

PADRÃO TISS

conteúdo & **estrutura**

outubro 2012

 **ANS** Agência Nacional de
Saúde Suplementar



Índice

Parte I - Lista das mensagens padronizadas	5
Parte II - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde	9
Cabeçalho das mensagens	11
Verificação de elegibilidade	13
Resposta à verificação de elegibilidade	14
Comunicação de internação ou alta do beneficiário	16
Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário	17
Solicitação de autorização para realização de procedimentos	19
Autorização para realização de procedimentos	31
Solicitação de status de autorização	44
Situação do status de autorização	45
Envio de lote de anexos	55
Recebimento de lote de anexos	65
Envio de lote de guias para cobrança	76
Recebimento de lote de guias de cobrança	101
Solicitação de status do protocolo	108
Situação do protocolo de cobrança	109

Índice

Parte II - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde (continuação)	
Solicitação de cancelamento de guia	117
Resposta a solicitação de cancelamento da guia	118
Recurso de glosa	119
Recebimento do recurso de glosa	125
Resposta ao recurso de glosa	128
Solicitação de status do recurso de glosa	136
Solicitação de demonstrativos de retorno	137
Demonstrativos de retorno para o prestador	138
Parte III - Mensagem entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	154
Parte IV - Envio de dados das operadoras de planos privados de assistência à saúde para beneficiários de planos de saúde	173
Parte V - Formulários do Plano de Contingência	182

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte I - Lista das mensagens padronizadas

Relação das mensagens padronizadas

Verificação de elegibilidade
Resposta à verificação de elegibilidade
Solicitação de autorização para realização de procedimentos
Autorização para realização de procedimentos
Envio de lote de anexos
Recebimento de lote de anexos
Solicitação de status de autorização
Situação do status de autorização
Envio de lote de guias para cobrança
Recebimento de lote de guias de cobrança
Solicitação de status do protocolo
Situação do protocolo de cobrança
Recurso de glosa
Recebimento do recurso de glosa
Resposta ao recurso de glosa
Solicitação de status do recurso de glosa
Solicitação de demonstrativos de retorno
Demonstrativos de retorno para o prestador
Comunicação de internação ou alta do beneficiário
Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário
Solicitação de cancelamento de guia

Relação das mensagens padronizadas

Resposta a solicitação de cancelamento da guia

Envio de dados para ANS

Envio de dados para o beneficiário

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte II - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde

Legenda do Cabeçalho das Mensagens

Cabeçalho das mensagens

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação da mensagem					
Tipo de transação	String			Nome do tipo de transação.	Obrigatório.
Sequencial da transação	String	12		Identificador da transação eletrônica	Obrigatório.
Data de registro da transação eletrônica	Date	8	DDMMAAAA	Data de registro da transação eletrônica	Obrigatório.
Hora de registro da transação	Time	8	HH:MM:SS	Hora de registro da transação eletrônica	Obrigatório.
Código da mensagem de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Versão do padrão	String	7		Versão do Padrão TISS em que a transação está ocorrendo	Obrigatório.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Login	String	20		Login do prestador de serviços que está encaminhando a mensagem na operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador consumir webservice da operadora sem a utilização de certificado digital.
Senha	String	20		Senha do prestador de serviços que está encaminhando a mensagem na operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador consumir webservice da operadora sem a utilização de certificado digital.
Identificação da origem da mensagem					
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.

Legenda do Cabeçalho das Mensagens

Cabeçalho das mensagens

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.
Identificação do destino da mensagem					
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Verificação de Elegibilidade (verificaElegibilidade)

Mensagem : Verificação de elegibilidade (verificaElegibilidade) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário.	Opcional.
Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso a informação conste na carteira do beneficiário.

Legenda da Mensagem de Resposta à Verificação da Elegibilidade (respostaElegibilidade)

Mensagem : Resposta à verificação de elegibilidade (respostaElegibilidade) - Fluxo : Operadora para Prestador

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.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso a informação conste na carteira do beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Indicador de elegibilidade	String	1		Indicador da elegibilidade do beneficiário para a realização do procedimento.	Obrigatório. Preencher com S -sim caso o beneficiário esteja elegível e com N -não em caso contrário.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando o indicador de elegibilidade for igual a N-não, para informar o motivo de negativa da elegibilidade.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicional. Deve ser preenchido quando o indicador de elegibilidade for igual a N-não, para informar o motivo de negativa da elegibilidade.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando o indicador de elegibilidade for igual a N-não, para informar o motivo de negativa da elegibilidade.

Legenda da Mensagem de Resposta à Verificação da Elegibilidade (respostaElegibilidade)

Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o indicador de elegibilidade for igual a N-não, para informar o motivo de negativa da elegibilidade.
---------------------------------	--------	-----	--	----------------------------------	---

Legenda da Mensagem de Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário (comunicação Internação)

Mensagem : Comunicação de internação ou alta do beneficiário (comunicacaoInternacao) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome 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.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data do evento	Date	8	DDMMAAAA	Data de ocorrência do evento (data da internação ou data da alta)	Obrigatório.
Tipo do evento	String	1		Tipo de evento referente à comunicação (internação ou alta)	Obrigatório.
Motivo de encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta à Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário (reciboComunicação)

Mensagem : Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário (reciboComunicacao) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Status do comunicado	String	1		Indica o status do comunicado de internação ou encerramento da internação do beneficiário.	Obrigatório. Preencher com S-sim caso o comunicado do prestador tenha sido processado corretamente ou N-não em caso contrário.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data do evento	Date	8	DDMMAAAA	Data de ocorrência do evento (data da internação ou data da alta)	Obrigatório.
Tipo do evento	String	1		Tipo de evento referente à comunicação (internação ou alta)	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta à Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário (reciboComunicação)

Mensagem : Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário (reciboComunicacao) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Motivo de encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o status do comunicado enviado pelo prestador for igual a N-não, para informar o motivo de negativa do comunicado.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa à comunicação encaminhada pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o status do comunicado enviado pelo prestador for igual a N-não, para informar o motivo de negativa do comunicado.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Solicitação de SP/SADT					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicional. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicional. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	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.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Solicitação de Internação					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Código do contratado solicitado na operadora	String	14		Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário	Obrigatório.
Nome do hospital / local solicitado	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.
Quantidade de diárias solicitadas	Integer	2		Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório.
Indicador de previsão de uso de OPME	String	1		Indica se há previsão de utilização de OPME na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso destes materiais.
Indicador de previsão de uso de quimioterápico	String	1		Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na Operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Quantidade de diárias adicionais solicitadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.
Tipo da acomodação solicitada	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 de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
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.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Solicitação de Tratamento Odontológico					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicional. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS	Obrigatório.
Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Telefone do beneficiário	String	11		Número do telefone do beneficiário	Obrigatório.
Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicional. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Número no CRO do solicitante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.	Condicional. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número no CRO do contratado executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.
UF do conselho do prestador contratado executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	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.
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 Executante for pessoa jurídica.
Número no CRO do profissional executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido no caso da realização do procedimento já ter acontecido no momento da solicitação
Data de término do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
Tipo de atendimento em odontologia	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.
Total de unidades de serviços	Numérico	6,2		Somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor total de procedimentos	Numérico	6,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de franquia da guia	Numérico	6,2		Valor total da franquia/co-participação correspondendo ao somatório do valor da franquia/co-participação dos procedimentos executados	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na <u>mensagem enviada pelo prestador</u>
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na <u>mensagem enviada pelo prestador.</u>

Autorização para Internação

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de <u>serviços.</u>	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida <u>pela operadora.</u>	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	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 <u>operadora</u>	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
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.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Quantidade de diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do hospital / local autorizado	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	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.
Autorização de outros serviços					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	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.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	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.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
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.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7		Código do prestador autorizado 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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Autorização para tratamento odontológico					
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 guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
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.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais autorizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	2		Quantidade autorizada pela operadora de um mesmo procedimento ou item assistencial	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento autorizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento autorizado	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização para prorrogação de internação ou complementação do tratamento					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	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 quando a autorização da operadora for 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 carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
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.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7		Código do prestador autorizado 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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
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.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade autorizada pela operadora de um mesmo procedimento ou item assistencial	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Quantidade de diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
Tipo da acomodação autorizada	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.

Legenda da Mensagem de Resposta da Autorização para Realização de Procedimentos (autorizaçãoServiços)

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.

Legenda da Mensagem de Solicitação do Status da Autorização (solicitaStatusAutorização)

Mensagem : Solicitação de status de autorização (solicitaStatusAutorização) - Direção : Prestador para 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.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário.	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situaçãoAutorização)

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Autorização de serviços					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
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
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.
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 carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situaçãoAutorização)

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do contratado autorizado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador autorizado.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o profissional não tenha ainda o código do CNES, deve informar 99999999.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situaçãoAutorização)

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório. Caso não autorizado deve ser preenchido com zero.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Obrigatório.
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situaçãoAutorização)

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Autorização de prorrogação					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da 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	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situaçãoAutorização)

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicional. 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.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do contratado autorizado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador autorizado.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o profissional não tenha ainda o código do CNES, deve informar 99999999.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situaçãoAutorização)

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório. Caso não autorizado deve ser preenchido com zero.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situaçãoAutorização)

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Obrigatório.
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
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.
Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório. Caso não autorizado deve ser preenchido com zero.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situaçãoAutorização)

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização de odontologia					
Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal a que se refere a solicitação.	Obrigatório.
Número da guia principal de tratamento odontológico na operadora	String	20		Número da guia principal a que se refere a solicitação.	Obrigatório.
Data da 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	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.
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.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situaçãoAutorização)

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do contratado autorizado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador autorizado.	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 procedimento autorizado	String	10		Código identificador do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região do dente	String	4		Identificação da região do dente, conforme tabela de domínio nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	2		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório. Caso não autorizado deve ser preenchido com zero.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situaçãoAutorização)

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de unidades de serviço	Númérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor do procedimento solicitado ou realizado	numérico	6,2		Valor do procedimento solicitado ou realizado pelo prestador	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Anexos (loteAnexos)

Mensagem : Envio de lote de anexos (loteAnexos) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Anexo de OPME					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Anexos (loteAnexos)

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.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Email do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Especificação do material solicitado	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor do unitário material solicitado	Numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Obrigatório.
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Anexos (loteAnexos)

Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Anexo de Quimioterapia					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
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.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome 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.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Anexos (loteAnexos)

Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
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.
Email do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Anexos (loteAnexos)

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.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Obrigatório.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para 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.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	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		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Anexos (loteAnexos)

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.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Anexo de Radioterapia					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
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 quando a autorização da operadora for 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 quando a autorização da operadora for 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.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Anexos (loteAnexos)

Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome 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.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
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 solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Email 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 Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Anexos (loteAnexos)

Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	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.	Obrigatório.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Anexos (loteAnexos)

Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
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 dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Anexo de Situação Inicial em Odontologia					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Anexos (loteAnexos)

Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Obrigatório.
Situação dentária inicial	String	1		Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo com a tabela de domínio nº 44.	Obrigatório.
Sinais clínicos de doença periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Obrigatório.
Indicador de alteração dos tecidos moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.

Informações do lote

Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data de envio do lote de anexos	Date	8	DDMMAAAA	Data de envio do lote de anexos para a operadora.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Quantidade de anexos clínicos	Integer	3		Número de anexos clínicos que compõem o lote	Obrigatório.

Anexo de OPME

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
-----------------------------	--------	----	--	--	--------------

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da 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	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicional. 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.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	70		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do material	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do unitário material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Obrigatório.
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Anexo de Quimioterapia					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	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.
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 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.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
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.
Email do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
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.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Obrigatório.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	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		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Anexo de Radioterapia					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
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.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Email 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 Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
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.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.	Obrigatório.
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.
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.
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 quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	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 procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
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 dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Guias de SP/SADT					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicional. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. 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	Condicional. 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.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo
Nome do contratado solicitante	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.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicional. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	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.
Tipo de atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de óbito.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	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 da realização do procedimento	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 de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Código do procedimento realizado	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 do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via de acesso	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.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	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 do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	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 por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	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 de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s) e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
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 sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.
Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados.
Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Resumo de Internação					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia de solicitação de Internação	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicional. 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.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	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.
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 na guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Obrigatório.
Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento	Obrigatório.
Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Número da Declaração de Nascido Vivo	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.
Diagnóstico de óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Número da Declaração de Óbito	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 de declaração de óbito de recém-nato.	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 de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Obrigatório.
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Condicional. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicional. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.
Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	Condicional. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicional. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicional. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Valor do 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 observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Honorário Individual					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia de 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 fornecida pela operadora	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	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.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento	Obrigatório.
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1.00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
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).
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de emissão da guia	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Consulta					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
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.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome 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.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	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.
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 do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	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.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Tratamento Odontológico					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicional. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.	Obrigatório.
Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Telefone do beneficiário	String	11		Número do telefone do beneficiário	Obrigatório.
Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicional. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número no CRO do solicitante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número no CRO do contratado executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.
UF do conselho do prestador contratado executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	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.
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 Executante for pessoa jurídica.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número no CRO do profissional executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Data de término do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
Tipo de atendimento em odontologia	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado na guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Total de unidades de serviços	Numérico	8,2		Somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de franquia da guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Outras Despesas					
Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio n° 25.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio n° 87.	Obrigatório.
Código do item assistencial utilizado	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Quantidade do item assistencial utilizado	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Unidade de Medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio n° 60.	Condicional. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1,00.

Legenda da Mensagem de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.
Valor total dos itens assistenciais utilizados	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Código de referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Descrição do item assistencial utilizado	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Informações do Lote					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	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.
Data de envio do lote de guias de cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data de envio do lote de guias de cobrança para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Valor total do protocolo	numérico	8,2		Valor total do protocolo enviado 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.
Descrição da glosa do protocolo	String	500		Descrição do motivo de glosa do protocolo.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da glosa do protocolo	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 sempre que houver algum motivo de glosa.
Informações das guias médicas					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
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.
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.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	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.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da 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 liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
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.
Valor da 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.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Opcional.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	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.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	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.
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Valor total dos procedimentos realizados	numérico	6,2			Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	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 glosa do procedimento ou item assistencial	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Informações das guias odontológicas					

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
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.
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.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	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 da 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 liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
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.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da 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.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio n° 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	String	10			Obrigatório.
descrição do procedimento realizado	String	150			Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio n° 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região do dente	String	4		Identificação da região do dente, conforme tabela de domínio n° 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio n° 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
quantidade do procedimento	Integer	2			Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor do procedimento realizado	numérico	6,2			Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação do Status do Protocolo (solicitacaoStatusProtocolo)

Mensagem : Solicitação de status do protocolo (solicitacaoStatusProtocolo) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador para o qual está sendo solicitado o status.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo de Cobrança (situaçãoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo de cobrança (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Informações do Protocolo					
Código da mensagem de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de retorno	String	500		Descrição da mensagem de retorno	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Status do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	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.
Data de envio do lote de guias de cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data de envio do lote de guias de cobrança para a operadora.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo de Cobrança (situaçãoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo de cobrança (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado do protocolo	numérico	8,2		Valor do lote 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/protocolo	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados 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 processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Informações das guias médicas					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo de Cobrança (situaçãoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo de cobrança (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	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 da 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 liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
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.
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo de Cobrança (situaçãoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo de cobrança (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da glosa do procedimento	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	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.
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	numérico	3,2		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo de Cobrança (situaçãoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo de cobrança (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Via de acesso	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.
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Valor total por procedimento realizado	numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e	Obrigatório.
Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Condicionado. Deve ser preenchido na cobrança de outros itens de despesa.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1,00.
Código da glosa do procedimento	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 glosa do procedimento ou item assistencial	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Informações das guias odontológicas					

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo de Cobrança (situaçãoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo de cobrança (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	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 da glosa da guia	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Valor liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo de Cobrança (situaçãoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo de cobrança (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região do dente	String	4		Identificação da região do dente, conforme tabela de domínio nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor total por procedimento realizado	numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados e o valor unitário.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo de Cobrança (situaçãoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo de cobrança (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da franquia do procedimento	numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Descrição da glosa do procedimento ou item assistencial	String	500		Descrição do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Valor da glosa do procedimento	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Cancelamento de Guia (cancelaGuia)

Mensagem : Solicitação de cancelamento de guia (cancelaGuia) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de guia	String	1		Identificador do tipo de guia a que se refere o cancelamento conforme tabela de domínio nº 56	Obrigatório.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número do protocolo cobrança no qual a guia foi encaminhada para a operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso o tipo de guia seja igual a 2 - Faturamento.

Legenda da Mensagem de Resposta a Solicitação de Cancelamento de Guia (reciboCancelaGuia)

Mensagem : Resposta a solicitação de cancelamento de guia (reciboCancelaGuia) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Tipo de guia	String	1		Identificador do tipo de guia a que se refere o cancelamento conforme tabela de domínio nº 56.	Obrigatório.
Status do cancelamento	String	1		Indicador do status do cancelamento, conforme tabela de domínio nº 46.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Recurso de Glosa					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	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 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.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	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.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	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.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	Obrigatório.
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 do prestador para recurso da glosa da guia	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.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
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 de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	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 do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	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.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa do procedimento	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 para recurso da glosa do procedimento	String	450		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 total recursado	Numérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Recurso de Glosa Odontológica					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	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.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	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.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	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.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
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.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	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.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	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 do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	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.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	450		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 total recursado	Numérico	8,2		Valor total apresentado de recurso	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Recurso de Glosa (recebimentoRecursoGlosa)

Mensagem : Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na <u>mensagem enviada pelo prestador</u>
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na <u>mensagem enviada pelo prestador.</u>
Protocolo de Recebimento					
Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias de recurso de glosa encaminhado pelo <u>prestador.</u>	Obrigatório.
Data do envio do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi enviado pelo <u>prestador.</u>	Obrigatório.
Data do recebimento do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi recebido pela <u>operadora.</u>	Obrigatório.
Número do lote de cobrança a qual se refere o recurso de glosa	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que <u>executou o procedimento.</u>	Obrigatório.
Número do protocolo de cobrança ao qual se refere o recurso	String	12		Número do protocolo de cobrança ao qual se refere o recurso de glosa.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Recurso de Glosa (recebimentoRecursoGlosa)

Mensagem : Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	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.
Número total de guias enviadas para recurso	Integer	3		Número total de guias enviadas para recurso	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	Obrigatório.
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 do prestador para recurso da glosa da guia	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.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
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 de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Recurso de Glosa (recebimentoRecursoGlosa)

Mensagem : Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	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 para recurso da glosa do procedimento	String	450		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.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor Total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na <u>mensagem enviada pelo prestador</u>
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na <u>mensagem enviada pelo prestador.</u>
Recibo de glosa					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de <u>Saúde Suplementar (ANS)</u>	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador <u>de serviços.</u>	Obrigatório.
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 <u>prestador.</u>
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	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 <u>Recurso de Guia.</u>
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	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.
Resposta ao recurso do protocolo	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	Obrigatório.
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 do prestador para recurso da glosa da guia	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.
Valor total recusado	Numérico	8,2		Valor Total das guias ou dos procedimentos Glosados acatados pela Operadora.	Obrigatório.
Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor Total das guias ou dos procedimentos glosados acatados pela Operadora.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor Total das guias ou dos procedimentos glosados acatados pela Operadora.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	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 realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
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 de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº38.	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.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	450		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 para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	450		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 Glosados acatados pela Operadora.	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Resposta ao recurso da guia	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Recibo de glosa odontológica					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
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 identifica a guia no prestador.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Objeto do recurso de glosa	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.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	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.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	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.
Resposta ao recurso do protocolo	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 a conta.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio n° 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Resposta ao recurso da guia	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes n° 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões n° 42	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio n° 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio n° 87.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	450		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.
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	450		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 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)
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Valor total acatado	Numérico	8,2		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)

Status do recurso de glosa

Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias de recurso de glosa encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
--	--------	----	--	--	--------------

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do envio do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi enviado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do recebimento do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi recebido pela operadora.	Obrigatório.
Número do lote de cobrança a qual se refere o recurso de glosa	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora, ao qual se refere o recurso de glosa.	Obrigatório.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do protocolo da situação do recurso de glosa	String	12		Número do protocolo dado pela operadora à solicitação da situação do recurso de glosa.	Obrigatório.
Data da situação do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data na qual a situação do recurso de glosa está sendo informada pela operadora.	Obrigatório.
Status da solicitação do recurso de glosa	String	1		Status da solicitação do recurso de glosa.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação do Status do Recurso de Glosa (solicitaStatusRecursoGlosa)

Mensagem : Solicitação de status do recurso de glosa (solicitaStausRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número do protocolo de envio do recurso de glosa	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Demonstrativo de Retorno (solicitaçãoDemonstrativoRetorno)

Mensagem : Solicitação de demonstrativos de retorno (solicitaçãoDemonstrativoRetorno) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data da solicitação do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está solicitando o demonstrativo para a operadora.	Obrigatório.
Tipo de demonstrativo de retorno	String	1		Código do tipo de demonstrativo solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio nº 53.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador para o qual está sendo solicitado o demonstrativo.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Demonstrativo de Análise de Conta					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	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.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	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 da cobrança	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.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia.	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a guia referida.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Condicional. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta
Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Condicional. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final 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.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido 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 do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Valor processado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado.	Obrigatório.
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Valor glosa do procedimento ou item assistencial	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.
Código da glosa do procedimento	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 processado da guia menos o valor glosado da guia.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Valor da 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 processado menos o valor glosado do lote/protocolo.	Obrigatório.
Valor da 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.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

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.
Valor geral da glosa	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.

Demonstrativo de Pagamento

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	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.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	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.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Forma de pagamento ao prestador	String	1		Código da forma como será efetuado o pagamento dos serviços ao prestador, conforme tabela de domínio nº 34.	Obrigatório.
Banco de pagamento	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 bancária	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 bancária	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 da cobrança	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 do protocolo	Número	8,2		Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	Número	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.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo.	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	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 no demonstrativo.
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 da glosa	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado nos protocolos apresentados no demonstrativo.
Indicação de débito ou crédito geral	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 ou 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.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Descrição de débitos ou créditos	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Valor dos débitos e créditos	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.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito.
Valor total de demais créditos	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer crédito.
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 julque necessário	Opcional.

Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	String	20		Número identificador do demonstrativo	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data inicial do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Data final do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
CPF / CNPJ Contratado	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade.	Obrigatório.
Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Banco de pagamento	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta bancária	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Número do lote	String	12		Número do lote informado pelo prestador	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado	Obrigatório.
Valor informado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório.
Valor processado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado	Obrigatório.
Valor glosa/estorno do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
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 da glosa da guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Quando não houver glosa na guia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total de franquia da guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	Numérico	8,2		Valor do lote 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/protocolo	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.
Valor total franquia protocolo	Numérico	8,2		Valor total da franquia do lote/protocolo correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias que compõem o lote	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Indicação de débito ou crédito geral	String	1		Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Código do débito ou crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Descrição de débitos ou créditos	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Valor dos débitos e créditos	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Indicação de débito e crédito não tributáveis	String	1		Indicador de débito ou crédito não tributável, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Código do débito ou crédito não tributável	String	2		Código do débito ou crédito não tributável, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Descrição de débito ou crédito não tributável	String	40		Descrição de valores não tributáveis debitados ou creditados. Seu preenchimento é obrigatório, caso haja débito ou valor a ser creditado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Valor do débito ou crédito não tributável	Numérico	6,2		Valor do débito ou crédito não tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Indicação de débito ou crédito referente a impostos	String	1		Indicador de débito ou crédito referente a imposto, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito referente a impostos
Código do débito ou crédito referente a impostos	String	2		Código do débito ou crédito referente a imposto, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito referente a impostos.
Descrição de débitos ou créditos referentes a impostos	String	40		Descrição de demais impostos	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito referente a impostos

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Valor dos débitos e créditos referentes a impostos	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares á conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito referente a impostos
Valor total tributável	Numérico	8,2		Valor total tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito tributável no protocolo.
Valor total de impostos retidos	Numérico	8,2		Valor total impostos retidos	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito relativo a impostos no protocolo.
Valor total não tributável	Numérico	8,2		Valor total não tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável no protocolo.
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 julque necessário	Opcional.

Situação do Demonstrativo

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativo de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Data inicial do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Data final do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Número do protocolo de envio da cobrança	String	12		Número do protocolo de cobrança ao qual se refere a solicitação do demonstrativo de retorno.	Obrigatório.
Número do protocolo da solicitação do demonstrativo de retorno	String	12		Número do protocolo dado pela operadora à solicitação do demonstrativo de retorno.	Obrigatório.
Tipo de demonstrativo de retorno	String	1		Código do tipo de demonstrativo solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio nº 53.	Obrigatório.
Data do status da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o status da solicitação está sendo informado.	Obrigatório.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte III - Mensagem entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Mensagem : Envio de dados para ANS (envioOperadorasANS) - Fluxo : Operadora para ANS					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cabeçalho					
Tipo de transação	String	13		Tipo de transação da mensagem que está sendo enviada	Obrigatório
Número do lote	String	12		Número do lote atribuído pela operadora para identificar a remessa do arquivo de monitoramento. Este número de lote deve ser único por competência.	Obrigatório
Competência dos dados	String	6	AAAAMM	Mês/ano a que se referem os dados que estão contidos no lote	Obrigatório
Data de registro da transação	Date	8	AAAAMMDD	Data da geração do arquivo	Obrigatório
Hora de registro da transação	Time	6	HHMMSS	Hora da geração do arquivo	Obrigatório
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Versão do padrão	String	7		Versão do padrão TISS para o envio de dados para ANS.	Obrigatório
Informações do atendimento					
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador executante não tenha ainda o código do CNES, deve informar 99999999.
Indicador da identificação do prestador executante	String	1		Indicador da identificação prestador executante, sendo: 1-CNPJ 2-CPF	Obrigatório.
Número de cadastro do prestador executante na Receita Federal	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador executante dependendo da natureza da entidade	Obrigatório.
Município de localização do prestador executante	String	7		Código IBGE do município de localização do prestador executante.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do cartão nacional de saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Cartão Nacional de Saúde não seja preenchido.
Data de nascimento do beneficiário	Date	8	DDMMAAAA	Data de nascimento do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Cartão Nacional de Saúde não seja preenchido.
Município de residência do beneficiário	String	7		Código IBGE do município de residência do beneficiário.	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Cartão Nacional de Saúde não seja preenchido.
Número de identificação do plano do beneficiário na ANS	String	20		Número de registro do plano do beneficiário (RPS) ou número de cadastro do plano do beneficiário (SCPA) na ANS.	Obrigatório.
Tipo de evento de atenção à saúde	String	1		Identifica o tipo de evento de atenção à saúde que está sendo informado, conforme tabela de domínio nº 54.	Obrigatório. 1 - Consulta 2 - SP/SADT 3 - Internação 4 - Tratamento Odontológico
Origem do evento de atenção à saúde	String	1		Identifica qual foi a origem do evento de atenção à saúde que está sendo informado, conforme tabela de domínio nº 40.	Obrigatório. 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados 3 - Rede Própria - Demais prestadores 4 - Reembolso ao beneficiário

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia no prestador	String	20		Número atribuído pelo prestador de serviços que identifica a guia principal do evento de atenção à saúde.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia principal do evento de atenção à saúde.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, caso a operadora atribua número próprio à guia, independente do número encaminhado pelo prestador.
Identificação do reembolso na operadora	String	20		Número que identifica o reembolso ao beneficiário na operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a 4 - Reembolso ao beneficiário.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data na qual o procedimento foi solicitado à operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora para a realização do procedimento ou utilização do item assistencial. Quando o tipo de evento for igual a 2-SP/SADT deve ser informada a data da solicitação que originou o atendimento e quando o tipo de evento for igual a 3-Internação, deve ser informada a data da solicitação que originou a internação.
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 para a realização do procedimento ou utilização do item assistencial. Quando o tipo de evento for igual a 3-Internação, deve ser informada a data da autorização que originou a internação.
Data de realização ou data inicial do período de atendimento	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado ou data inicial da internação.	Obrigatório.
Data inicial do período de faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data inicial do período de faturamento	Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças parciais.
Data final do período de atendimento ou data final do período de faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação, ou seja, data da alta ou do fechamento mensal para faturamento da internação	Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças de Internação ou cobranças parciais.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do protocolo da cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento.	Obrigatório.
Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada conforme tabela de domínio nº 52.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o atendimento foi prestado a recém-nato no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta, 2-SP/SADT ou 3-Internação. 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.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1-Consulta, 2-SP/SADT ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento conforme tabela de domínio nº 23.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 2-SP/SADT ou 3-Internação ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Tipo de Internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Regime de internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento conforme tabela de domínio nº 50.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado na guia conforme tabela de domínio nº 55.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação ou 4-Tratamento Odontológico e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de diárias de acompanhante	Número	3		Número de diárias de acompanhante	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e houver pagamento de acompanhante e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Número de diárias de UTI	Número	3		Número de diárias de UTI	Condicionado. Deve ser preenchido para os eventos de internação quando houver utilização de UTI e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Motivo de encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 2-SP/SADT ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
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.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores
Valor total pago de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total pago de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas,	Obrigatório. Quando não houver valor de diárias no evento de atenção à saúde informado ou quando a origem do evento for 4-reembolso e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Obrigatório. Quando não houver valor de taxas ou aluguéis no evento de atenção à saúde informado ou quando a origem do evento for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Quando não houver valor de materiais no evento de atenção à saúde informado ou quando a origem do evento for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais selecionados, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Quando não houver valor de OPME no evento de atenção à saúde informado ou quando a origem do evento for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado.	Obrigatório. Quando não houver valor de medicamentos no evento de atenção à saúde informado ou quando a origem do evento for igual a 4- "Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Valor total pago em tabela própria da operadora	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório. Quando não houver valor pago em códigos da tabela própria da operadora, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero)
Valor total de glosa da guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Quando não houver glosa ou quando a origem do evento for igual a 4- "Reembolso ao beneficiário", o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Informações de nascimento e óbito					

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores e tratar-se de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 a origem do evento de atenção à saúde for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores e tratar-se de eventos de internação quando o motivo de saída for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando ocorrer óbito do RN na internação da mãe. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Informações do procedimento

Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela TUSS utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados que devem ser enviados de forma individualizada, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma individualizada.
---	--------	---	--	---	---

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma individualizada, de acordo com a tabela de domínio nº 64.
Código do grupo do procedimento ou item assistencial	String	3		Código TUSS identificador do grupo de procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 63.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma consolidada.
Identificação do dente ou região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decidua OU identificação da região de acordo com a tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos ou itens assistenciais	Integer	2		Quantidade do procedimento realizado ou item assistencial utilizado no evento de atenção à saúde.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma individualizada

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS ()

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor pago	Numérico	6,2		Valor pago do procedimento ou item assistencial individualizado ou do grupo informado.	Obrigatório.
HASH	String			Código HASH MD-5 da mensagem enviada	Obrigatório.

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte IV - Envio de dados das operadoras de planos privados de assistência à saúde para beneficiários de planos de saúde

Legenda para envio de dados para o beneficiário

Mensagem : Envio de dados para o beneficiário - Fluxo : Operadora para beneficiário					
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
Nome fantasia da operadora	String	70		Nome fantasia da operadora do plano	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	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 de cadastro do prestador executante na Receita Federal	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade	Obrigatório
Razão social ou nome do prestador	String	70		Razão social ou nome do prestador dependendo da natureza da entidade	Obrigatório
Município de localização do prestador	String	7		Código IBGE do município de localização do prestador.	Obrigatório
Nome do município de localização do prestador	String	50		Nome do município de localização do prestador.	Obrigatório
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário	Obrigatório
Nome do beneficiário	String	60		Nome do beneficiário	Obrigatório
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do cartão nacional de saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Número de identificação do plano do beneficiário na ANS	String	20		Número de registro do plano do beneficiário (RPS) ou número de cadastro do plano do beneficiário (SCPA) na ANS.	Obrigatório
Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.	Obrigatório

Legenda para envio de dados para o beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do tipo de evento de atenção à saúde	String	25		Descrição do tipo de evento de atenção à saúde que está sendo informado, conforme tabela de domínio nº 54.	Obrigatório. 1 - Consulta 2 - SP/SADT 3 - Internação 4 - Tratamento Odontológico
Data de realização ou data inicial do período de atendimento	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado ou data inicial da internação.	Obrigatório.
Data final do período de atendimento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças de Internação.
Descrição do tipo de consulta	String	50		Descrição do tipo de consulta realizada conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1- Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda para envio de dados para o beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1 - Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Descrição da ocupação do executante	String	70		Descrição da ocupação do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1 - Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda para envio de dados para o beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do caráter do atendimento	String	20		Descrição do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 2-SP/SADT ou 3-Internação ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Descrição do tipo de Internação	String	15		Descrição do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda para envio de dados para o beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do tipo de atendimento	String	50		Descrição do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Número de diárias de acompanhante	Númerico	3		Número de diárias de acompanhante	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e houver pagamento de acompanhante e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda para envio de dados para o beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de diárias de UTI	Númerico	3		Número de diárias de UTI	Condicionado. Deve ser preenchido para os eventos de internação quando houver utilização de UTI e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Descrição do motivo de encerramento	String	100		Descrição do motivo da saída da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 2- SP/SADT ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Código do grupo do procedimento ou item assistencial	String	3		Código TUSS identificador do grupo de procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 63.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma consolidada.

Legenda para envio de dados para o beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código TUSS identificador do procedimento realizado ou item assistencial utilizado no evento de atenção à saúde, que deve ser enviado de forma individualizada, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma individualizada.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	500		Descrição do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador	Obrigatório
Identificação do dente ou região	String	70		Identificação da dentição permanente ou decidua OU identificação da região de acordo com a tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	String	10		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte V - Formulários do Plano de Contingência

Logo da Empresa

GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

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

_____|_____|_____|_____|_____|

Hipóteses Diagnósticas

17 - Indicação de Acidente
(acidente ou doença relacionada)

_____|

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

18 - Data do Atendimento

_____|_____|/_____|_____|/_____|_____|

19 - Tipo de Consulta

_____|

20 - Tabela

_____|

21 - Código do Procedimento

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

22 - Valor do Procedimento

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	4	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Data de validade da carteira	5	Validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
Indicador de atendimento ao recém-nato	6	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.

Legenda da Guia de Consulta

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

Legenda da Guia de Consulta

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

Legenda da Guia de Consulta

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

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 e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento ____	22 - Data da Solicitação ____/____/____	23 - Indicação Clínica _____
-------------------------------------	--	---------------------------------

24-Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
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-____/____/____	3-____/____/____	5-____/____/____	7-____/____/____	9-____/____/____
2-____/____/____	4-____/____/____	6-____/____/____	8-____/____/____	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\$) _____
--	---	--	----------------------------------	---	---	---------------------------------

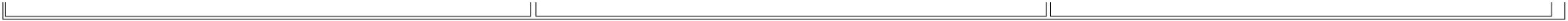
Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Outubro 2012

190

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicional. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	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	8	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Data de validade da carteira	9	Validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
Nome do beneficiário	10	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	12	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.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado solicitante na operadora	13	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 o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado solicitante	14	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	15	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	16	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	17	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	18	UF	String	2		Síglia da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	19	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.
Assinatura do profissional solicitante	20	Assinatura do Solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	21	Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Data da solicitação	22	Data da Solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Indicação clínica	23	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 de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	24	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 solicitado	25	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do procedimento solicitado	26	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	27	Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento	28	Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	29	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	30	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	31	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.
Tipo de atendimento	32	Tipo de Atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de acidente ou doença relacionada	33	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	34	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Motivo de Encerramento	35	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.
Data de realização	36	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	37	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 da realização do procedimento	38	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 de referência do procedimento ou item assistencial realizado	39	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 sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Código do procedimento realizado	40	Código do Procedimento	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 do procedimento realizado	41	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de procedimentos realizados	42	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via de acesso	43	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
Técnica utilizada para realização do procedimento	44	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 de redução ou acréscimo	45	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 do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	46	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

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total por procedimento realizado	47	Valor Total	Númérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Sequencial de referência do procedimento realizado	48	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
Grau de participação do profissional	49	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 cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s) e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código do contratado executante na operadora	50	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
Nome do profissional executante	51	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Conselho profissional do executante	52	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 cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
Número do executante no conselho profissional	53	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
UF do conselho do profissional executante	54	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 cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	55	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 cobrança de honorários profissionais relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s).
Data de realização	56	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.
Assinatura do beneficiário ou responsável	57	Assinatura do beneficiário ou responsável na realização de procedimentos em série				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	58	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de procedimentos	59	Total de Procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Valor total de taxas e aluguéis	60	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.
Valor total de materiais	61	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.
Valor total de OPME	62	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.
Valor total de medicamentos	63	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.
Valor total de gases medicinais	64	Total Gases Medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Valor do total geral	65	Total Geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	66	Assinatura do responsável pela Autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	67	Assinatura do Beneficiário ou Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do contratado	68	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Obrigatório.
Data da autorização	5	data de autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	9	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	10	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Email do profissional solicitante	11	Email	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de email para contato.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa técnica	12	Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	13	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 solicitado	14	Código do material	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	15	Descrição	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	16	Opção fabr	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	17	Qtde solíc	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor do unitário material solicitado	18	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.
Quantidade autorizada do material	19	quantidade autorizada	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Valor do unitário material autorizado	20	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
Registro ANVISA do material	21	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código de referência do material no fabricante	22	Referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Obrigatório.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	23	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 solicitado	24	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	25	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	26	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	27	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	28	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

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 - CID 10 Principal _____	19 - CID 10 (2) _____	20 - CID 10 (3) _____	21 - CID 10 (4) _____	26 - Plano Terapêutico _____
22 - Estadiamento ____	23 - Tipo de Quimioterapia ____	24 - Finalidade ____	25 - ECOG ____		

27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

28 - Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

29-Data Prevista para Administração	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Frequência
1-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
2-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
3-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
4-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
5-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
6-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
7-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
8-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____

Tratamentos Anteriores

36 - Cirurgia _____
37 - Data da Realização ____/____/____
38 - Área Irradiada _____
39 - Data da Aplicação ____/____/____

40 - Número de Ciclos Previstos ____	41 - Ciclo Atual ____	42-Intervalo entre Ciclos (em dias) _____	43 - Data da Solicitação ____/____/____	44-Assinatura do Profissional Solicitante _____	45-Assinatura do Responsável pela Autorização _____
---	--------------------------	---	--	--	--

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	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	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso do beneficiário	9	Peso(kg)	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	10	Altura	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	11	Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	12	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Sexo do beneficiário	13	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	15	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Email do profissional solicitante	16	Email	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	17	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	18	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	19	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	20	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quarto diagnóstico	21	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	22	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	23	Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	24	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	25	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	26	Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	27	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Obrigatório.
Informações relevantes	28	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para administração do tratamento	29	Data prevista para Administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	31	Código do medicamento	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	33	Doses	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	34	Via adm	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	35	Frequência	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	36	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	37	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Área irradiada	38	Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	39	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	40	Número de ciclos previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	41	Ciclo atual	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	42	Intervalo entre ciclos	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Data da solicitação	43	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	44	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	45	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

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	16 - CID 10 (2)	17 - CID 10 (3)	18 - CID 10 (4)	19 - Diagnóstico por Imagem	20 - Estadiamento	21 - ECOG	22 - Finalidade
--------------------------	-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------------------	-------------------	-----------	-----------------

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	24 - Informações relevantes	<p>Tratamentos Anteriores</p> <p>25 - Cirurgia</p> <p>26 - Data da Realização</p> <p>27 - Quimioterapia</p> <p>28 - Data da Aplicação</p>
---------------------------------------	-----------------------------	--

Procedimentos Complementares

29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.	29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
01- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	07- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
02- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	08- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
03- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	09- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
04- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	10- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
05- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	11- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
06- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	12- _ / _ _ / _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

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

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

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	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	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Idade do beneficiário	9	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	10	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	12	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Email do profissional solicitante	13	Email	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	14	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	15	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	16	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	17	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quarto diagnóstico	18	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10 ^a revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	19	Diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio n° 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio
Estadiamento do tumor	20	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio n° 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	21	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio n° 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	22	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio n° 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	23	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Obrigatório.
Informações relevantes	24	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cirurgia	25	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	26	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	27	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	28	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	29	Data prevista	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	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 solicitado	31	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	33	Qtde	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de campos	34	Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	35	Dose por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	36	Dose total	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	37	Número de dias	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	38	Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Data da solicitação	39	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	40	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	41	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da carteira	8	Validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
Indicador de atendimento ao recém-nato	9	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.
Nome do beneficiário	10	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Código do contratado solicitante na operadora	12	Código do contratado	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	13	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

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

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do hospital / local solicitado	20	Nome do hospital / local	String	70		Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.
Data sugerida para internação	21	Data sugerida para internação	Date	8	DDMMAAAA	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	22	Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de internação	23	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de internação	24	Regime de Internação	String	1		Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Quantidade de diárias solicitadas	25	Qtde diárias solicitadas	Integer	2		Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório.
Indicador de previsão de uso de OPME	26	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.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de previsão de uso de quimioterápico	27	Previsão de uso de quimioterápico	String	1		Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.
Indicação clínica	28	Indicação Clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Diagnóstico principal	29	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	30	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	31	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	32	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação de acidente ou doença relacionada	33	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 de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	34	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 solicitado	35	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	36	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	37	Qtde Solic	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento	38	Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Data provável da admissão hospitalar	39	Data provável da admissão hospitalar	Date	8	DDMMAAAA	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Quantidade de diárias autorizadas	40	Qtde diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Tipo da acomodação autorizada	41	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado autorizado na operadora	42	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do hospital / local autorizado	43	Nome do hospital / local autorizado	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do solicitante	44	Código CNES	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Observação / Justificativa	45	Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	46	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	47	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	48	Assinatura do Beneficiário ou Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	49	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

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 Adicionais Solicitados

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

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia de solicitação de internação.	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Código do contratado solicitante na Operadora	9	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	10	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	12	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	13	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	14	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	15	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.
Quantidade de diárias adicionais solicitadas	16	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	17	Tipo da acomodação solicitada	String	2		Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação clínica	18	Indicação Clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	18	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 solicitado	20	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	21	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade solicitada do procedimento	21	Qtde solíc	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade autorizada do procedimento	23	Qtde Aut	Integer	3		Quantidade autorizada pela operadora de um mesmo procedimento ou item assistencial	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade de diárias adicionais autorizadas	24	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	25	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	26	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	27	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	28	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	29	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	30	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

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 - CID 10 Principal

25 - CID 10 (2)

26 - CID 10 (3)

27 - CID 10 (4)

28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

29 - Motivo de Encerramento da Internação

30 - Número da declaração de nascido vivo

31 - CID 10 Óbito

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-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
02-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
03-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
04-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
05-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
06-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
07-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
08-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
09-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
10-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____

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\$) _____

59 - Total de OPME (R\$) _____

58 - 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

Procedimentos e Exames Realizados (continuação)

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\$)
11-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
12-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
13-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
14-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
15-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
16-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
17-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
18-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
19-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
20-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
21-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
22-	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_

Identificação da Equipe (Continuação)

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
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_

65 - Observação / Justificativa

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia de solicitação de internação.	String	20		Número da guia de solicitação de Internação	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	8	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da carteira	9	Validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
Nome do beneficiário	10	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	12	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.
Código do contratado executante na operadora	13	Código na operadora	String	14		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	14	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	15	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.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Caráter do atendimento	16	Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	17	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado na guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Obrigatório.
Hora do início do faturamento	19	Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	20	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento	Obrigatório.
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório.
Tipo de internação	22	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de internação	23	Regime de Internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Diagnóstico principal	24	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	25	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Terceiro diagnóstico	26	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	27	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de acidente ou doença relacionada	28	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	29	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	30	Número da Declaração de Nascido Vivo	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
Diagnóstico de óbito	31	CID10 Óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da Declaração de Óbito	32	Número da Declaração de Óbito	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	Condicional. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da mãe.
Indicador de declaração de óbito de recém-nato.	33	Indicador DO de RN	String	1		Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.	Condicional. Deve ser preenchido quando o campo Número da Declaração de Óbito for preenchido. Preencher com S - SIM caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N - Não caso a declaração de óbito informada seja da mãe.
Data de realização	34	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	35	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência
Hora final da realização do procedimento	36	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	37	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	38	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	39	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	40	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	41	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.
Técnica utilizada para realização do procedimento	42	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 de redução ou acréscimo	43	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 do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	44	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total por procedimento realizado	45	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.
Sequencial de referência do procedimento realizado	46	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe
Grau de participação do profissional	47	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	48	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional executante	49	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Obrigatório.
Conselho profissional do executante	50	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	51	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

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

Legenda da Guia de Resumo de Internação

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

Legenda da Guia de Honorário Individual

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	5	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	6	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	7	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	8	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.

Legenda da Guia de Honorário Individual

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	9	Código na operadora	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	10	Nome do hospital / local	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	11	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)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Código do contratado executante na operadora	12	Código do contratado na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	13	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	14	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.
Nome do profissional executante	15	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

Legenda da Guia de Honorário Individual

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Conselho profissional do executante	16	Conselho profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	17	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	18	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	19	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	20	Data início Faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	21	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento	Obrigatório.
Grau de participação do profissional	22	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Data de realização	23	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	24	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

Legenda da Guia de Honorário Individual

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora final da realização do procedimento	25	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	26	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	27	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	28	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	29	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	30	Via	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	31	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	32	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1.00.

Legenda da Guia de Honorário Individual

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	33	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor total por procedimento realizado	34	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor total dos honorários	35	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).
Observação / Justificativa	36	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data de emissão da guia	37	Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.

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 17-Registro ANVISA do Material	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\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$
01-										
20-Descrição										
02-										
20-Descrição										
03-										
20-Descrição										
04-										
20-Descrição										
05-										
20-Descrição										
06-										
20-Descrição										
07-										
20-Descrição										
08-										
20-Descrição										
09-										
20-Descrição										
10-										
20-Descrição										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)

22 - Total de Medicamentos (R\$)

23 - Total de Materiais (R\$)

24 - Total de OPME (R\$)

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

26 - Total de Diárias (R\$)

27 - Total Geral (R\$)

Legenda do Anexo de Outras Despesas

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

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	10	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do item assistencial utilizado	11	Código do item	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Quantidade do item assistencial utilizado	12	Qtde	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Unidade de Medida	13	Unidade de medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicional. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Fator de redução ou acréscimo	14	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1.00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	15	Valor unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero
Valor total dos itens assistenciais utilizados	16	Valor total	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código de referência do material no fabricante	18	Referência do material no fabricante	String	30		Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	19	Nº autorização de funcionamento da empresa	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Descrição do item assistencial utilizado	20	Descrição	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Valor total de gases medicinais	21	Total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Valor total de medicamentos	22	Total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Obrigatório. Caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Valor total de materiais	23	Total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Valor total de OPME	24	Total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das OPMEs, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja órtese, prótese ou material especial cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Valor total de taxas e aluguéis	25	Total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Obrigatório. Caso não haja taxas ou aluguéis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de diárias	26	Total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Obrigatório. Caso não haja diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Valor do total geral	27	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

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 _____
-----------------------------	-----------------------------------	--	--

Dados da Guia

13 - Número da Guia no Prestador _____	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____	15 - Senha _____
16 - Nome do beneficiário _____		17 - Número da Carteira _____

18 - Data do Início do Faturamento ____/____/____	19 - Hora do Início do Faturamento ____	20 - Data do Fim do Faturamento ____/____/____	21 - Hora do Fim do Faturamento ____	22 - Código da Glosa da Guia _____
--	--	---	---	---------------------------------------

23-Data de realização	24-Tabela	25-Código do procedimento/ Item assistencial	26-Descrição	27-Grau de Participação	28-Valor Informado	29-Quant. Executada	30-Valor Processado	31-Valor Liberado	32-Valor Glosa	33-Código da Glosa
1-										
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										
16-										
17-										

Total da Guia

34 - Valor Informado da Guia (R\$) _____	35 - Valor Processado da Guia (R\$) _____	36 - Valor Liberado da Guia (R\$) _____	37 - Valor Glosa da Guia (R\$) _____
---	--	--	---

Total do Protocolo

38 - Valor Informado do Protocolo (R\$) _____	39 - Valor Processado do Protocolo (R\$) _____	40 - Valor Liberado do Protocolo (R\$) _____	41 - Valor Glosa do Protocolo (R\$) _____
--	---	---	--

Total Geral

42 - Valor Informado Geral (R\$) _____	43 - Valor Processado Geral (R\$) _____	44 - Valor Liberado Geral (R\$) _____	45 - Valor Glosa Geral (R\$) _____
---	--	--	---------------------------------------

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	2	Nº	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	4	CNPJ Operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	5	Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	8	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.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	9	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	10	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do protocolo da cobrança	11	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	12	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.
Número da guia no prestador	13	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	14	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	15	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a guia referida.
Nome do beneficiário	16	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	17	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Condicional. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora do início do faturamento	19	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	20	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Código da glosa da guia	22	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.
Data de realização	23	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	24	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	25	Código do procedimento / item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	26	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau de participação do profissional	27	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.
Valor Informado do procedimento ou item assistencial	28	Valor informado	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	29	Qtde executada	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Obrigatório.
Valor processado do procedimento ou item assistencial	30	Valor processado	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado.	Obrigatório.
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	31	Valor liberado	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Valor glosa do procedimento ou item assistencial	32	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.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa do procedimento	33	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor informado da guia	34	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	35	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	36	Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia.	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	37	Valor glosa da guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Valor informado do protocolo	38	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.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado do protocolo	39	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	40	Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	41	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	42	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	43	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.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor liberado geral	44	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.
Valor geral da glosa	45	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.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	4	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 atribuído pela operadora	5	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
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	8	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do protocolo	9	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	10	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.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	11	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.
Resposta ao recurso do protocolo	12	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	13	Número da guia	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	Obrigatório.
Senha	14	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	15	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 do prestador para recurso da glosa da guia	16	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.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Resposta ao recurso da guia	17	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Data de realização	18	Data inicial/ de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Data final do período	19	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 de referência do procedimento ou item assistencial realizado	20	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 realizado ou item assistencial utilizado	21	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 do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	22	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.
Código da glosa do procedimento	23	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.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor recursado	24	Valor recursado	Númérico	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 para recurso da glosa do procedimento	25	Justificativa do Prestador	String	450		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	26	Valor acatado	Númérico	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 para não aceite do recurso da glosa do procedimento	27	Justificativa da Operadora	String	450		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	28	Valor total recursado	Númérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Valor total acatado	29	Valor total acatado	Númérico	8,2		Valor Total das guias ou dos procedimentos glosados acatados pela Operadora.	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	30	Data do recurso	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	31	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da operadora	32	Data da assinatura da Operadora	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.
Assinatura da operadora	33	Assinatura da Operadora				Assinatura da operadora.	Obrigatório.

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

2-Nº 12345678901234567890

1 - Registro ANS, 3 - Nome da Operadora, 4 - CNPJ Operadora, 5-Data de Emissão

Dados do Prestador: 6 - Código na Operadora, 7- Nome do Contratado, 8-Código CNES

Dados do Pagamento: 9 - Data do Pagamento, 10-Forma de Pagamento, 11-Banco, 12-Agência, 13-Conta

Dados do Resumo table with 7 columns: 14-Data do Protocolo, 15-Número do Protocolo, 16-Número do Lote, 17 -Valor Informado, 18 -Valor Processado, 19 -Valor Liberado, 20-Valor da Glosa

Valores Totais do Demonstrativo - Bruto: 21 - Valor Total Informado (R\$), 22 - Valor Total Processado(R\$), 23 - Valor Total Liberado (R\$), 24 - Valor Total Glosa (R\$)

Demais débitos / créditos table with 4 columns: 25-Indicação, 26-Código do Débito/Crédito, 27-Descrição do Débito/Crédito, 28- Valor (R\$)

Valores Totais do Demonstrativo - Líquido: 29 - Valor Total de Demais Débitos(R\$), 30 - Valor Total de Demais Créditos(R\$), 31 - Valor Final a Receber (R\$)

32 - Observação / Justificativa

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	2	Nº	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	4	CNPJ Operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	5	Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	8	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.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do pagamento ao prestador	9	Data do pagamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Forma de pagamento ao prestador	10	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 de pagamento	11	Banco	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	12	Agência	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta bancária	13	Conta	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Data do protocolo da cobrança	14	Data do protocolo	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Número do protocolo	15	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	16	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	17	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.
Valor processado do protocolo	18	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 do protocolo	19	Valor Liberado	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	20	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	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total informado	21	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	22	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	23	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 da glosa	24	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	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado nos protocolos apresentados no demonstrativo.
Indicação de débito ou crédito geral	25	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do débito ou crédito	26	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 de débitos ou créditos	27	Descrição do Débito/Crédito	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Valor dos débitos e créditos	28	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	29	Valor Total de Demais Débitos	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito.
Valor total de demais créditos	30	Valor Total de Demais Créditos	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer crédito.
Valor final a receber	31	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	32	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Logo da Empresa

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS <input style="width: 95%;" type="text"/>	3 - Número da Guia Principal <input style="width: 95%;" type="text"/>	4 - Data da Autorização <input style="width: 95%;" type="text"/>	5 - Senha <input style="width: 95%;" type="text"/>	6 - Data de Validade da Senha <input style="width: 95%;" type="text"/>	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	---	---	---	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira <input style="width: 95%;" type="text"/>	9 - Plano <input style="width: 95%;" type="text"/>	10- Empresa <input style="width: 95%;" type="text"/>	11 - Validade da Carteira <input style="width: 95%;" type="text"/>	12 - Cartão Nacional de Saúde <input style="width: 95%;" type="text"/>
13 - Nome <input style="width: 95%;" type="text"/>		14 - Telefone <input style="width: 50%;" type="text"/>	15 - Nome do titular do plano <input style="width: 95%;" type="text"/>	
16 - Atendimento a RN <input style="width: 50%;" type="text"/>				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante <input style="width: 95%;" type="text"/>			18 - Número no CRO <input style="width: 50%;" type="text"/>	19 - UF <input style="width: 50%;" type="text"/>	20 - Código CBO <input style="width: 50%;" type="text"/>
21 - Código na Operadora <input style="width: 50%;" type="text"/>	22 - Nome do Contratado Executante <input style="width: 95%;" type="text"/>		23 - Número no CRO <input style="width: 50%;" type="text"/>	24 - UF <input style="width: 50%;" type="text"/>	25 - Código CNES <input style="width: 50%;" type="text"/>
26 - Nome do Profissional Executante <input style="width: 95%;" type="text"/>			27 - Número no CRO <input style="width: 50%;" type="text"/>	28 - UF <input style="width: 50%;" type="text"/>	29 - Código CBO <input style="width: 50%;" type="text"/>

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtde	36-Qtde US	37-Valor R\$	38-Franquia (R\$)	39-Aut	40-Data de Realização	41-Assinatura
01-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

42 - Data de Término do Tratamento <input style="width: 95%;" type="text"/>	43 - Tipo de Atendimento <input style="width: 95%;" type="text"/>	44 - Tipo de Faturamento <input style="width: 95%;" type="text"/>	45 - Total Quantidade US <input style="width: 95%;" type="text"/>	46 - Valor Total (R\$) <input style="width: 95%;" type="text"/>	47 - Valor Total Franquia (R\$) <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	--	--	--	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48 - Observação / Justificativa

49-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <input style="width: 95%;" type="text"/>	50-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <input style="width: 95%;" type="text"/>	51- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista <input style="width: 95%;" type="text"/>	52- Assinatura do Cirurgião-Dentista <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---	--	--

53-Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável <input style="width: 95%;" type="text"/>	54-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input style="width: 95%;" type="text"/>	55- Data do carimbo da empresa <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	--

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicional. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira do beneficiário	8	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do plano de saúde do beneficiário	9	Plano	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme	Obrigatório.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Empresa	10	Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Data de validade da carteira	11	Validade da Carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido se a carteira do beneficiário tiver data de validade.
Cartão Nacional de Saúde	12	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Nome do beneficiário	13	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Telefone do beneficiário	14	Telefone	String	11		Número do telefone do beneficiário	Obrigatório.
Nome do titular do plano	15	Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicional. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.
Indicador de atendimento ao recém-nato	16	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
Nome do profissional solicitante	17	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante
Número no CRO do solicitante	18	Número no CRO	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.	Condicional. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional solicitante	19	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	20	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código do contratado executante na operadora	21	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	22	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número no CRO do contratado executante	23	Número no CRO	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.
UF do conselho do prestador contratado executante	24	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	25	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.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional executante	26	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 Executante for pessoa jurídica.
Número no CRO do profissional executante	27	Número no CRO	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
UF do conselho do profissional executante	28	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	29	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	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 solicitado	31	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do procedimento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	33	Dente/Região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	34	Face	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento
Quantidade de procedimentos	35	Qtde	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	36	Qtde US	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	37	Valor	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	38	Franquia	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de autorização	39	Aut	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	40	Data de Realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	41	Assinatura				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de término do tratamento	42	Data de Término do Tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicional. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
Tipo de atendimento em odontologia	43	Tipo de Atendimento	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	44	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado na guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Total de unidades de serviços	45	Total Quantidade US	Numérico	8,2		Somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US
Valor total de procedimentos	46	Valor Total	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de franquia da guia	47	Valor total franquia guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Condicional. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação / Justificativa	48	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante	49	Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do cirurgião-dentista solicitante	50	Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				Assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	Obrigatório.
Data da assinatura do cirurgião-dentista	51	Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do cirurgião-dentista executante	52	Assinatura do Cirurgião-Dentista				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data da assinatura do beneficiário ou seu responsável	53	Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do beneficiário ou responsável	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	54	Assinatura do Beneficiário ou Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data do carimbo da empresa	55	Data do carimbo da Empresa	Date	8	DDMMAAAA	Data do carimbo identificador da empresa	Condicional. Deve ser preenchido na contingência em papel caso haja exigência da empresa à qual pertence o beneficiário

ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO SITUAÇÃO INICIAL

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

Logo da Empresa

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal de Tratamento Odontológico

4 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Nome

6 - Número da Carteira

Situação Inicial

Situação inicial																
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Situação inicial																

LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

8 - SITUAÇÃO INICIAL:
 A - Ausente
 E - Extração Indicada
 H - Hígido
 C - Cariado
 R - Restaurado

9 - Sinais clínicos de doença periodontal?

Sim Não

10 - Alteração dos tecidos moles?

Sim Não

11 - Observação / Justificativa

12 - Local e Data

13 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

16 - Local, Data e Carimbo da Empresa

14 - Local e Data

15 - Assinatura do Beneficiário / Responsável

Legenda do Anexo de Situação Inicial - Odontologia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal de tratamento odontológico	3	Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	4	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 identifica a guia no prestador.
Nome do beneficiário	5	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	6	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Identificação do dente	7	Dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Obrigatório.
Situação dentária inicial	8	Situação Dentária Inicial	String	1		Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo	Obrigatório.
Sinais clínicos de doença periodontal	9	Sinais Clínicos de Doença Periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Obrigatório.
Indicador de alteração dos tecidos moles	10	Alteração dos Tecidos Moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Situação Inicial - Odontologia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação / Justificativa	11	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Local e Data	12	Local e Data	Date	8	DDMMAAAA	Local e Data preenchido pelo profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.
Assinatura do cirurgião-dentista	13	Assinatura do Cirurgião-Dentista				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Local e Data	14	Local e Data	Date	8	DDMMAAAA	Local e data preenchido pelo Beneficiário ou responsável	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.
Assinatura do beneficiário ou responsável	15	Assinatura do Beneficiário/ Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Local, Data e Carimbo da Empresa	16	Local, Data e Carimbo da Empresa	Date	8	DDMMAAAA	Local do atendimento, data e carimbo identificador da empresa contratante do plano coletivo	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel, quando se tratar de plano coletivo.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	2	Nº	String	20		Número identificador do demonstrativo	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	4	CNPJ operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data inicial do período de processamento	5	Data de início do processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Data final do período de processamento	6	Data fim do processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	7	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	8	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
CPF / CNPJ Contratado	9	CPF / CNPJ Contratado	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do pagamento ao prestador	10	Data do pagamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Banco de pagamento	11	Banco	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	12	Agência	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta bancária	13	Conta	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Número do lote	14	Número do lote	String	12		Número do lote informado pelo prestador	Obrigatório.
Número do protocolo	15	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	16	Número da guia	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	17	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	18	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	19	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado	20	Código do procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	21	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	22	Dente/Região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	23	Face	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Data de realização	24	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	25	Qtde	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado	Obrigatório.
Valor informado do procedimento ou item assistencial	26	Valor informado	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório.
Valor processado do procedimento ou item assistencial	27	Valor processado	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor glosa/estorno do procedimento ou item assistencial	28	Valor glosa/estorno	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Valor da franquia do procedimento	29	Valor da franquia	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	30	Valor liberado	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	31	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 sempre que houver algum motivo de glosa.
Observação / Justificativa	32	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Valor informado da guia	33	Valor total informado guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado da guia	34	Valor total processado 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 da glosa da guia	35	Valor total glosa guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Quando não houver glosa na guia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total de franquia da guia	36	Valor total franquia guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado da guia	37	Valor total liberado guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	38	Valor total informado protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	39	Valor total processado protocolo	Numérico	8,2		Valor do lote 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/protocolo	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da glosa do protocolo	40	Valor total glosa protocolo	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 no demonstrativo
Valor total franquia protocolo	41	Valor total franquia protocolo	Numérico	8,2		Valor total da franquia do lote/protocolo correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias que compõem o lote	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado do protocolo	42	Valor total liberado protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Indicação de débito ou crédito geral	43	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo
Código do débito ou crédito	44	Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo
Descrição de débitos ou créditos	45	Descrição	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor dos débitos e créditos	46	Valor	Númérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo
Indicação de débito e crédito não tributáveis	47	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito não tributável, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Código do débito ou crédito não tributável	48	Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito não tributável, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Descrição de débito ou crédito não tributável	49	Descrição	String	40		Descrição de valores não tributáveis debitados ou creditados. Seu preenchimento é obrigatório, caso haja débito ou valor a ser creditado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Valor do débito ou crédito não tributável	50	Valor	Númérico	6,2		Valor dos débito ou crédito não tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável neste demonstrativo.
Indicação de débito ou crédito referente a impostos	51	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito referente a imposto, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito referente a impostos
Código do débito ou crédito referente a impostos	52	Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito referente a imposto, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito referente a impostos.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição de débitos ou créditos referentes a impostos	53	Descrição	String	40		Descrição de demais impostos	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito referente a impostos
Valor dos débitos e créditos referentes a impostos	54	Valor	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares á conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito referente a impostos
Valor total tributável	55	Valor total tributável	Numérico	8,2		Valor total tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito tributável no protocolo.
Valor total de impostos retidos	56	Valor total impostos retidos	Numérico	8,2		Valor total impostos retidos	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito relativo a impostos no protocolo.
Valor total não tributável	57	Valor total não tributável	Numérico	8,2		Valor total não tributável	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito não tributável no protocolo.
Valor final a receber	58	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	59	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Logo da Empresa

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS ODONTOLÓGICAS

1 - Registro ANS <input type="text"/>	3 - Nome da Operadora <input type="text"/>	4 - Objeto do Recurso <input type="text"/>	5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input type="text"/>
--	---	---	---

Dados do Contratado	
6-Código na Operadora <input type="text"/>	7 - Nome do Contratado <input type="text"/>

Dados do recurso do protocolo				
8 - Número do Lote <input type="text"/>	9-Número do Protocolo <input type="text"/>	10- Código da Glosa do Protocolo <input type="text"/>	11-Justificativa <input type="text"/>	12 - Acatado <input type="text"/>

Dados do recurso da guia		
13- Número da guia no prestador <input type="text"/>	14-Senha <input type="text"/>	15-Nome do beneficiário <input type="text"/>

16-Código da glosa da guia <input type="text"/>	17-Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) <input type="text"/>	18 - Acatado <input type="text"/>
--	--	--------------------------------------

Dados dos itens da guia							
19-Data realização procedimento 27-Valor Recusado 29-Valor Acatado	20-Dente/Região	21-Face	22-Quantidade	23-Tabela	24- Procedimento/Item assistencial	25-Descrição do procedimento	26-Código da Glosa
01-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

31 - Valor Total Recusado (R\$) <input type="text"/>	32 - Valor Total Acatado (R\$) <input type="text"/>
---	--

33- Data do recurso <input type="text"/>	34 - Assinatura do Prestador <input type="text"/>	35 - Data da Assinatura da Operadora <input type="text"/>	36 - Assinatura da Operadora <input type="text"/>
---	--	--	--

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	4	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 atribuído pela operadora	5	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.
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	8	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	9	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	10	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.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	11	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.
Resposta ao recurso do protocolo	12	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	13	Número da guia	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Senha	14	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Nome do beneficiário	15	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa da guia	16	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Conicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	17	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Conicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Resposta ao recurso da guia	18	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Conicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Data de realização	19	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Identificação do dente ou região	20	Dente/Região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Conicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	21	Face	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Conicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de procedimentos realizados	22	Qtde	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	23	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 realizado ou item assistencial utilizado	24	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 do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	25	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
Código da glosa do procedimento	26	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Valor recursado	27	Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	28	Justificativa do Prestador	String	450		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.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor acatado	29	Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recusado 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 para não aceite do recurso da glosa do procedimento	30	Justificativa da Operadora	String	450		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 recusado	31	Valor total recusado	Numérico	8,2		Valor total apresentado de recuso	Obrigatório.
Valor total acatado	32	Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor da guia ou do procedimento recusado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Data do recurso de glosa	33	Data do recurso	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	34	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da operadora	35	Data da assinatura da Operadora	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.
Assinatura da operadora	36	Assinatura da Operadora				Assinatura da operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Comprovante Presencial

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº	String	20		Número que identifica a guia atribuído pelo prestador de serviços.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	3	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	4	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	5	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.
Nome do profissional executante	6	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do executante	7	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	8	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Comprovante Presencial

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



Ministério da
Saúde



Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro-RJ 20021-040

www.ans.gov.br
Disque-ANS: 0800 701-9656