano de contingência



O Plano de Contingência é o conjunto de regras e formulários estabelecidos para dar continuidade ao processo de trabalho na interrupção temporária das trocas eletrônicas.

Na ocorrência de interrupção do serviço de troca eletrônica dos dados de atenção à saúde, os agentes de troca de informações na saúde suplementar deverão utilizar o estabelecido no Plano de Contingência do Padrão TISS, que deverá ser imediatamente comunicado à operadora.

Com isso, não há outra afirmação a fazer senão: guia em papel é somente no plano de contingência.

Para isso, socorremo-nos do dicionário da língua portuguesa Michaelis, que assim define:

contingência (con·tin·gên·ci·a)
sf
1 Caráter ou qualidade do que é contingente.
2 Dúvida quanto à possibilidade de uma coisa acontecer ou não.
3 Fato cuja ocorrência é possível, porém incerta; eventualidade, imprevisto.

Ante o exposto, conclui-se notoriamente que a troca de informações na saúde suplementar na versão 3.02.02 em papel, ocorrerá, somente em uma excepcionalidade, devido à um problema fortuito e momentâneo, em que o prestador não concorreu para o fato.

PROCESSOS PADRONIZADOS

Processo de verificação de elegibilidade do beneficiário:

- **Elegibilidade:** é a mensagem enviada pelo prestador para a operadora solicitando a situação de determinado beneficiário junto à operadora quanto aos seus direitos contratuais.

- **Resposta da elegibilidade:** é a mensagem de resposta da operadora para o prestador, informando a situação do beneficiário quanto aos seus direitos contratuais. Caso a resposta seja negativa para o processo de elegibilidade, a operadora identificará o motivo da negativa.

Processo de autorização de procedimentos:

- **Solicitação de autorização:** é a mensagem enviada pelo prestador para a operadora solicitando autorização para realização de algum serviço de saúde.

- **Autorização de serviços:** é a mensagem de resposta da operadora para o prestador a um pedido de autorização para execução de serviço de saúde. Todos os procedimentos e itens assistenciais enviados na Solicitação de autorização devem constar na respectiva Autorização de serviços, inclusive aqueles que não tiverem sido autorizados.

- **Solicitação de status de autorização:** é a mensagem do prestador para a operadora solicitando uma resposta a uma solicitação de autorização enviada anteriormente.

- **Lote de anexos:** é a mensagem do prestador para a operadora para o envio de solicitação de autorização de procedimentos de quimioterapia, radioterapia e OPME. E ainda, o envio do anexo de situação inicial de odontologia se houver necessidade do envio deste anexo e em separado da guia principal de cobrança de odontologia.

- **Situação da autorização:** é a mensagem da operadora para o prestador informando se a autorização do serviço de saúde foi ou não concedida ou ainda, em análise pela operadora.

- **Recebimento anexos:** é a mensagem da operadora para o prestador fornecendo um protocolo de recebimento da mensagem de lote de anexos.

- **Cancelamento de guia:** é a mensagem do prestador para a operadora que solicita o cancelamento de uma guia enviada anteriormente.

- **Recibo do cancelamento de guia:** é a mensagem da operadora para o prestador com a confirmação, ou não, do cancelamento de uma guia.

Processo de cobrança de serviços de saúde:

- **Cobrança de guias:** é a mensagem do prestador para a operadora de um lote de cobrança dos serviços de saúde realizados.

- **Recebimento de lote de cobrança:** é a mensagem da operadora para o prestador com um protocolo de recebimento do lote de cobrança dos serviços de saúde enviado pelo prestador.

- **Solicitação de status de protocolo:** é a mensagem do prestador para a operadora solicitando a situação do protocolo de um lote enviado anteriormente.

- **Situação do protocolo:** é a mensagem da operadora para o prestador com a situação de um protocolo com todas as guias contidas neste.

- **Cancelamento de guia:** é a mensagem do prestador para a operadora que solicita o cancelamento de uma guia enviada anteriormente.

- **Recibo do cancelamento de guia:** é a mensagem da operadora para o prestador com a confirmação, ou não, do cancelamento de uma guia.

Processo de comunicação de internação ou alta de beneficiário:

- **Comunicação de internação/alta:** é a mensagem do prestador para a operadora com a informação a data de internação ou alta de um beneficiário; e,

- **Recibo de comunicação:** é a mensagem da operadora para o prestador de recebimento da comunicação de internação ou alta de um beneficiário.

Processo de emissão de demonstrativos de retorno:

- **Solicitação de demonstrativo de retorno:** é a mensagem do prestador para a operadora solicitando o demonstrativo de pagamento ou o demonstrativo de análise de conta de um lote de cobrança enviado informando o número do protocolo, gerado pela operadora, de recebimento do lote de cobrança de guias; e,

- **Demonstrativos de retorno:** é a mensagem da operadora para o prestador enviando o demonstrativo solicitado ou a informação que o demonstrativo ainda não está disponível.

Processo de recurso de glosa:

- **Recurso de glosa:** é a mensagem do prestador para a operadora questionando a aplicação de uma glosa em sua cobrança;

- **Recebimento do recurso de glosa:** é a mensagem da operadora para o prestador com um protocolo de recebimento do recurso de glosa enviado pelo prestador;

- **Solicitação de status de recurso de glosa:** é a mensagem do prestador para a operadora solicitando resposta a um recurso de glosa enviado anteriormente;

- **Resposta ao recurso de glosa:** é a mensagem da operadora para o prestador acatando, ou não, o recurso de glosa ou, caso em análise, enviando um novo protocolo do recebimento do recurso.

Processo de envio de dados para a ANS:

- **Envio de dados à ANS:** é a mensagem, obrigatória e exclusivamente eletrônica, da operadora para a ANS com envio de informações dos dados de atenção à saúde, realizados nos beneficiários de planos de saúde.

Processo de envio de informações para o beneficiário:

- **Utilização de serviços:** é a definição de que informações devem ser enviadas pela operadora aos beneficiários em cumprimento ao estabelecido pela Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015.

- **Informações acerca da negativa de autorização:** é a definição do conjunto mínimo de informações que devem ser enviadas pela operadora aos beneficiários em cumprimento ao estabelecido pela Resolução Normativa nº 319, de 05 de março de 2013.

- **Informações sobre partos:** é a definição do conjunto de informações que devem ser fornecidas pelas operadoras às beneficiárias em cumprimento ao estabelecido pela Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015.

Processo de monitoramento da qualidade dos dados incorporados na ANS:

- **Monitoramento da qualidade dos dados:** é rotina de identificação dos lançamentos que estão em desacordo com os critérios de qualidade definidos pela ANS.

Importante frisar que a comprovação de recebimento das mensagens abaixo é realizada pelo número de protocolo gerado pela operadora, seguido da relação dos números de guias enviadas pelo prestador e do respectivo número de guia gerado pela operadora quando for o caso:

- Mensagem de lote guias
- Mensagem de lote anexos
- Mensagem de recurso de glosas

No Demonstrativo de Análise de Contas devem ser apresentadas todas as guias que compõem o lote enviado pelo prestador. No caso das guias já analisadas pela operadora, devem ser listados apenas os procedimentos e itens assistenciais para os quais houver glosa. No caso das guias que não tiveram a análise concluída, deve ser informada a situação da mesma.



Outras regras operacionais

- A mensagem LoteGuias deve ter, no máximo, 100 guias em cada lote

- A mensagem LoteAnexo deve ter, no máximo, 1 guia em cada lote

- A mensagem RecursoGlosa deve ter, no máximo, 1 guia em cada lote

Uso e vinculação das guias

Abaixo listamos as guias de cobrança de serviços, solicitação de autorização e de comprovante presencial utilizadas no Padrão TISS e suas possibilidades de vinculação com outras guias de cobrança e de solicitação de autorização do padrão. O vínculo entre as guias será realizado pelo número da guia atribuído pelo prestador de serviços.

Guia de Consulta

- **Uso:** Cobrança de consultas eletivas.
- **Vinculação com outras guias:** Não há.

Guia de SP/SADT

- **Uso:**
  - Solicitação de autorização de consultas com ou sem procedimento e/ou itens assistenciais;
  - Solicitação de autorização de procedimentos ou itens assistenciais em paciente não internado;
  - Solicitação de autorização de procedimentos ou itens assistenciais em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado;
  - Cobrança de consultas com ou sem procedimento e/ou despesas;
  - Cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado;
  - Cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado;
  - Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesistas, auxiliares etc) decorrentes dos procedimentos discriminados na guia de SP/SADT, deve ser usado o quadro que identifica os profissionais informando o Grau de Participação de cada profissional no atendimento.

- **Vinculação com outras guias:**
  - O campo "3-Número da Guia Principal" só deve ser utilizado para se referenciar a uma guia de Solicitação de Internação ou à outra guia de SP/SADT;
  - A cobrança das despesas ocorridas durante o procedimento deverá ser feita pelo anexo de outras despesas. Neste caso, no anexo de outras despesas, deve-se informar o número da guia de SP/SADT no campo "2- Número da Guia Referenciada";
  - As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases medicinais, taxas diversas e OPME, decorrentes dos atendimentos informados na guia de SP/SADT, deverão ser detalhadas no anexo de Outras Despesas, cujo campo "2-Número da Guia Referenciada" conterá o número da guia de SP/SADT onde foi feita a cobrança;
  - As solicitações de OPME, Quimioterapia e Radioterapia, decorrentes dos atendimentos informados na guia de SP/SADT deverão ser feitos através de seus respectivos anexos, cujo campo "3-Número da Guia Referenciada" conterá o número da guia de SP/SADT onde foi feita a solicitação.

Solicitação de Internação

- **Uso:** Solicitação de autorização de internação em regime hospitalar e hospital-dia.
- **Vinculação com outras guias:**
  - Deve ser referenciada pela guia de Resumo de Internação;

- Pode ser referenciada pela guia de honorários, anexo de solicitação de OPME, anexo de solicitação de quimioterapia e anexo de solicitação de radioterapia.

Resumo de Internação

- **Uso:**
  - Cobrança de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar; e,
  - A cobrança de honorários dos procedimentos e exames deverá ser realizada por meio da guia de Resumo de Internação quando efetuados diretamente pelo hospital.

- **Vinculação com outras guias:**
  - O campo "3-Número da Guia de Solicitação de Internação" conterá o número da guia de Solicitação de Internação que originou a cobrança;
  - As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas e OPME, decorrentes dos atendimentos deverão ser detalhadas no Anexo de Outras Despesas, cujo campo "2-Número da Guia Referenciada" conterá o número da guia de Resumo de Internação;
  - Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou de outros profissionais, deve ser usada uma guia de honorários. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo "2-Número da Guia Referenciada" contenha o número da guia de Solicitação de Internação.

Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

- **Uso:** Solicitação de prorrogação de internação e de novos procedimentos.
- **Vinculação com outras guias:** No campo "3-Número da Guia de Solicitação de Internação" deve ser informado o número da guia inicial de solicitação da internação mesmo que já tenha sido efetuada alguma cobrança utilizando a guia de Resumo de Internação.

Guia de Honorários

- **Uso:** Cobrança de honorários diretamente pelo profissional.
- **Vinculação com outras guias:** A guia de honorários só pode ser vinculada à guia de Solicitação de Internação.

Anexo de Outras Despesas

- **Uso:** Cobrança de despesas com gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME, taxas, aluguéis e diárias, decorrentes dos atendimentos realizados na guia de SP/SADT e na guia de Resumo de Internação.
- **Vinculação com outras guias:**
  - No campo "2-Número da Guia Referenciada" deve ser informado o número da guia de SP/SADT ou de Resumo de Internação vinculada a esta guia;
  - Este anexo não tem número próprio de guia, ou seja, sempre está vinculada a uma guia referenciada.

Anexo de Solicitação de OPME

- **Uso:** Solicitação de autorização para utilização de órteses, próteses e materiais especiais.
- **Vinculação com outras guias:** No campo "3-Número da Guia Referenciada" deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Anexo de Solicitação de Quimioterapia

- **Uso:** Solicitação de autorização para utilização de tratamento quimioterápico.

- **Vinculação com outras guias:** No campo "3-Número da Guia Referenciada" deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Anexo de Solicitação de Radioterapia
- **Uso:** Solicitação de autorização para utilização de tratamento de radioterapia.
- **Vinculação com outras guias:** No campo "3-Número da Guia Referenciada" deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Guia de Comprovante Presencial
- **Uso:** Comprovação da presença do beneficiário no prestador em referida data através de sua assinatura.
- **Vinculação com outras guias:** No campo "14 – Número da guia principal" deve ser informado o número da guia principal onde será cobrado o atendimento ao beneficiário.

Na tabela abaixo, demonstramos como identificar e proceder a vinculação no XML de forma assertiva, a saber:

Tipo de Guia	Campo	Elemento de dado no XML
SP/SADT	Número da Guia Principal	ans:guiaPrincipal
Solicitação de Prorrogação	Número da Guia de Solicitação de Internação	ans:nrguiaReferenciada ans:numeroGuiaSolicitacaoInternacao ans:guiaSolicInternacao
Resumo de Internação	Número da Guia de Solicitação de Internação	ans:nrguiaReferenciada ans:numeroGuiaSolicitacaoInternacao ans:guiaSolicInternacao
Honorário Individual	Número da Guia de Solicitação de Internação	ans:nrguiaReferenciada ans:numeroGuiaSolicitacaoInternacao ans:guiaSolicInternacao
Anexos de Quimioterapia, Radioterapia, OPME e Outras Despesas	Número da Guia Referenciada	ans:numeroGuiaReferenciada

Formas de remuneração dos eventos de atenção à saúde

Para fins de envio de dados para a ANS, as diferentes formas de remuneração dos eventos de atenção à saúde podem ser classificadas em cinco grupos distintos:

- Pagamento por evento ou procedimento realizado;
- Contratação de prestador ou outra operadora por valor pré-estabelecido;
- Fornecimento de medicamentos e materiais diretamente aos beneficiários;
- Atendimentos em rede própria da operadora, de mesmo CNPJ, em que não há pagamento direto pelos serviços prestados;
- Informação de despesas assistenciais referentes a outras formas de remuneração.

Pagamento por evento ou procedimento: Esta forma de remuneração abrange as situações em que os pagamentos estão diretamente vinculados à realização de procedimentos ou eventos:

- Pagamento aos prestadores por evento ou procedimento realizado: por tabela de preços por procedimento, pacote ou quaisquer outros modelos de precificação baseados na realização de procedimentos;

- Pagamento a operadora intermediária, nos casos de rede indireta ou intercâmbio eventual – incluindo a taxa de intercâmbio paga à operadora intermediária;
- Reembolso aos beneficiários por eventos ou procedimentos realizados por prestadores não credenciados pela operadora.
- Devem ser preenchidos os seguintes blocos da mensagem Envio de dados para ANS, conforme descrito no componente de Conteúdo e Estrutura:

    - Informações do atendimento;
    - Informações de nascimento e óbito;
    - Informações dos procedimentos e itens assistenciais.

Contratação de prestador ou outra operadora por valor pré-estabelecido: Nesta forma de remuneração, a operadora contrata um prestador ou outra operadora para atendimento a um grupo restrito de beneficiários, por determinado período, e paga o valor contratado independentemente da efetiva realização de eventos. Em alguns casos pode haver pagamento adicional por procedimento realizado, a título de complemento ou bonificação.

Cada contratação por valor pré-estabelecido entre a operadora e um prestador ou outra operadora, referente a determinado grupo de beneficiários, deve ter um número que a identifique durante toda a vigência do contrato.

Devem ser preenchidos os seguintes blocos da mensagem Envio de dados para ANS (operadoraParaANS), conforme descrito no componente de Conteúdo e Estrutura:

- Informações de contratação por valor pré-estabelecido;
- Informações do atendimento;
- Informações de nascimento e óbito;
- Informações dos procedimentos e itens assistenciais.

No bloco "Informações de contratação por valor pré-estabelecido", além do número de identificação da contratação (campo "Identificador de contratação por valor pré-estabelecido") e do prestador ou operadora contratada, deve ser informado o valor da cobertura contratada, referente ao período de competência (mês e ano) informado.

Nos blocos "Informações do atendimento", "Informações de nascimento e óbito" e "Informações dos procedimentos e itens assistenciais" devem ser informados os eventos de atenção à saúde, reconhecidos na competência, vinculados à referida contratação por valor pré-estabelecido.

A vinculação entre o bloco "Informações de contratação por valor pré-estabelecido" e os eventos de atenção à saúde informados nos demais blocos se dá pelo campo "Identificador de contratação por valor pré-estabelecido".

Os campos de valor dos blocos "Informações do atendimento" e "Informações dos procedimentos e itens assistenciais" só devem ser preenchidos no caso de pagamento adicional por procedimento realizado, a título de complemento ou bonificação.

IMPORTANTE:
- O "Identificador de contratação por valor pré-estabelecido" deve ser o mesmo para todas as competências, durante a vigência da contratação por valor pré-estabelecido.

- A operadora não deve fazer rateio do valor da cobertura contratada na competência entre os eventos de atenção à saúde reconhecidos. Se não houver valor de complementação ou bonificação para algum procedimento específico, os valores dos blocos "Informações do evento/guia" e "Informações dos procedimentos e itens assistenciais" devem ser preenchidos com ZERO.

Fornecimento de medicamentos e materiais diretamente aos beneficiários: Por disposições contratuais ou por força da regulamentação da ANS, como nos casos dos medicamentos oncológicos de uso domiciliar e dos equipamentos coletores para colostomia, a operadoras têm de fornecer materiais ou medicamentos diretamente a seus beneficiários.

O fornecimento pode ser realizado após compra, pela operadora, do medicamento ou material no mercado, ou através de reembolso, quando o próprio beneficiário adquire o medicamento ou material.

Devem ser preenchidos os seguintes blocos da mensagem Envio de dados para ANS, conforme descrito no componente de Conteúdo e Estrutura:

- Informações do fornecimento;
- Informações dos itens fornecidos.

A cada fornecimento de material ou medicamento devem ser informados: a identificação do beneficiário, da operação, datas e valores do fornecimento, e quantidade e valor dos itens fornecidos.

IMPORTANTE:

Não devem ser informados nestes blocos os materiais (como órteses e próteses, por exemplo) adquiridos pelas operadoras diretamente dos fornecedores e utilizados por prestadores na assistência aos beneficiários. Estes materiais devem ser informados juntamente com os demais itens das respectivas contas médicas.

Atendimentos em rede própria da operadora, de mesmo CNPJ: Nessa situação não há pagamento uma vez que os serviços são prestados pela própria operadora. Entretanto, os atendimentos devem ser identificados e informados à ANS.

Devem ser preenchidos os seguintes blocos da mensagem Envio de dados para ANS (conforme descrito no componente de Conteúdo e Estrutura):

- Informações do atendimento;
- Informações de nascimento e óbito; e,
- Informações dos procedimentos e itens assistenciais.

Os valores informados devem corresponder ao apurado através de rateio dos custos do serviço próprio, conforme o estabelecido no Anexo da RN nº 290 e suas atualizações. Os valores pagos devem ser preenchidos com zero.

Informação de despesas assistenciais referentes a outras formas de remuneração: Essa forma de remuneração abrange todos os eventos de assistência à saúde que devem ser informados à ANS, conforme estabelecido na RN nº 305, que não se enquadrem em nenhuma das formas de remuneração descritas acima.

Deve ser preenchido o seguinte bloco da mensagem Envio de dados para ANS, conforme descrito no componente de Conteúdo e Estrutura:

- Informação de despesas assistenciais referentes a outras formas de remuneração; e,
- Devem ser informadas a identificação do recebedor e os valores informado, de glosa e pago.

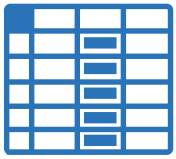


Utilização de código de barras

É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração, para representar o número da guia no prestador. Todavia, se optar por adotar este deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade conforme definição abaixo:

- **Code 39:** é um código unidimensional simples de ser gerado, aceita letras e números e dispensa o uso de dígito verificador (que é usado nos outros padrões para garantir que a leitura foi feita corretamente). O código 3 de 9, além de letras e números, também imprime espaço, $ (cifrão), % (porcentagem), + (mais), | ("pipe"), . (ponto), - (hífen) e / (barra);

- **Alta densidade:** todos os códigos de barras são baseados na mesma dimensão "X". A dimensão "X" é a proximidade das barras ou espaço num código. Designado por "mils" (milésimos de uma polegada) os padrões dos símbolos especificam normalmente um valor mínimo para o valor "X" para garantir a compatibilidade entre os equipamentos de leitura e impressão utilizados em sistemas abertos.
  A dimensão "X" define a densidade de um código de barras, esta se refere à quantidade de informação que pode ser lida no código num determinado espaço, normalmente uma polegada linear. Um código de barras de alta densidade tem números baixos (5 mils), e os de baixa densidade números altos (55 mils). Isto se deve ao fato da representação de cada caractere consistir numa combinação de barras e espaços que são múltiplos do valor "X".
  Quando o valor "X" é baixo, a área necessária para representar cada caractere é menor quando o valor de "X" é maior; desta forma são suportados mais códigos por polegada e diz-se serem de alta densidade. De uma forma semelhante, aumentando a largura de cada elemento ("X") aumenta o espaço necessário para representar cada caractere e reduz-se o número de caracteres por polegada.



Tabelas de domínio

A Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS, consolidada presente no Componente de Representação de Conceitos em Saúde do Padrão TISS, reflete o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, que estão divididos nas tabelas a seguir:

Tabelas de domínio da TUSS para o padrão TISS 3.03.02	Tabelas de domínio da TUSS para o padrão TISS 3.03.02
18 – Diárias, taxas e gases medicinais;	44 – Situação inicial do dente;
19 – Materiais e OPME;	45 – Status da solicitação;
20 – Medicamentos;	46 – Status do cancelamento;
22 – Procedimentos e eventos em saúde;	47 – Status do protocolo;
23 – Caráter do atendimento;	48 – Técnica utilizada;
24 – Código brasileiro de ocupação (CBO);	49 – Tipo de acomodação;
25 – Código de despesa;	50 – Tipo de atendimento;
26 – Conselho profissional;	51 – Tipo de atendimento em odontologia;
27 – Débitos e créditos;	52 – Tipo de consulta;
28 – Dentes;	53 – Tipo de demonstrativo;
29 – Diagnóstico por imagem;	54 – Tipo de evento de atenção à saúde;
30 – Escala de capacidade funcional;	55 – Tipo de faturamento;
31 – Estadiamento do tumor;	56 – Tipo de guia;
32 – Faces do dente;	57 – Tipo de internação;
33 – Finalidade do tratamento;	58 – Tipo de quimioterapia;
34 – Forma de pagamento;	59 – Unidas da federação;
35 – Grau de participação;	60 – Unidade de medida;
36 – Indicador de acidente;	61 – Via de acesso;
37 – Indicador de débito ou crédito;	62 – Via de administração;
38 – Mensagens (glosas, negativas e outras);	63 – Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS;
39 – Motivo de encerramento;	64 – Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS;
40 – Origem do evento de atenção à saúde;	87 – Tabelas de domínio;
41 – Regime de internação;	00 – Tabela própria das Operadoras;
42 – Regiões da boca;	90 – Tabela própria das Operadoras pacotes de odontologia; e
43 – Sexo;	98 – Tabela própria das Operadoras para pacotes de medicina.

Os termos de cada tabela poderão ser consultados, a qualquer tempo, de forma atualizada no portal corporativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no endereço eletrônico: **http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar/padrao-tiss-abril-2017**, fazendo o download do item: Componente de Representação de Conceitos em Saúde (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar).

Padrão TISS: preenchimento das guias



GUIA DE ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Melhor utilização: Anexo utilizado na complementação de informações para concessão de autorização de OPME (órteses, próteses e materiais especiais). No campo "3-Número da Guia Referenciada" deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE óRTESES, PRóTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
			/ /	

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 Solicitadas

	13-Tabela / 21-Registro ANVISA	14-Código do Material	15-Descrição / 22-Referência do material no fabricante	16-Opção / 23-Nº Autorização de Funcionamento	17- Qtde. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtde. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado
01-								
02-								
03-								
04-								
05-								
06-								

24 - Especificação do Material

25- Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação	27- Assinatura do Profissional Solicitante	28- Assinatura do Responsável pela Autorização
/ /		

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	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.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Obrigatório.
Data de autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Nome	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Opção fabr	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Qtde solic	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Valor Unitário Solicitado	Numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
Quantidade autorizada	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Valor unitário 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	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	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	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	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.
Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

Melhor utilização: Anexo utilizado na complementação de informações para concessão de autorização de quimioterapia e sempre estará ligado a uma Guia. No campo "3-Número da Guia Referenciada" deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
			/ /	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome

9 - Peso (Kg)	10 - Altura (Cm)	11 - Superfície Corporal (m²)	12 - Idade	13 - Sexo

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Telefone	16 - E-mail
	( ) -	

Diagnóstico Oncológico

17 - Data do diagnóstico	18-CID10Principal (Opcional)	19-CID10 (2) (Opcional)	20-CID10 (3) (Opcional)	21-CID 10 (4) (Opcional)	29 - PlanoTerapêutico
/ /					

22 – Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG	26 – Tumor	27 – Nódulo	28 – Metástase

30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	31 – Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

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

Tratamentos Anteriores

40- Cirurgia	41 - Data da Realização	42 - Área Irradiada	43 - Data da Aplicação
	/ /		/ /

44-Observação / Justificativa

45- Número de Ciclos Previstos	46 - Ciclo Atual	47-Nº de dias do Ciclo Atual	48-Intervalo entre Ciclos (em dias)	49 - Data da Solicitação	50-Assinatura do Profissional Solicitante	51-Assinatura do Responsável pela Autorização
				/ /		

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
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	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
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 do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a CID- 10	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a CID- 10	Opcional.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a CID- 10	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a CID- 10	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para o início da administração do medicamento	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	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	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem do medicamento	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
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	Integer	2		Número de ciclos previstos no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

Melhor utilização: Anexo utilizado na complementação de informações para concessão de autorização de radioterapia e sempre estará ligado a uma Guia. No campo "3-Número da Guia Referenciada" deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Referenciada

4 -Senha

5 - Data da Autorização

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

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 - ECOG

22 - Finalidade

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização

24 - Informações relevantes

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação

34-Observação/Justificativa

35 - Data da Solicitação

36 - Assinatura do Profissional Solicitante

37 - Assinatura do Autorizador da Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
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	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
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 do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a CID- 10	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a CID- 10	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a CID- 10	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a CID- 10	Opcional.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterapia anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação.	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para o início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para o ínício da administração da radioterapia	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

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

Melhor utilização: Deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção, pequenas cirurgias, terapias, consulta com procedimento, exames, atendimento domiciliar, SADT internado, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva (TRS) ou equipes não médicas terceirizadas participantes da internação (ex: fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia). Compreende os processos de autorização, desde que necessária, e de execução dos serviços. A consulta de referência deve ser preenchida na Guia de SP/SADT. Guia utilizada para autorização e cobrança. Quando a Guia de SP/SADT for:

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

- Guia secundária do atendimento: Poderá estar ligada somente com outra Guia SP/SADT ou com a Guia de Solicitação de Internação e o vínculo deverá ser realizado através do campo número da Guia Principal.

Logo da Empresa

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

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 -Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 – UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica

24-Tabela Aut.	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (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 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R$)	47-Valor Total (R$)
1-			a									
2-			a									
3-			a									
4-			a									
5-			a									

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

48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO

56-Data de Realização de Procedimentos em Série | 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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$) | 62- Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
Nº 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	String	20		Número da guia principal	Condicionado. 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 de autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
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	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 do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
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 etal autorização não puder ser obtida.
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	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Atendimento a RN	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 recémnato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código 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 solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
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	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional	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	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Data da Solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação Clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.
Tabela	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	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	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.
Tipo de Atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de Acidente	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	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.
Motivo de Encerramento do Atendimento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de óbito.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Tabela	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	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Descrição	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimentodo.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Téc	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	Numérico	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	Numérico	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.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Total	Numérico	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.
Grau Part	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	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	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho Profissional	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.
Conselho profissional do executante	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.
UF	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	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	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados.
Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Total de Procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Total de Taxas Diversas 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	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	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	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	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	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Melhor utilização: Guia utilizada na autorização da internação e sempre será uma Guia Principal do atendimento. É o formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação em regime hospitalar, hospital – dia ou domiciliar. Deve ser referenciada pela guia de Resumo de Internação; e pode ser referenciada pela guia de honorários, anexo de solicitação de OPME, anexo de solicitação de quimioterapia e anexo de solicitação de radioterapia.

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 – Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9-Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 – Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 – Previsão de uso de OPME

27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29-CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

	34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 – Qtde Aut
01-					
02-					
03-					
04-					
05-					
06-					
07-					
08-					
09-					
10-					
11-					
12-					

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diarias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
Nº 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 no prestador	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 de autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Obrigatório.
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 do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
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 etal autorização não puder ser obtida.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Atendimento a RN	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 recémnato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
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	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
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	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional	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	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na operadora	String	14		Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário	Obrigatório.
Nome do hospital/local	String	70		Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.
Data sugerida para internação	Date	8	DDMMAAAA	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	Obrigatório.
Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de internação	String	1		Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Qtde diárias	Integer	2		Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório.
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	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	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a CID- 10	Opcional.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a CID- 10	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a CID- 10	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a CID- 10	Opcional.
Indicação de Acidente	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	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	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Data provável da admissão hospitalar	Date	8	DDMMAAAA	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Qtde diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do hospital / local	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código CNES	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	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

GUIA DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

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

Logo da Operadora

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 – Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Conselho Profissional

13 - Número no Conselho

14 – UF

15 - Código CBO

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

17 – Tipo da Acomodação Solicitada

18 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19-Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde Solic	23 – Qtde Aut
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
Nº 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	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	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 de autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
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 do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
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.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional	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	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Qtde. 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	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	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela	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	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	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde. 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	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	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	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.

GUIA DE CONSULTA

Melhor Utilização: Deve ser utilizada exclusivamente na execução de consultas eletivas sem procedimento. Constitui-se no documento padrão para solicitação do pagamento. Não é referenciada e nem referência nenhuma outra Guia do padrão.

Logo da Empresa

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
|___|___|___|___|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira	5 - Validade da Carteira	6 – Atendimento a RN (Sim ou Não)
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|	|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|	|___|

7 – Nome	8 - Cartão Nacional de Saúde
	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Dados do Contratado

9- Código na Operadora	10 - Nome do Contratado	11 - Código CNES
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|___|___|___|___|

12 - Nome do Profissional Executante	13 - Conselho Profissional	14 - Número no Conselho	15 - UF	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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
Nº 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	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 do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
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 etal autorização não puder ser obtida.
Atendimento a RN	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 recémnato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
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 na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	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.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional	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	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Data do Atendimento	Date	8		Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório
Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Obrigatório.
Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Valor do procedimento	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

GUIA DE HONORÁRIOS

Melhor utilização: É o formulário padrão a ser utilizado para a apresentação do faturamento de honorários profissionais prestados em serviços de internação, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional executante. Nas internações, no caso de contas desvinculadas, para cobrança de visitas clínicas, pareceres e honorários da equipe cirúrgica. Guia utilizada na cobrança de honorários da internação e sempre estará vinculada a uma Guia de Solicitação de Internação. Esta guia tem como característica NÃO poder estar ligada a nenhuma outra, exceto à Guia de Solicitação de Internação.

Logo da Empresa

GUIA DE HONORÁRIOS
(Somente para pacientes internados)

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3- Nº Guia de Solicitação de Internação

4 - Senha

5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira

7 - Nome

8 - Atendimento a RN

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Hospital/Local

11-Código CNES

Dados do Contratado Executante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Código CNES

Dados da internação

15 – Data do Início do Faturamento

16 – Data do Fim do Faturamento

Procedimentos Realizados

	17-Data	18-Hora Inicial	19-Hora Final	20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Qtde.	24-Via	25-Tec	26- Fator Red / Acresc	27-Valor Unitário - R$	28-Valor Total – R$
01-												
02-												
03-												
04-												
05-												
06-												
07-												
08-												
09-												

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

29-Seq.Ref	30-Grau Part.	31-Código na Operadora/CPF	32-Nome do Profissional	33-Conselho Profissional	34-Número no Conselho	35-UF	36-Código CBO

37- Observação / Justificativa

38- Valor total dos honorários

39 - Data de emissão

40 - Assinatura do Profissional Executante

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
Nº 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 solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
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 do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Atendimento a RN	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 recémnato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do hospital / local	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Código CNES	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código do contratado	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o o procedimento	Obrigatório.
Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Data início	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Tabela	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	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Descrição	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimentodo.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Téc	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	Numérico	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	Numérico	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	Numérico	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.
Seq. Ref	String	2			

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau Part	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	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	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho Profissional	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.
Conselho profissional do executante	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.
UF	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	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.
Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Valor Total dos Honorários	Numérico	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).

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

Melhor utilização: Guia utilizada na cobrança é o formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação. No caso dos honorários, quando cobrados diretamente pelos profissionais, deve-se utilizar a Guia de Honorário Individual. No caso de SADT quando cobrados diretamente pelos terceirizados deve-se utilizar a Guia de SP/SADT. As guias de Honorário Individual e SP/SADT devem ser ligadas à Guia de Solicitação de Internação. A Guia de Solicitação de Internação deve ser referenciada na Guia de Resumo da Internação.

Logo da Empresa

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7- Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10- Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12-Atendimento a RN

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNES

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento

17 - Tipo de Faturamento

18- Data do Início do Faturamento

19- Hora do Início do Faturamento

20- Data do Fim do Faturamento

21- Hora do Fim do Faturamento

22- Tipo de Internação

23- Regime de Internação

24-CID10Principal (Opcional)

25-CID10(2) (Opcional)

26-CID10(3) (Opcional)

27-CID10 (4)(Opcional)

28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

29 - Motivo de Encerramento da Internação

30-Número da declaração de nascido vivo

31-CID10 óbito(Opcional)

32-Numero da declaração de óbito

33-Indicador D.O. de RN

Procedimentos e Exames Realizados

	34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Téc	43-Fator Red/Acresc	44-Valor Unitário (R$)	45-Valor Total (R$)
01-			a									
02-			a									
03-			a									
04-			a									
05-			a									
06-			a									
07-			a									
08-			a									
09-			a									
10-			a									

Identificação da Equipe

46-Seq.Ref	47-Grau Part.	48-Código na Operadora/CPF	49-Nome do Profissional	50-Conselho Profissional	51-Número no Conselho	52-UF	53-Código CBO

54 - Total de Procedimentos (R$)

55 - Total de Diárias (R$)

56 - Total de Taxase Aluguéis (R$)

57 - Total de Materiais (R$)

58 - Total de OPME (R$)

59 - Total de Medicamentos (R$)

60 - Total de Gases Medicinais (R$)

61 - Total Geral (R$)

62- Data da assinatura do contratado

63- Assinatura do contratado

64-Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

65 – Observações / Justificativa

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
Nº 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 solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.
Data de autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
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	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 do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
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 etal autorização não puder ser obtida.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
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.
Atendimento a RN	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	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o o procedimento	Obrigatório.
Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Data início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início faturamento da guia que está sendo complementada.
Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Obrigatório. Quando o tipo faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início faturamento da guia que está sendo complementada.
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início faturamento da guia que está sendo complementada.
Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do fim do faturamento.	Obrigatório. Quando o tipo faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início faturamento da guia que está sendo complementada.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de internação	String	1		Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a CID- 10	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a CID- 10	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a CID- 10	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a CID- 10	Opcional.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação de Acidente	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	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
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)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
CID10 Óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a CID - 10	Opcional.
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).	Condicionado. 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.
Indicador DO de RN	String	1		Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.	Condicionado. 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	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Tabela	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	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimentodo.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Via	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	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	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório.
Valor Total	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.
Grau Part	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	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 e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Nome do profissional	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Conselho Profissional	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 e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante 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.
UF	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.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CBO	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.
Total de Procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
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	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	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	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	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	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	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

Melhor Utilização: Esta guia estará sempre vinculada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só. É utilizada na cobrança das despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, diárias, OPME, gases e taxas diversas, não informadas na guia principal.

Logo da Empresa

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS

2 – Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 – Código CNES

Despesas Realizadas

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

01-

20-Descrição

02-

20-Descrição

03-

20-Descrição

04-

20-Descrição

05-

20-Descrição

06-

20-Descrição

07-

20-Descrição

08-

20-Descrição

09-

20-Descrição

10-

20-Descrição

21 - Total de Gases Medicinais (R$)

22 - Total de Medicamentos (R$)

23 - Total de Materiais (R$)

24 - Total de OPME (R$)

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)

26 - Total de Diárias (R$)

27 - Total Geral (R$)

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
Nº 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 referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	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.
Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento	Obrigatório.
Código CNES	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.
Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data	Date	8	DDMMAAAA	Data da realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do item assistencial	String	10		Código identificador do item realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimentodo.	Obrigatório.
Unidade de medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Quando não haja redução ou acréscimo no valor do item, o campo deve ser preenchido com 1,00.
Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.
Valor Total	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.
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	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	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.
Descrição	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Total 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	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
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 gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
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.	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
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	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
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 gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
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.

DEMONSTRATIVO DE ANÁLISE DE CONTA

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

Logo da Empresa

DEMONSTRATIVO DE ANÁLISE DE CONTA

2- Nº 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - CNPJ da Operadora	5 - Data de emissão
_____		__.___.___/____-__	__/__/____

Dados do Prestador

6 - Código na Operadora	7- Nome do Contratado	8 - Código CNES

Dados do Lote/Protocolo

9 - Número do Lote	10 - Número do Protocolo	11 - Data do Protocolo	12 - Código da Glosa do Protocolo	13 - Código da Situação do Protocolo
		__/__/____		

Dados da Guia

14 - Número da Guia no Prestador	15 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	16 -Senha

17 - Nome do beneficiário	18 - Número da Carteira

19- Data do Início do Faturamento	20- Hora do Início do Faturamento	21- Data do Fim do Faturamento	22- Hora do Fim do Faturamento	23 – Código da Glosa da Guia	24 - Código da Situação da Guia
__/__/____	__:__	__/__/____	__:__		

	25-Data de realização	26-Tabela	27-Código do procedimento/ Item assistencial	28-Descrição	29-Grau Participação	30-Valor Informado	31-Quant. Executada	32-Valor Processado	33-Valor Liberado	34-Valor Glosa	35-Código da Glosa
1 -	__/__/____										
2 -	__/__/____										
3 -	__/__/____										
4 -	__/__/____										
5 -	__/__/____										
6 -	__/__/____										
7 -	__/__/____										
8 -	__/__/____										
9 -	__/__/____										
10	__/__/____										
11	__/__/____										
12	__/__/____										
13	__/__/____										
14	__/__/____										
15	__/__/____										
16	__/__/____										

Total da Guia

36 - Valor Informado da Guia (R$)	37 - Valor Processado da Guia (R$)	38 - Valor Liberado da Guia (R$)	39 - Valor Glosa da Guia (R$)

Total do Protocolo

40 - Valor Informado do Protocolo (R$)	41 - Valor Processado do Protocolo (R$)	42 - Valor Liberado do Protocolo (R$)	43 - Valor Glosa do Protocolo (R$)

Total Geral

44 - Valor Informado Geral (R$)	45 - Valor Processado Geral (R$)	46 - Valor Liberado Geral (R$)	47 - Valor Glosa Geral (R$)

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (SERVIÇO SOCIAL SEPACO: 420077).	Obrigatório.
CNPJ Operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	String	7		Código do prestador 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.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do protocolo	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.
Código da situação do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a guia referida.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Data do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Data final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do fim do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da guia.
Código da situação da guia	String	1		Código do status da guia, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento / item realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Descrição	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.
Valor informado	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Qtde executada	Numérico	4,4		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor processado	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor liberado	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor glosa	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor informado da guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.
Valor processado da guia	Numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.
Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia.	Obrigatório.
Valor glosa da guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote.	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	Numérico	8,2		Valor do protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote.	Obrigatório.
Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado do protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.
Valor informado geral	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor processado geral	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor liberado geral	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor glosa geral	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado nos protocolos ou guias apresentados no demonstrativo.

GUIA DE RECURSO DE GLOSA

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

Logo da Empresa

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora

Dados do Contratado

6- Código na Operadora	7 - Nome do Contratado

Dados do recurso do protocolo

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

Dados do recurso da guia

13- Número da guia no prestador	14- Número da guia atribuído pela operadora	15-Senha

16-Código da glosa da guia	17-Justificativa (no caso de recurso integral da guia)	18 - Acatado

Dados do recurso do procedimento ou item assistencial

	19-Data de realização da glosa	20-Data final período	21-Tabela	22-Procedimento/Item assistencial	23-Descrição	24-Grau de Participação	25-Código	26-Valor Recursado	27-Justificativa do Prestador	28-Valor Acatado	29-Justificativa da Operadora
01-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											

30 - Valor Total Recursado (R$)	31 - Valor Total Acatado (R$)

32 - Data do Recurso	33 - Assinatura do Contratado	34 - Data da Assinatura da Operadora	35 - Assinatura da Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	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.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1.
Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1.
Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2 e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data inicial/ data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Data final do período	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento / item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Grau de participação	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.
Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa do Prestador	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Justificativa da Operadora	String	150		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
CNPJ Operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	String	7		Código do prestador 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.
Data do pagamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Forma de Pagamento	String	1		Código da forma como será efetuado o pagamento dos serviços ao prestador, conforme tabela de domínio nº 34.	Obrigatório.
Banco	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Data do protocolo	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Valor Informado	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Processado	Numérico	8,2		Valor do lote/protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor Liberado	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da Glosa	Numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado na data de pagamento.
Valor Total Informado por Data de Pagamento	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total processado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Liberado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Glosa por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Descrição do Débito/Crédito	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados por data de pagamento	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Valor	Numérico	6,2		Valor dos débitos ou créditos complementares à conta por data de pagamento	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Valor total de demais débitos por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de demais créditos por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta por data de pagamento. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados na data de pagamento.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor Final a Receber por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem a data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Informado	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor total processado	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor Total Liberado	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor Total Glosa	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Descrição do Débito/Crédito	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Valor	Numérico	6,2		Valor dos débitos ou créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Valor Total de Demais Débitos	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor Total de Demais Créditos	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor Final a Receber	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem o demonstrativo.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

GUIA DE COMPROVANTE PRESENCIAL

Melhor Utilização: Somente em meio físico (papel), para comprovação de presença do beneficiário no prestador em referida data através de sua assinatura.

Logo da Empresa

GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL

2 - Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

Dados do Contratado

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 - Código CNES

6 - Nome do Profissional Executante

7 - Conselho Profissional

8 - Número no Conselho

9 - UF

10 - Código CBO

Beneficiários

	11 - Data do atendimento	12-Número da carteira	13-Nome do Beneficiário	14-Número da Guia Principal	15-Assinatura
01	/ /				
02	/ /				
03	/ /				
04	/ /				
05	/ /				
06	/ /				
07	/ /				
08	/ /				
09	/ /				
10	/ /				
11	/ /				
12	/ /				
13	/ /				
14	/ /				
15	/ /				
16	/ /				
17	/ /				
18	/ /				
19	/ /				
20	/ /				
21	/ /				
22	/ /				
23	/ /				
24	/ /				
25	/ /				

16-Data / /

17- Assinatura do Contratado

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	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	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data do atendimento				Data em que o atendimento / procedimento foi realizado	Obrigatório.
Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Assinatura				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de Assinatura do Contratado	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.



- **Para as Operadoras**

RN 305 – Art. 28. A inobservância à obrigação prevista no art. 26 desta Resolução configurará a infração administrativa prevista no artigo 35 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

RN 124 -Art. 35. Deixar de enviar à ANS ou enviar, fora do prazo previsto na regulamentação, documento ou informação periódica:
Sanção - multa de R$ 25.000,00
§ 1º Para efeito do previsto no caput deste artigo, somente serão considerados os envios das informações periódicas remetidas em atendimento aos normativos vigentes.
§ 2º A multa será individualizada por documento ou informação periódica não encaminhada ou encaminhada fora do prazo.
§ 3º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada, por período superior ao previsto no §2º do art. 17 desta Resolução, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, na forma prevista nesta Resolução Normativa.
§ 4º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada por períodos sucessivos, a multa prevista no caput será acrescida de 1/5 (um quinto) por período não encaminhado e/ou encaminhados em caráter intempestivo

RN 305 – Art. 29. A inobservância ao padrão previsto nesta Resolução e nas Instruções Normativas que a regulamentam, e ao prazo limite para implantação do Padrão TISS estabelecido no art. 25, configurará a infração administrativa prevista no artigo 44 da RN nº 124, de 30 de março de 2006.

RN 124 – Art. 44. Deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários:
Sanção – advertência; multa de R$ 35.000,00.

RN 124 – Art. 48. Deixar de escriturar os registros contábeis ou os registros auxiliares obrigatórios ou escriturá-los em desacordo com a regulamentação da ANS:
Sanção – advertência; multa de R$ 80.000,00.

RN 124 – Art. 37. Encaminhar à ANS os documentos ou as informações devidas, contendo incorreções ou omissões:
Sanção – advertência; multa de R$ 10.000,00.

RN 124 – Art. 38. Fornecer à ANS, exceto na hipótese do art. 33, informações ou documentos falsos ou fraudulentos:
Sanção - multa de R$ 100.000,00; suspensão do exercício de cargo por 180 (cento e oitenta) dias.

■ **Para os Prestadores**

Lei 9.961/2000 – Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde, que operam os produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, doravante denominadas operadoras, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados, quando violarem os contratos de planos privados de assistência à saúde ou a legislação do mercado de saúde suplementar, estão sujeitos às penalidades instituídas pela Lei nº 9.656 de 1998, e graduadas nesta Resolução, sem prejuízo da aplicação das sanções de natureza civil e penal cabíveis, conforme especificado.
§ 1º Incluem-se na abrangência desta Resolução todas as pessoas jurídicas de direito privado, independentemente de sua forma de constituição, definidas na Lei nº 9.656 de 1998, e na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, inclusive seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados e os prestadores de serviços de saúde.

RN 124 – Art. 2º Para efeitos desta Resolução, os infratores da legislação a que está submetida a atividade de operação de planos privados de assistência à saúde estarão sujeitos às seguintes sanções administrativas:
(...)
II - multa pecuniária;
§2º Aos prestadores de serviço de saúde é aplicável a sanção prevista no inciso II.

Considerações finais

Ante o exposto, conclui-se que a falta de atenção ao preenchimento correto do arquivo eXtensible Markup Language – XML, afeta a saúde lato sensu no Brasil, e seus impactos poderão ser refletidos em todas as esferas. Por exemplo, o beneficiário que possui seu prestador de confiança e este é substituído em razão do não cumprimento das obrigações acessórias; ou o beneficiário que tem de trocar de Operadora, pois, devido ao rigor punitivo da Agência Reguladora esta tornou-se insolvente, entrando em liquidação extrajudicial.

Também refletem nos próprios prestadores que têm suas contas glosadas à medida que encaminham o faturamento viciado, gerando retrabalho na tentativa do recurso da glosa. Neste processo, o prestador vivência prejuízos de ao menos 30 (trinta) dias, em virtude do não pagamento de sua remuneração, que é devida e encontra-se sobrestada por burocracias meramente administrativas.

Consequentemente, o atual descaso atrasa o desenvolvimento do setor e passa a aumentar ainda mais a discrepância dos entes, ao passo que os prestadores que buscaram aperfeiçoar os processos e que, atualmente, detém o conhecimento, fatalmente, passaram a ser majoritariamente demandados em relação aos que estão estagnados. Trata-se, portanto, de fator inerente à sustentabilidade do nosso negócio.

Como um exemplo, a Dra. Martha Regina de Oliveira, quando lotada na função de Diretora Presidente da ANS, assim se posicionou à revista Saúde Bussiness em 27 de julho de 2015:

Saúde Business: com 15 anos da criação da agência, o número de operadoras médico-hospitalares diminuiu de 1380 para 873, mas ainda é um número expressivo, pois oferece atendimento a mais 50 milhões de pessoas. Na sua avaliação, o segmento continuará o movimento de consolidação? Como o órgão atua para garantir a concorrência das empresas?

Martha Oliveira: Na verdade, o movimento mais importante no setor é o de qualificação. Qual seria o número certo de operadoras? Não sabemos. Depois desses 15 anos, temos vários estudos que mostram o comportamento do setor e o que é necessário para se ter viabilidade. Agora, mais do que tudo, é importante ter qualidade. Se o movimento necessário para isso será o da diminuição de operadoras ou não, se será o de concentração, ainda não temos essa resposta. Queremos que permaneçam no mercado as operadoras que sejam sustentáveis, viáveis e que tenham qualidade. Esse é o nosso mote e é dessa maneira que estamos trabalhando. "

Considerando que após o fechamento de mais de 63% (sessenta e três por cento) das Operadoras de planos privados de assistência à saúde nos últimos 15 (quinze) anos, a presidente em exercício à época fala que a ANS não se preocupa com a quantidade de entidades, mas que as que estiverem no mercado possuam qualidade, certificação, mensuração, controle e sustentabilidade.

Com isso, convido a observar o cenário da saúde suplementar nos dias de hoje, as técnicas são menos invasivas que anteriormente, a robótica é uma realidade que vem se sedimentando, há a inclusão de novas tecnologias diariamente, as estruturas e aparatos hospitalares estão em harmonia, inclusive os players contam com soluções em Cloud Computing, popularmente conhecido como computação em nuvem. Entretanto, questiono: quais foram as mudanças significativas em seu processo, neste mesmo período?

Esperamos ter correspondido às expectativas e trazido informações necessárias para efetivamente implementar as Boas Práticas na Troca de Informação na Saúde Suplementar.

Com todas as vênias possíveis, almejamos que este documento tenha condão de cativar a força e a coragem necessária para enfrentar as barreiras das mudanças. Neste passo, já aproveitando o ensejo, provoco-os a revisitar o último arquivo XML encaminhado à Operadora ou à ANS. Ele está em paridade com este manual? Existem ajustes pendentes nos processos? Há oportunidades de melhorias? Se sim; quais serão os próximos passos para o progresso e adequação do arquivo transacionado?

Por fim, ao encerrar este Manual convido a examinar a citação infra disponibilizada, que pode significar muito sobre este tema, a saber:

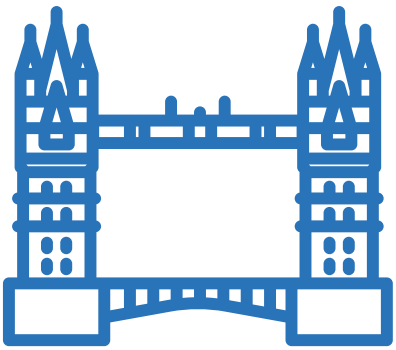
"Insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes."

A expressão, particularmente, demonstra eloquência, pois, assim como na matemática, se não houver mudanças nos fatores, consequentemente, não se altera o produto.

Esta brilhante expressão está atribuída imprecisamente ao físico alemão Albert Einstein. Por este ângulo, além da essência que remete o texto, a peculiaridade do caso que trago à luz é que ao observar em rápida consulta ao site de pesquisa Google, 104.000 (cento e quatro mil) resultados que relacionam o desenvolver da teoria da relatividade geral à frase.

Isto quer dizer que o conteúdo, sem comprovação alguma que foi expressamente proferida pelo ilustre pai da física, foi replicado por milhares de pessoas sem ao menos algum tipo de conferência de sua veracidade.

À face do exposto, se, após a leitura deste Manual estamos realmente dispostos a romper com as rotinas imperfeitas na troca de informação, entendo que: questionar, checar as fontes, ir a fundo e esgotar as possibilidades com vistas a buscar as melhores práticas do processo, são itens essenciais em nossa nova rotina, para, assim sendo, alterar os fatores e, com isso, obter resultados diferentes no produto final.



Que o abismo que se intensificou outrora entre prestadores de serviços em saúde e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, a partir de agora, seja o plano de fundo perfeito para a construção da mais sólida ponte.

Fred Isse


Sepaco
Saúde