Unimed Ponte Nova

ANS - nº 343722

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DAS GUIAS

VERSÃO TISS 3.02

Tipos de Guias

Guias Existentes

- **Guia de Consulta;**
- **Guia SADT;**
- **Guia de Solicitação de Internação;**
- **Guia de Resumo de Internação;**
- **Guia de Honorários;**
- **Anexo de Outras Despesas.**

Novas Guias

- **Anexo de Solicitações de Quimioterapia;**
- **Anexo de Solicitações de Radioterapia;**
- **Anexo de Solicitações de OPME;**
- **Solicitação de Prorrogação de Internação;**
- **Recurso de Glosa.**

Campos Excluídos;

Campos Incluídos;

Campos Alterados.

Legenda;

Campo Opcional;

Campo Condicionado.

Guia de Consulta
Alterações

Logo da Empresa

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 – Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 – Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9- Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela

21 - Código do Procedimento

22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Guia de Consulta Parte 1

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 3 (Data de Emissão) e 5 (Plano) foram excluídos

Logo da Empresa

GUIA DE CONSULTA

2- Nº 123456789012

1 - Registro ANS

3 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano

7 - Nome

8 - Número do Cartão Nacional

IMPORTANTE !!!

Em todas as Guias o campo (Número da Guia no Prestador) estará nas guia em branco, este campo é exclusivo do prestador para seu controle

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 3 (Número Guia Operadora) e Campo 6 (Atendimento ao RN) foram incluídos

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

Guia de Consulta Parte 2

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 12 ao 19 , 25 e 26, 28 ao 31 foram excluídos

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

10- Nome do Contratado

11 - Código CNES

12-T.L

13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento

16 - Município

17 - UF

18 - Código IBGE

19 - CEP

20 - Nome do Profissional Executante

21 - Conselho Profissional

22-Número no Conselho

23 - UF

24 - Código CBO S

Hipóteses Diagnósticas

25 -Tipo de Doença

A-Aguda C-Crônica

26 -Tempo de Doença

A-Anos M-Meses D-Dias

27 - Indicação de Acidente

0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

28 - CID Principal

29 - CID (2)

30 - CID (3)

31 - CID (4)

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Nenhum Campo Novo

Dados do Contratado

9- Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Guia de Consulta Parte 3

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campo 36 (Tipo de Saída) foi excluído da Guia

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

32 - Data do Atendimento

33-Codigo Tabela

34-Código Procedimento

35 - Tipo de Consulta

1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal

36 - Tipo de Saída

1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta

37 - Observação

38-Data e Assinatura do Médico

39-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Incluído campo 22 (Valor do Procedimento)

18 - Data do Atendimento

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela

21 - Código do Procedimento

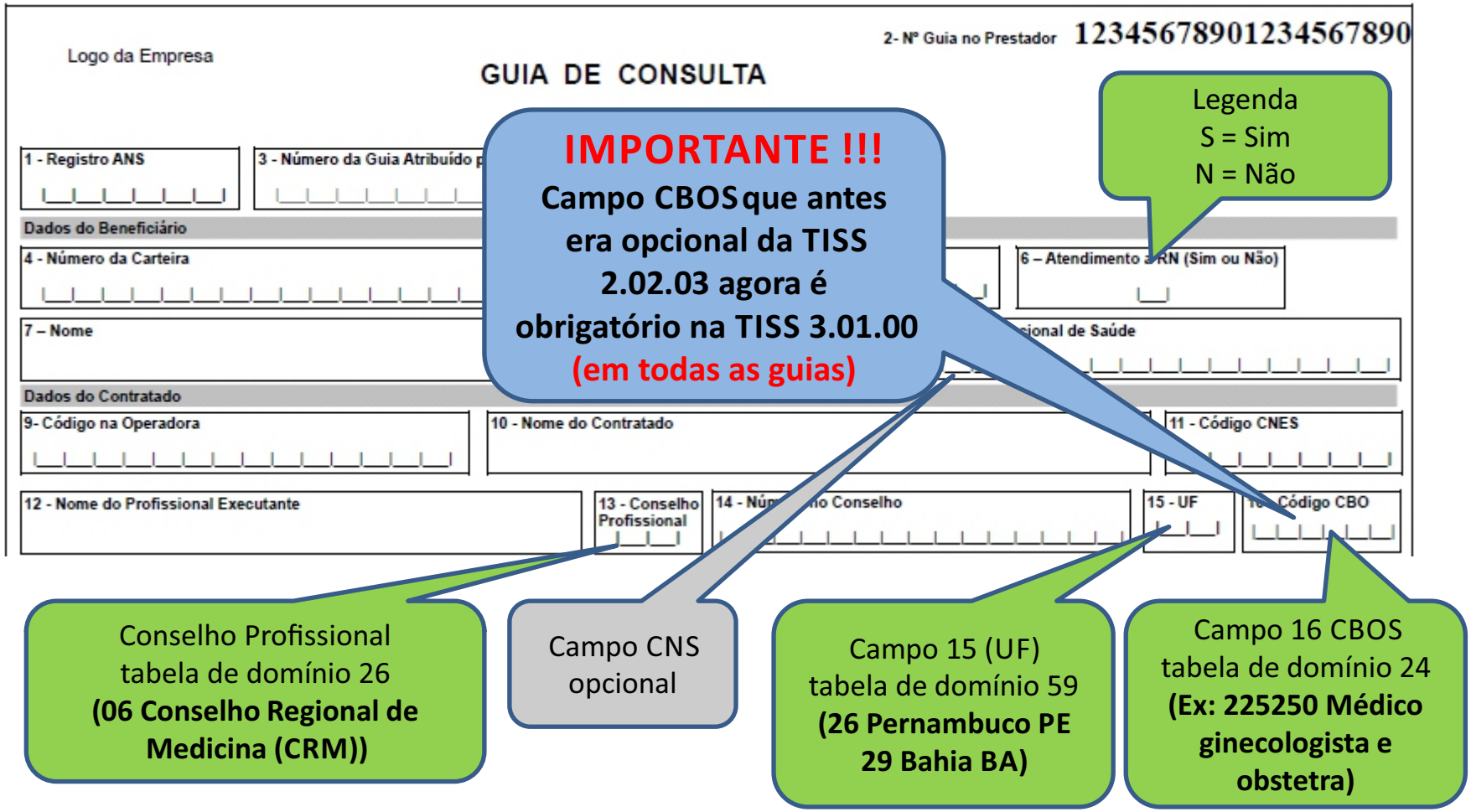
22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Guia de Consulta
Legenda / Campos Opcionais



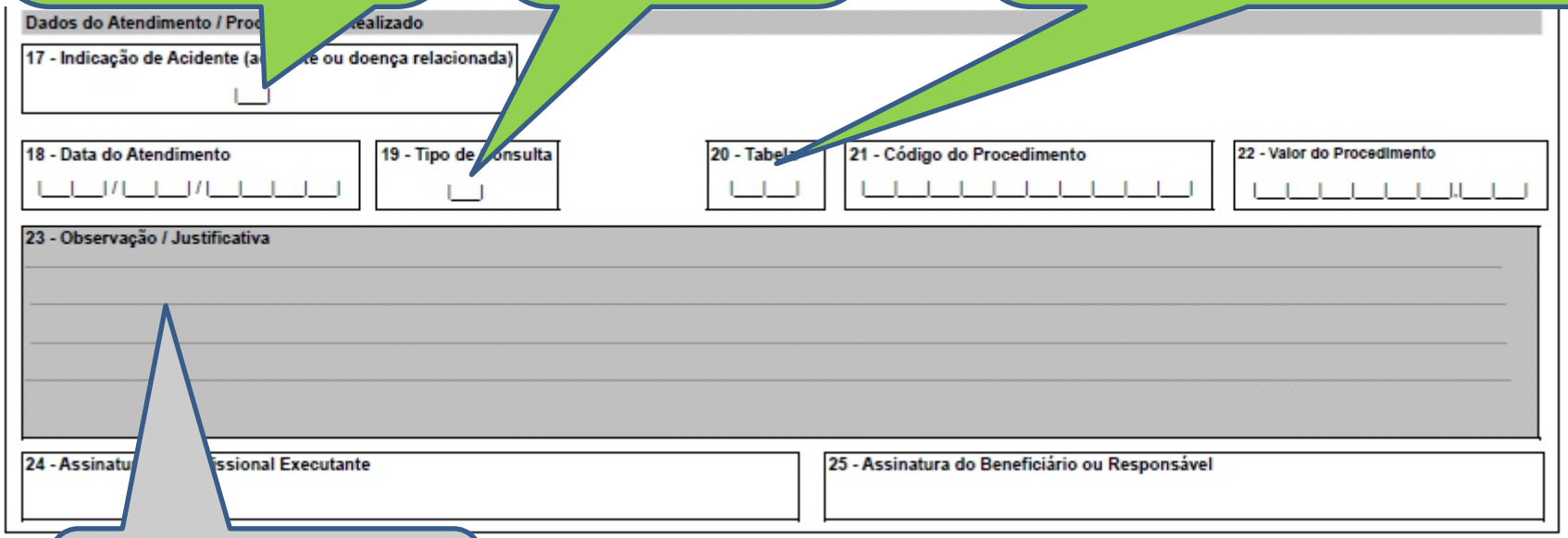
Guia de Consulta

Legenda / Campos Opcionais

Indicação de Acidente
tabela de domínio 36
0 Trabalho
1 Trânsito
2 Outros
9 Não Acidente

Tipo de Consulta
tabela de domínio 52
1 Primeira Consulta
2 Retorno
3 Pré-natal
4 Por encaminhamento

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos



Campo opcional (Observação / Justificativa)

Guia SADT (Alterações)

Logo da Empresa

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

2- Nº Guia no Prestador 1234567890123456789 0

1 - Registro ANS
3 – Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização
5-Senha
6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

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

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 – UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

24-Tabela	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	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

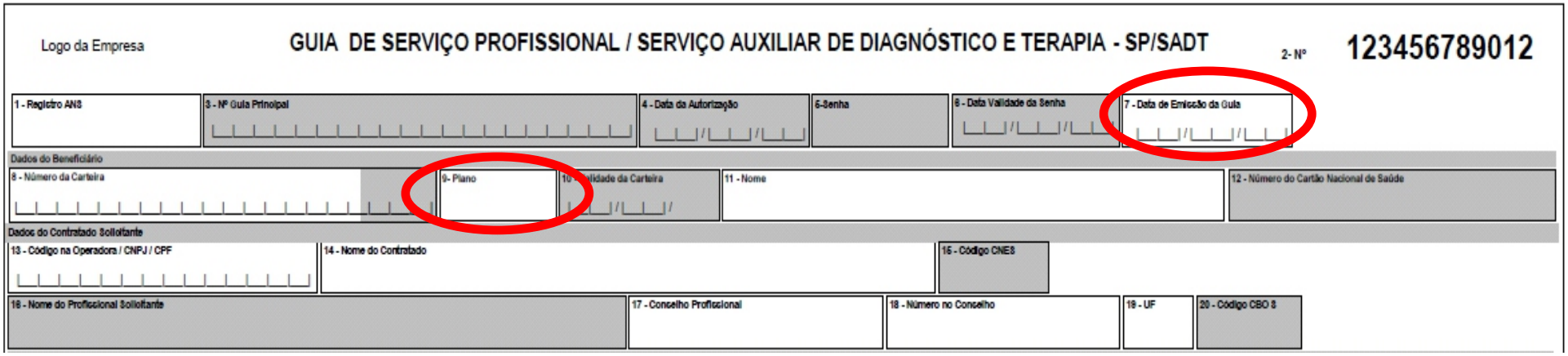
59 - Total de Procedimentos (R$)
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)
61 - Total de Materiais (R$)
62 - Total de OPME (R$)
63 - Total de Medicamentos (R$)
64 - Total de Gases Medicinais (R$)
65 - Total Geral (R$)

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

Guia SADT Parte 1

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 7 (Data de Emissão) e 9 (Plano) foram excluídos



Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 7 (Número Guia Operadora) foi incluído

Campo 20 (Assinatura do Profissional Solicitante) teve sua posição na Guia SADT alterada.

Guia SADT Parte 2

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campo 23 CID e os campos 32 ao 45, exceto campo 40 CNES, foram excluídos da guia.

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação

22 - Caráter da Solicitação — E-Eletiva U-Urgência/Emergência

23 - CID 10

24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

25-Tabela | 26- Código do Procedimento | 27 - Descrição | 28.Qt.Solic. | 29-Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 31 - Nome do Contratado | 32-T.L. | 33-34-35-Logradouro - Número - Complemento | 36 - Município | 37 - UF | 38 - Cód. IBGE | 39 - CEP | 40- Código CNES

40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar | 41 - Nome do Profissional Executante/Complementar | 42 - Conselho Profissional | 43 - Número no Conselho | 44 - UF | 45 - Código CBO S | 45a - Grau de Participação

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Nenhuma inclusão de campo nesta parte da guia.

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

24-Tabela | 25- Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27-Qtde. Solic. | 28-Qtde. Aut.

Dados do Contratado Executante

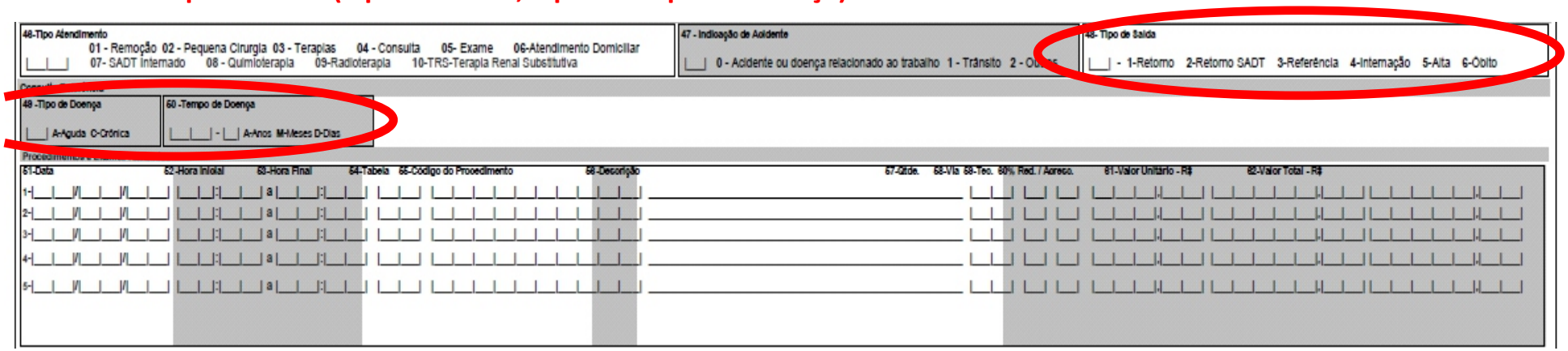
29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES

Dados do Atendimento

Guia SADT Parte 3

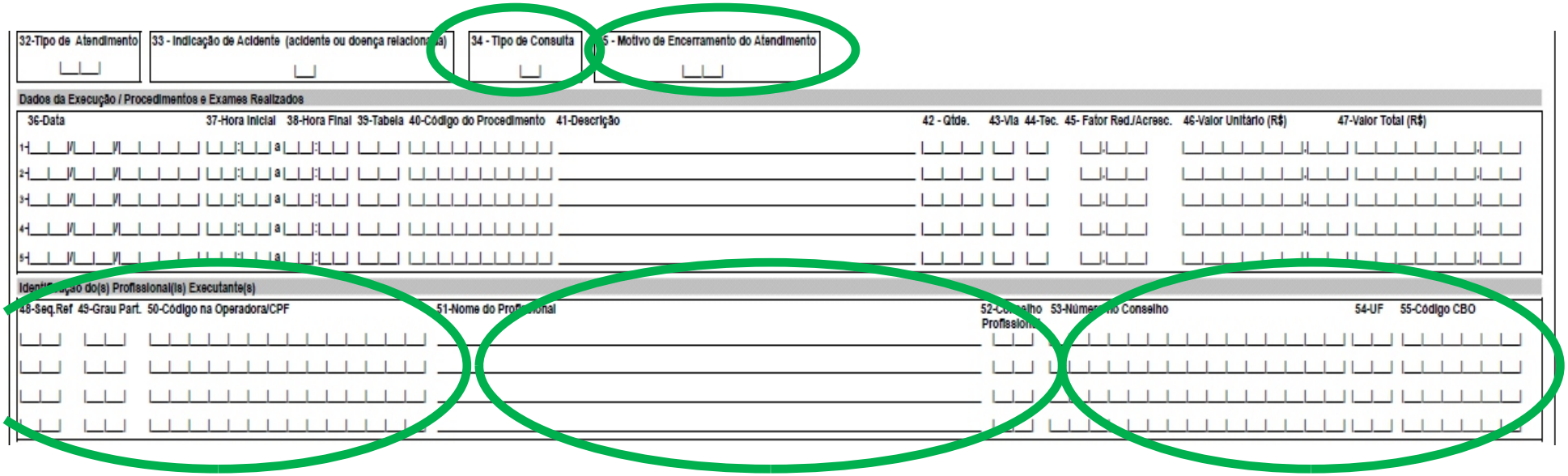
Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 48 a 50 (Tipo de Saída , Tipo e Tempo de Doença) foram excluídos



Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 35 (Tipo de Consulta) e 36 (Motivo de Encerramento do Atendimento) foram incluídos.
Foram inseridos também na guia de SADT (Campos 48 a 55) um conjunto de informações para identificar na guia o prestador executante do serviço informado, ou seja, é possível informar na mesma guia SADT executantes diferentes para cada serviço



Guia SADT Parte 4

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campo 89 (Assinatura do solicitante) foi alterado para o campo 20 da guia TISS 3.01.00

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série

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

84 - Observação

85 - Total Procedimentos R$ | 86 - Total Taxas e Aluguéis R$ | 87- Total Materiais R$ | 88 - Total Medicamentos R$ | 89 - Total Diárias R$ | 70 - Total Gases Medicinais R$ | 71 - Total Geral da Guia R$

86 - Data e Assinatura do Solicitante | Data e Assinatura do Responsável pela Autorização | 88-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 89- Data e Assinatura do Prestador Executante

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campo 62 (Total de OPME R$) incluído, deve ser preenchido com o valor total em R$ das OPMEs presentes da Guia de Outras Despesas.

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

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

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$) | 61 - Total de Materiais (R$) | 62- Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$)

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

Guia de SADT
Legenda / Campos Opcionais

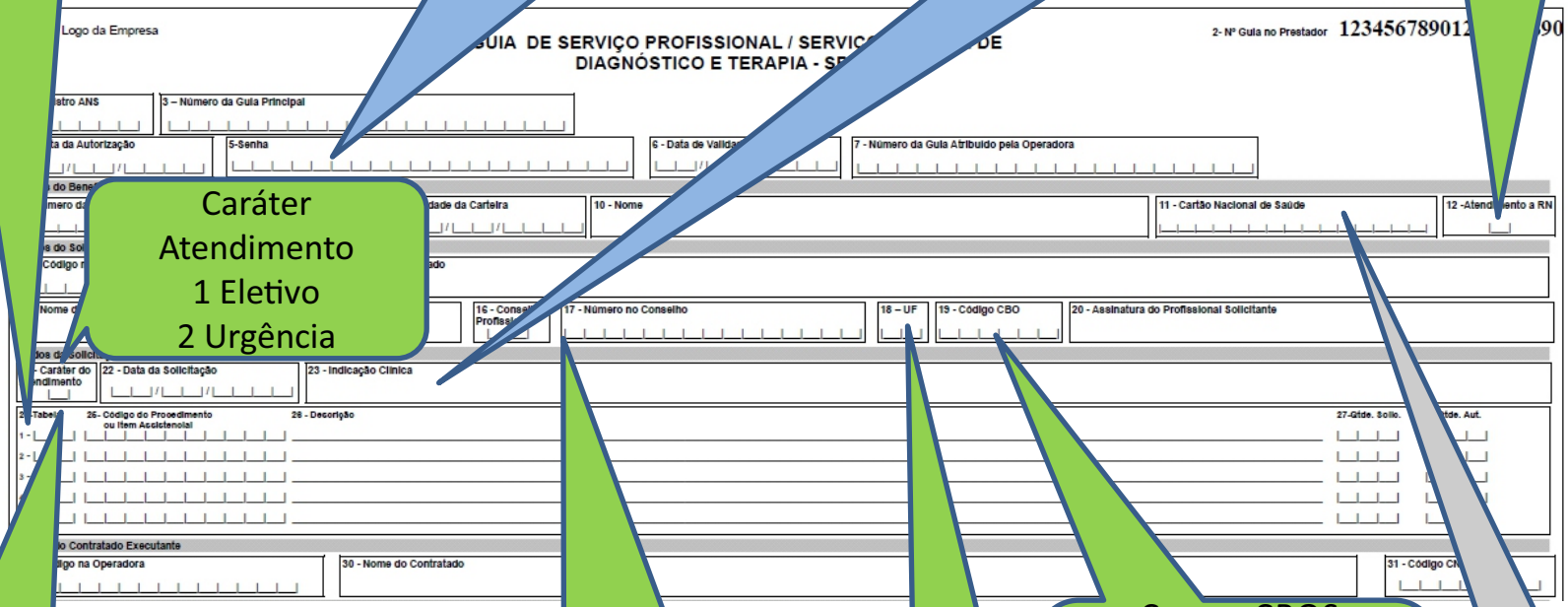
Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Campos 4 , 5 e 6 (Data, Senha e Validade da Autorização) obrigatórios somente se procedimento exige autorização da Operadora

Campos 23 (Indicação Clinica) Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade.

Legenda
S = Sim
N = Não

Caráter Atendimento
1 Eletivo
2 Urgência



Caráter do Atendimento tabela de domínio 23

Conselho Profissional tabela de domínio 26 **(06 Conselho Regional de Medicina (CRM))**

(UF) tabela de domínio 59 **(26 PE 29 BA)**

Campo CBOS tabela de domínio 24 **(Ex: 225250 Médico ginecologista e obstetra)**

Campo CNS opcional

Guia de SADT
Legenda / Campos Opcionais

Tipo de Atendimento tabela de domínio 50

Indicação de Acidente tabela de domínio 36
0 Trabalho
1 Trânsito
2 Outros
9 Não Acidente

Tipo de Consulta tabela de domínio 52
1 Primeira Consulta
2 Retorno
3 Pré-natal
4 Por encaminhamento

Motivo de Encerramento tabela de domínio 39

Via de Acesso tabela de domínio 61
1 Única
2 Mesma via
3 Diferentes vias

Técnica Utilizada tabela de domínio 48
1 Convencional
2 Video
3 Robótica

IMPORTANTE !!!
Os campos 48 a 55 somente haverá necessidade de preenchimento caso existam executantes diferentes na mesma guia para serviços

IMPORTANTE !!!
Para guias SADTos campos (Via, Técnica e Fator Redução e Acrécimo) não precisam ser preenchidos

Grau Participação
00 Cirurgião
01 Primeiro Auxiliar
02 Segundo Auxiliar
03 Terceiro Auxiliar
06 Anestesista
10 Pediatra na sala de parto
12 Clínico
Demais verificar na tabela de domínio 35

Campo opcional (Observação / Justificativa)

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Conselho Profissional tabela de domínio 26
(06 Conselho Regional de Medicina (CRM))

(UF) tabela de domínio 59
(26 Pernambuco PE
29 Bahia BA)

Campo 16 CBOS tabela de domínio 24
(Ex: 225250 Médico ginecologista e obstetra)

Anexo de Outras Despesas
Alterações

Logo da Empresa

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

1 - Registro ANS

2 – Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 – Código CNES

Despesas Realizadas

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

01-
20-Descrição
02-
20-Descrição
03-
20-Descrição
04-
20-Descrição
05-
20-Descrição
06-
20-Descrição
07-
20-Descrição
08-
20-Descrição
09-
20-Descrição
10-
20-Descrição

21 - Total de Gases Medicinais (R$)

22 - Total de Medicamentos (R$)

23 - Total de Materiais (R$)

24 - Total de OPME (R$)

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)

26 - Total de Diárias (R$)

27 - Total Geral (R$)

Anexo de Outras Despesas Parte 1

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Não houve qualquer exclusão de campo nesta parte da guia.

Logo da Empresa

GUIA DE OUTRAS DESPESAS

1 - Registro ANS

2 - Nº Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

4 - Nome do Contratado

5- Código CNES

Código de Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

8-CD 7-Data 8-Hora Inicial 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 12-Qtde. 13-% Red. / Acresc. 14-Valor Unitário - R$ 15-Valor Total - R$

1-

16-Descrição

2-

16-Descrição

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 13 (Unidade de Medida), 17 (Registro ANVISA do Material), 18 (Referência do material do fabricante) e 19 (Num Autorização de Funcionamento) foram incluídos.

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

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

01-

20-Descrição

02-

20-Descrição

Anexo de Outras Despesas Parte 2

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Os campos 20 (Total Taxas) e 22 (Total de Aluguéis) foram agrupados em um único campo na TISS 3.01.00

17 - Total Gases Medicinais R$	18 - Total Medicamentos R$	19 - Total Materiais R$	20 - Total Taxas Diversas R$	21 - Total Diárias R$	22 - Total Aluguéis R$	23 - Total Geral R$

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campo 24 (Total de OPME) foi incluído

Agrupado o campo 25 (Total de Taxas e Aluguéis) que na TISS 2.02.03 eram separados.

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$)

Anexo de Outras Despesas
Legenda / Campos Opcionais

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

Despesas Realizadas

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

01-

20-Desc

Unidade de Medida Campo Opcional

Número de Autorização de Funcionamento Campo Opcional

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

Código Despesa (tabela de domínio 25)
01 Gases medicinais
02 Medicamentos
03 Materiais
05 Diárias
07 Taxas e aluguéis
08 OPME

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Unidade de Medida tabela de domínio 48
Ex: 001 Ampola
005 Caixa
008 Comprimido

Guia de Honorários
Alterações

Logo da Empresa

GUIA DE HONORÁRIOS
(Somente para pacientes internados)

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS | 3- Nº Guia de Solicitação de Internação | 4 - Senha | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira | 7 - Nome | 8 - Atendimento a RN

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

9 - Código na Operadora | 10 - Nome do Hospital/Local | 11-Código CNES

Dados do Contratado Executante

12 - Código na Operadora | 13 - Nome do Contratado | 14 - Código CNES

Dados da internação

15 – Data do Início do Faturamento | 16 – Data do Fim do Faturamento

Procedimentos Realizados

	17-Data	18-Hora Inicial	19-Hora Final	20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Qtde.	24-Via	25-Tec	26- Fator Red / Acresc	27-Valor Unitário - R$	28-Valor Total – R$
01-												
02-												
03-												
04-												
05-												
06-												
07-												
08-												
09-												
10-												

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

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

37- Observação / Justificativa

38- Valor total dos honorários

39 - Data de emissão

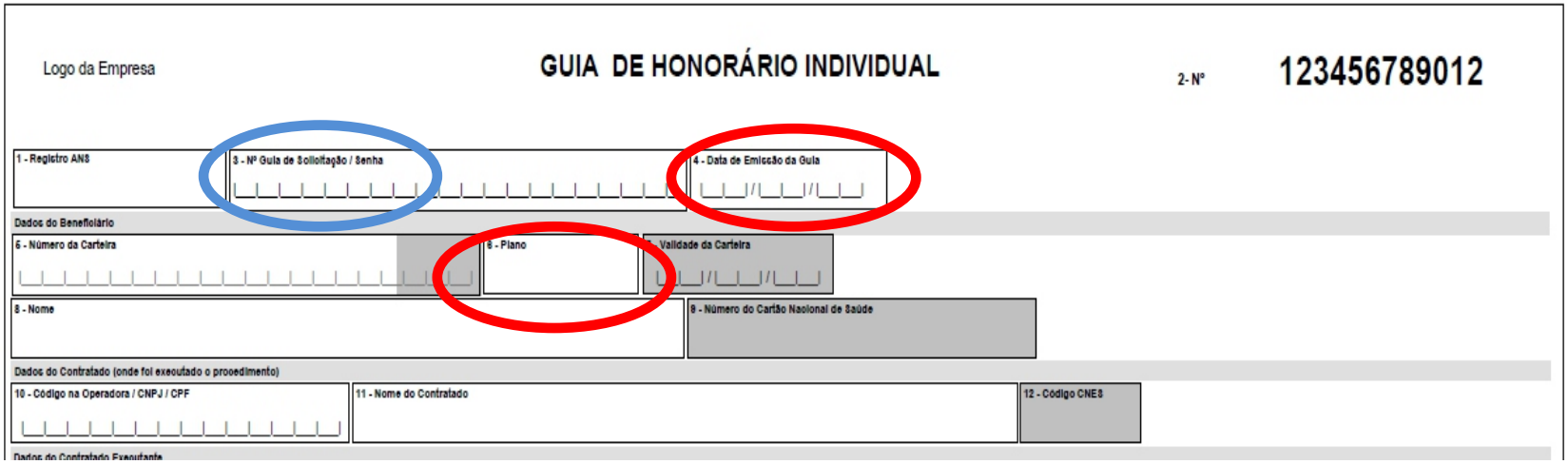
40 - Assinatura do Profissional Executante

Guia de Honorários Parte 1

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

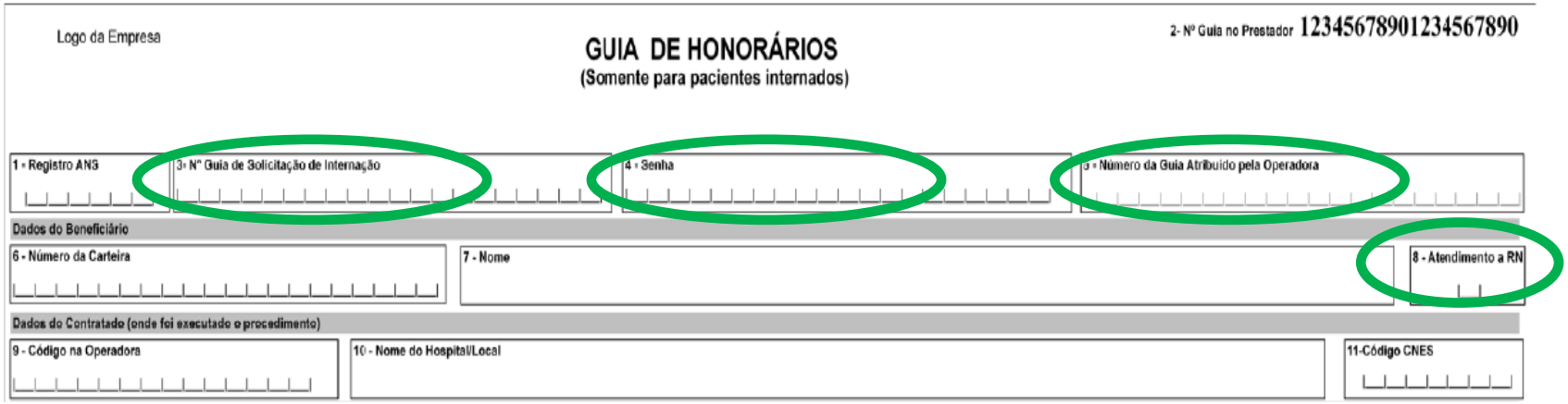
Campos 4 (Data Emissão) e 6 (Plano) foram excluídos

Campo 3 (Num. Guia de Solicitação / Senha) houve um desmembramento em dois campos na guia 3.01.00



Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 3 a 5 e campo 8 (Atendimento a RN) foram incluídos.

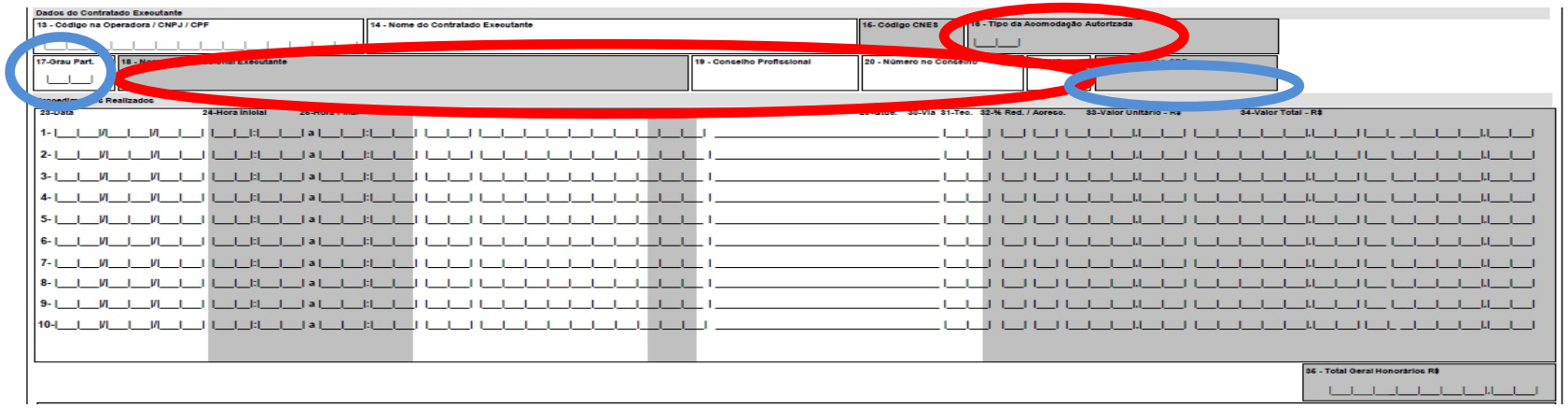


Guia de Honorários Parte 2

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campo 16 (Tipo de Acomodação Autorizada) e 18 ao 21 (Dados Executante) foram excluídos

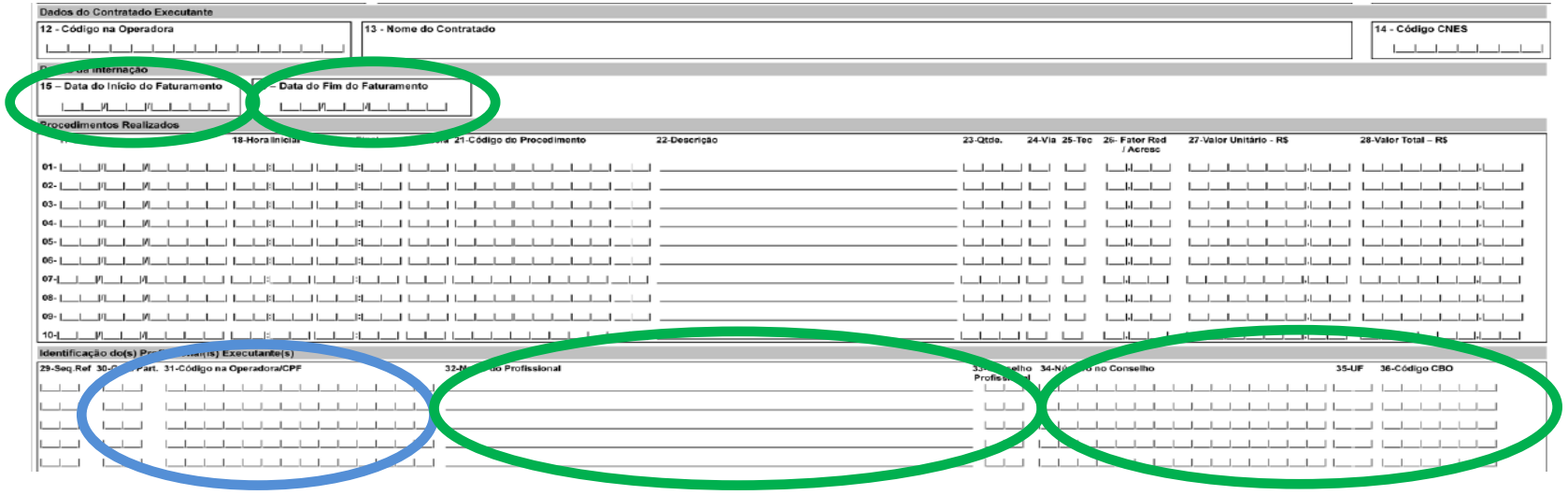
Campos 17 (Grau Participação) e 22 (Número do CPF) foram alteradas suas posições na 3.01.00



Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 15 e 16 (Data de Início e Fim do Faturamento) e 31 ao 36 (Identificação do Executante) foram incluídos

Campos 30 (Grau Participação) e 31 (Código na Operadora / CPF) foram alteradas suas posições.

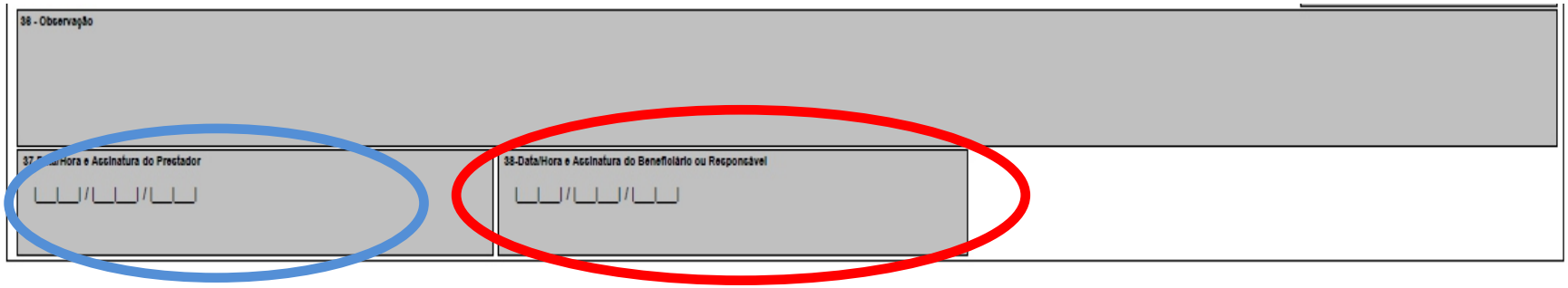


Guia de Honorários Parte 3

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

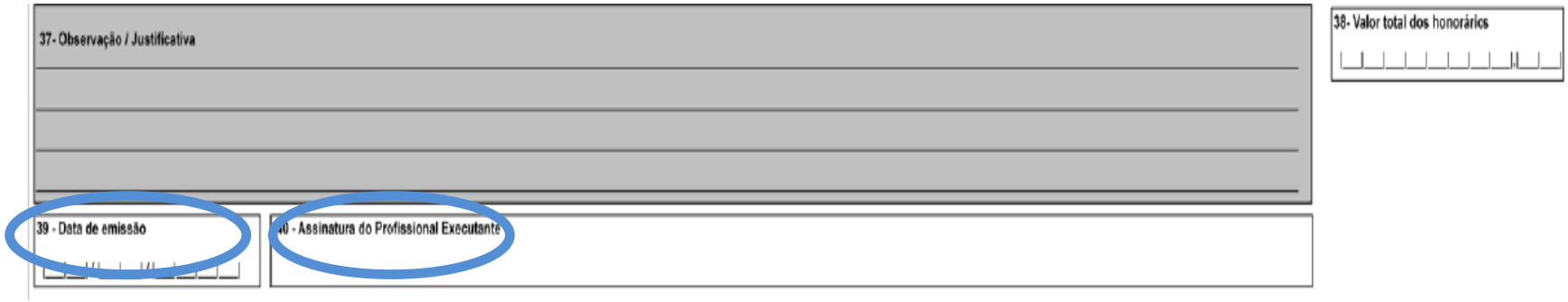
Campo 38 (Data e Assinatura do Beneficiário) foi excluído.

Campo 37 foi desmembrado em dois campos na Guia 3.01.00



Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 39 e 40 foram desmembrados em relação a Guia 2.02.03



Guia de Honorários
Legenda / Campos Opcionais

Atendimento RN
S = Sim
N = Não

Logo da Empresa

GUIA DE HONORÁRIOS
(Somente para pacientes internados)

2- Nº Guia no Prestador 12345678 4567890

1 - Registro ANS

3- Nº Guia de Solicitação de Internação

4 - Senha

5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira

7 - Nome

8 - Atendimento a RN

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Hospital/Local

11-Código CNES

Dados do Contratado Executante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Código CNES

Dados da internação

15 – Data do Inicio do Faturamento

16 – Data do Fim do Faturamento

Guia de Honorários
Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Via de Acesso
tabela de domínio 61
1 Única
2 Mesma via
3 Diferentes vias

Técnica Utilizada
tabela de domínio 48
1 Convencional
2 Video
3 Robótica

Procedimentos Realizados

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

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

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

Grau Participação
00 Cirurgião
01 Primeiro Auxiliar
02 Segundo Auxiliar
03 Terceiro Auxiliar
06 Anestesista
10 Pediatra na sala de parto
12 Clínico
Demais verificar na tabela de domínio 35

Conselho Profissional
tabela de domínio 26
(06 Conselho Regional de Medicina (CRM))

(UF)
tabela de domínio 59
(26 Pernambuco PE
29 Bahia BA)

Campo 16 CBOS
tabela de domínio 24
(Ex: 225250 Médico ginecologista e obstetra)

Guia de Solicitação de Internação (Alterações)

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 – Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9-Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 – Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 – Previsão de uso de OPME

27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29-CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diarias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

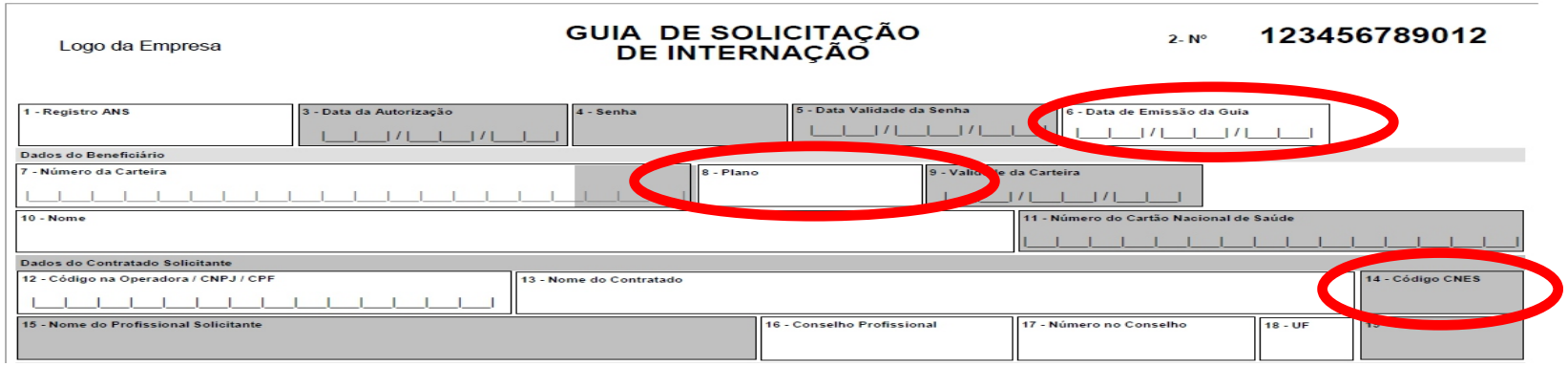
48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

Guia de Solicitação de Internação Parte 1

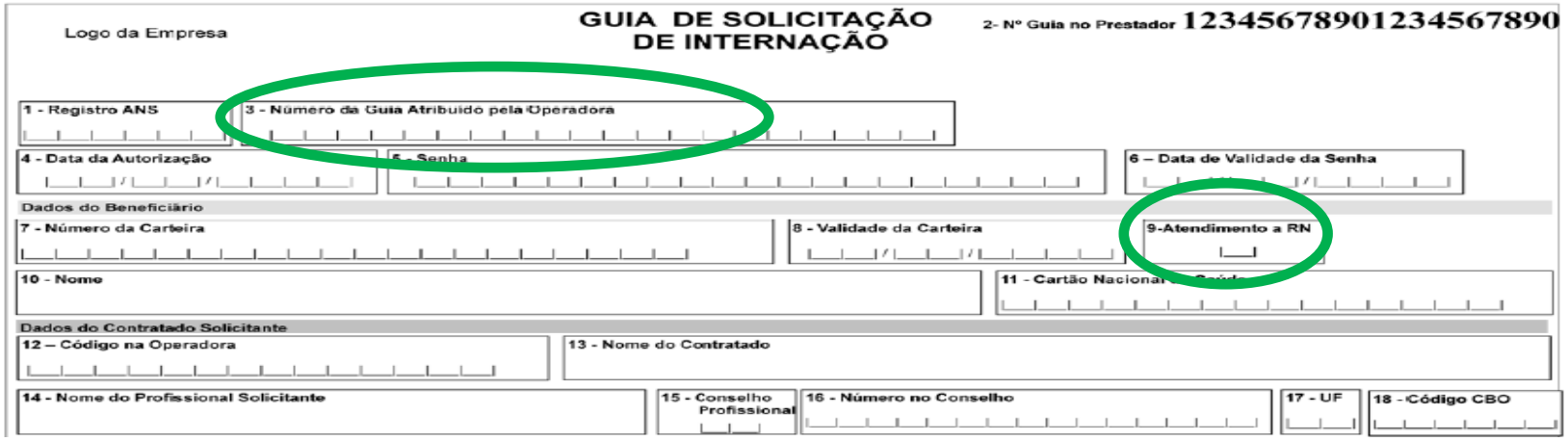
Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 6 (Data de Emissão), 8 (Plano) e 14 (CNES) foram excluídos



Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 3 (Número Guia Operadora) e 9 (Atendimento a RN) foram incluídos



Guia de Solicitação de Internação Parte 2

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 27 e 28 (Tipo e Tempo de Doença) foram excluídos

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20- Código na Operadora / CNPJ

21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação
E - Eletiva U - Urgência/Emergência

23-Tipo de Internação
1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

25 - Qtde. Diarias Solicitadas

26 - Indicação Clínica

27-Tipo Doença
A - Aguda C - Crônica

28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente
A-Anos M-Meses D-Dias

29 - Indicação de Acidente
0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30-CID 10 Principal

31 - CID 10 (2)

33 - CID 10 (4)

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 21 (Data Sugerida para Internação), 26 (Uso OPME) e 27 (Uso Quimioterápico) foram incluídos

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 – Previsão de uso de OPME

27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29-CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Guia de Solicitação de Internação Parte 3

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 39 a 44 referentes a OPME foram excluídos, esses dados devem ser solicitados na Guia de Anexo de OPME

Procedimentos Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solict	38 - Qtde. Aut
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

OPM Solicitados

39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM	42-Qtde.	43-Fabricante	44-Valor Unitário R$
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Não houve inclusões de campos nesta parte da Guia.

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

Guia de Solicitação de Internação Parte 4

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 52 a 54 houve o desmembramento dos campos, ficam apenas um campo de data e três campos para as assinaturas

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar

46 - Qtde. Diarias Autorizadas

47 - Tipo da Acomodação Autorizada

48 - Código na Operadora / CNPJ

49 - Nome do Prestador Autorizado

50 - Código CNES

51 - Observação

52-Data e Assinatura do Médico Solicitante

53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Desmembramento dos campos de Data e Assinatura.

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diarias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 – Observação / Justificativa

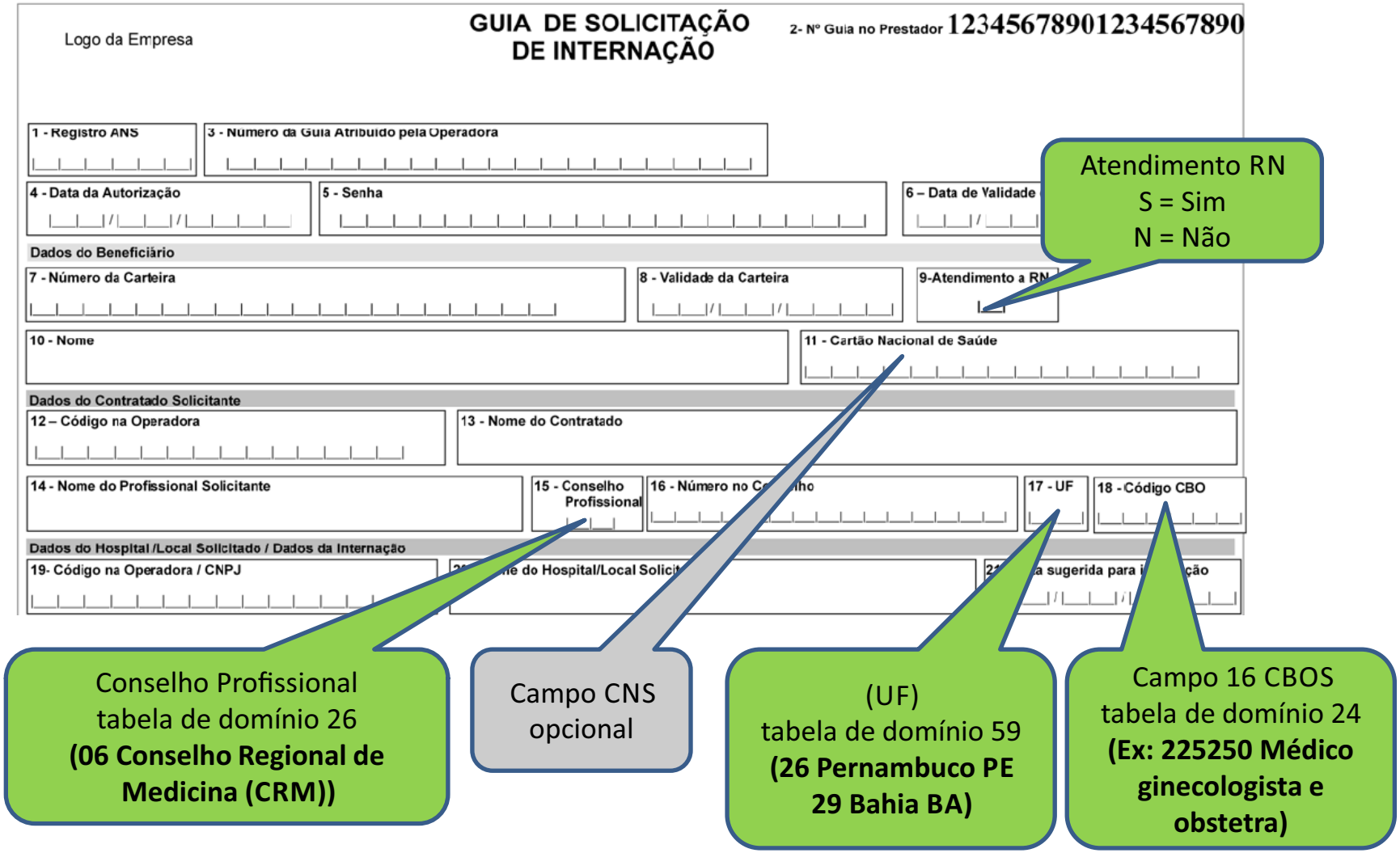
46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

Guia de Solicitação de Internação
Legenda / Campos Opcionais



Guia de Solicitação de Internação
Legenda / Campos Opcionais

Caráter Atendimento
1 Eletivo
2 Urgência

Tipo de Internação
1 Clínica
2 Cirúrgica
3 Obstétrica
4 Pediátrica
5 Psiquiátrica

Regime de Internação
1 Hospitalar
2 Hospital–dia
3 Domiciliar

Uso OPME
S = Sim
N = Não

Uso Quimio
S = Sim
N = Não

22 - Caráter do Atendimento | 23-Tipo de Internação | 24 - Regime de Internação | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas | 26 – Previsão de uso de OPME | 27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Campo CID opcional

29-CID 10 Principal | 30 - CID 10 (2) | 31 - CID 10 (3) | 32 - CID 10 (4) | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 – Qtde Aut
01-				

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Indicação de Acidente
tabela de domínio 36
0 Trabalho
1 Trânsito
2 Outros
9 Não Acidente

Guia de Solicitação de Internação
Legenda / Campos Opcionais

Tipo de Acomodação
Tabela de domínio 49
Ex: 12 APARTAMENTO SIMPLES
41 QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diarias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

Campo Observação / Justificativa opcional

Guia de Resumo de Internação
Alterações

Logo da Empresa

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7- Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10- Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12-Atendimento a RN

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNES

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento

17 - Tipo de Faturamento

18- Data do Início do Faturamento

19- Hora do Início do Faturamento

20- Data do Fim do Faturamento

21- Hora do Fim do Faturamento

22- Tipo de Internação

23- Regime de Internação

24 - 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$)

58 - Total de OPME (R$)

59 - Total de Medicamentos (R$)

60 - Total de Gases Medicinais (R$)

61 - Total Geral (R$)

62- Data da assinatura do contratado

63- Assinatura do contratado

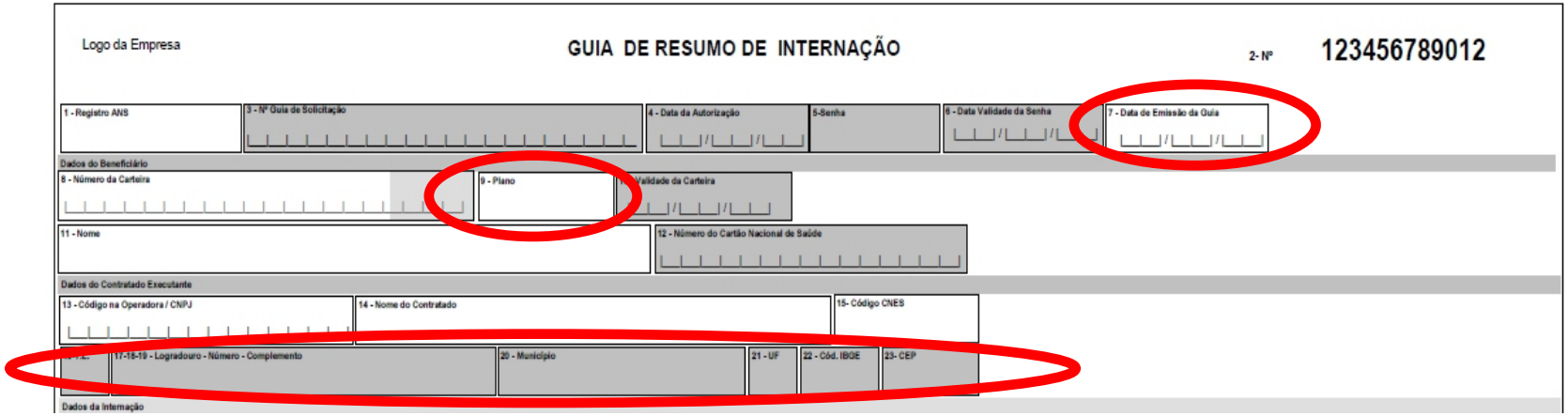
64-Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

65 – Observações / Justificativa

Guia de Resumo de Internação Parte 1

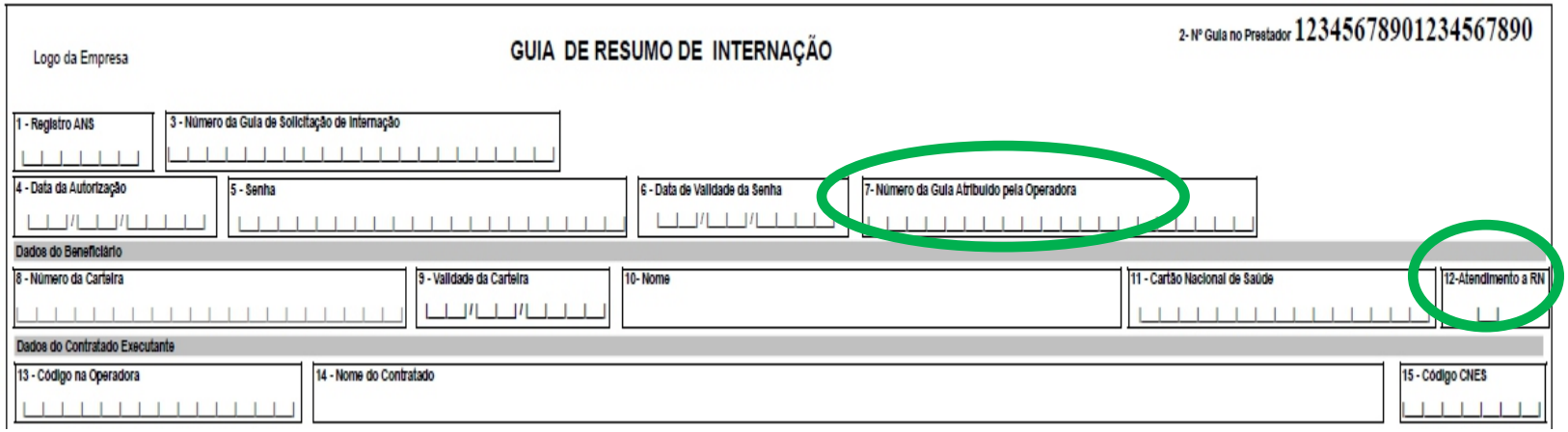
Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 7 (Data de Emissão), 9 (Plano) e 16 ao 23 (Endereço do Executante) foram excluídos



Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campos 7 (Número Guia Operadora) e 12 (Atendimento a RN) foram incluídos



Guia de Resumo de Internação Parte 2

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

Campos 30 ao 32 (Informações obstétricas e neonatal) foram excluídos

Dados da Internação

24 - Caráter da Internação | 25 - Tipo Acomodação Autorizada | 26 - Data/Hora da Internação | 27 - Data/Hora da Saída Internação | 28 - Tipo Internação | 29 - Regime de Internação

1-Clínica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica

1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X")

-Em gestação -Aborto -Transtorno materno relacionado a gravidez -Complic. Puerpério -Complicação Neonatal -Bx. Peso <2,5 Kg. -Parto Cesáreo -Parto Normal

31 - Se óbito em mulher | 32 - Se óbito neonatal | 33 - Nº Decl. Nasc. Vivos | 34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo | 35 - Qtde. Nasc. Mortos | 36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro

2 - até 42 dias após término gestação

de 43 dias a 12 meses após término gestação

- Qtde. óbito neonatal precoce

Qtde. óbito neonatal tardio

Dados da Saída da Internação

37-CID 10 Principal | 38 - CID 10 (2) | 39 - CID 10 (3) | 40 - CID 10 (4) | 41 - Indicador de Acidente | 42 - Motivo Saída | 43 - CID 10 Óbito | 44 - Nº Declaração do Óbito

0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros

Procedimentos e Exames Realizados

45-Data | 46-Hora Inicial | 47-Hora Final | 48-Tabela | 49-Código do Procedimento | 50-Descrição | 51-Qtde. | 52-Via | 53-Téc. | 54-% Red. / Acresc. | 55-Valor Unitário - R$ | 56-Valor Total - R$

1- 2- 3- 4- 5-

Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Única inclusão de campo nesta parte da guia foi o campo 33 (Indicador Declaração de Óbito de RN)

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 - Número 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$) | 45-Valor Total (R$)

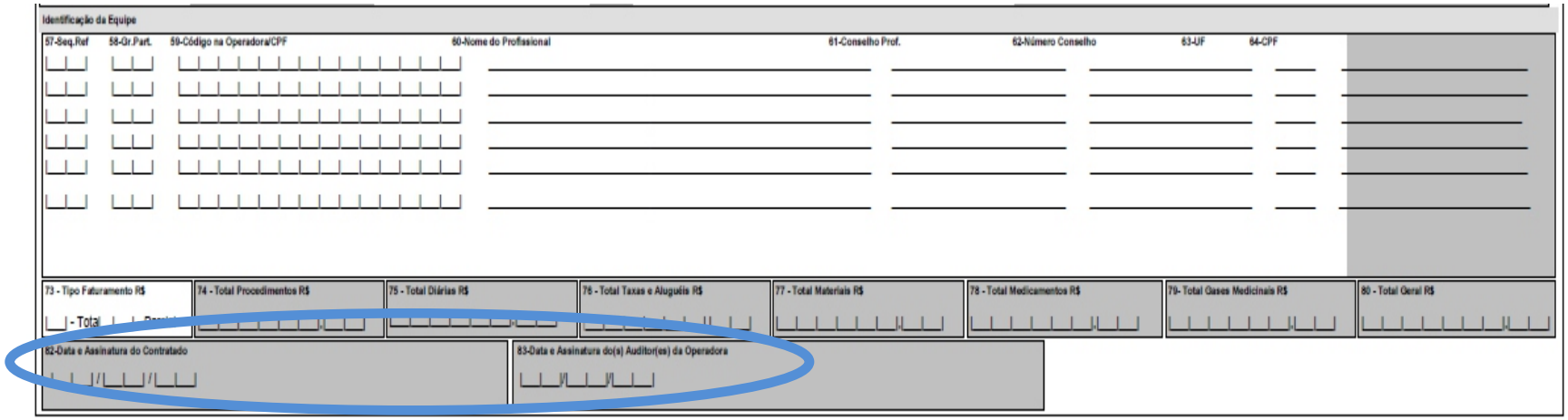
01- 02- 03- 04- 05- 06- 07- 08- 09- 10-

Obs: Se o campo 33 for informado com S=Sim os dados de óbito na guia referem-se ao óbito do RN, sendo preenchido com N=Não referem-se ao óbito da Mãe, uma vez preenchido o campo 33 o campo 32 (Número da Declaração de Óbito) torna-se obrigatório.

Guia de Resumo de Internação Parte 3

Versão TISS 2.02.03 (Atual)

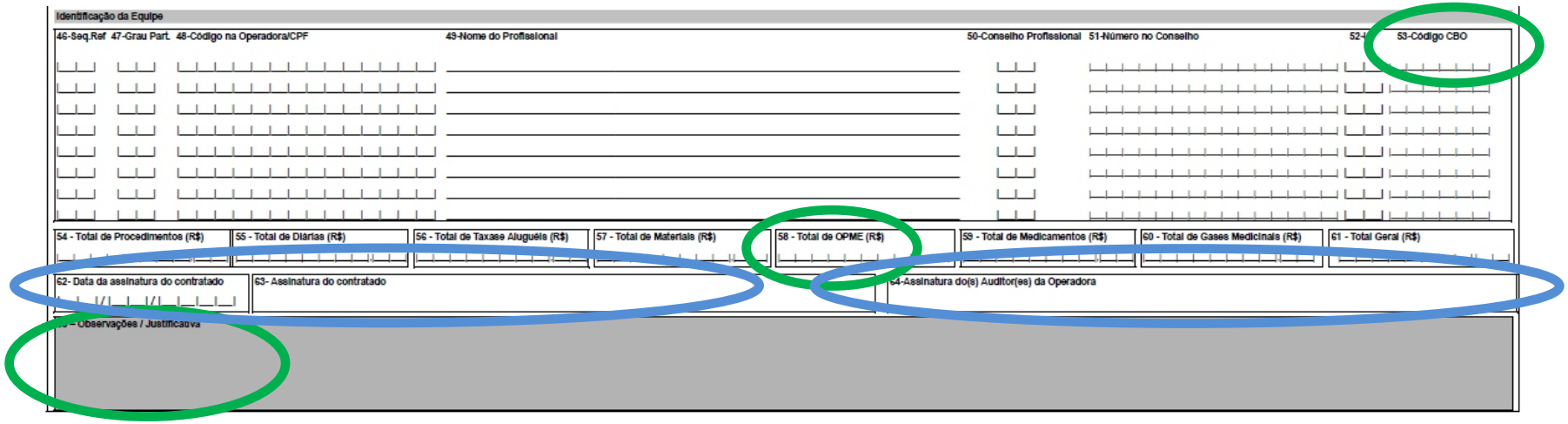
Desmembramento dos campos de Data e Assinatura.



Versão TISS 3.01.00 (Nova)

Campo 53 (CBOS), 58 (Valor OPME) e 65 (Observações / Justificativa) foram incluídos.

Desmembramento dos campos de Data e Assinatura.



Guia de Resumo de Internação
Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7- Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10- Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12-Atendimento a RN

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNES

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento

17 - Tipo de Faturamento

18- Data do Início do Faturamento

19- Hora do Início do Faturamento

20- Data do Fim do Faturamento

21- Hora do Fim do Faturamento

22- Tipo de Internação

23- Regime de Internação

Atendimento RN
S = Sim
N = Não

Caráter Atendimento
1 Eletivo
2 Urgência

Tipo de Faturamento
1 Parcial
2 Final
3 Complementar
4 Total

Tipo de Internação
1 Clínica
2 Cirúrgica
3 Obstétrica
4 Pediátrica
5 Psiquiátrica

Regime de Internação
1 Hospitalar
2 Hospital–dia
3 Domiciliar

Guia de Resumo de Internação
Legenda / Campos Opcionais

Campo CID opcional

Indicação de Acidente
tabela de domínio 36
0 Trabalho
1 Trânsito
2 Outros
9 Não Acidente

Motivo de Encerramento tabela de domínio 39

Campo CID Óbito opcional

Atendimento RN
S = Sim
N = Não

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-												

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Via de Acesso tabela de domínio 61
1 Única
2 Mesma via
3 Diferentes vias

Técnica Utilizada
tabela de domínio 48
1 Convencional
2 Video
3 Robótica

Guia de Resumo de Internação
Legenda / Campos Opcionais

Grau Participação
00 Cirurgião
01 Primeiro Auxiliar
02 Segundo Auxiliar
03 Terceiro Auxiliar
06 Anestesista
10 Pediatra na sala de parto
12 Clínico
Demais verificar na (tabela de domínio 35)

Conselho Profissional
tabela de domínio 26
(06 Conselho Regional de Medicina (CRM))

(UF)
tabela de domínio 59
(26 Pernambuco PE
29 Bahia BA)

Campo 16 CBOS
tabela de domínio 24
(Ex: 225250 Médico ginecologista e obstetra)

Identific pe

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

54 - Total de Procedimentos (R$)	55 - Total de Diárias (R$)	56 - Total de Taxase Aluguéis (R$)	57 - Total de Materiais (R$)	58 - Total de OPME (R$)	59 - Total de Medicamentos (R$)	60 - Total de Gases Medicinais (R$)	61 - Total Geral (R$)

62- Data da assinatura do contratado	63- Assinatura do contratado	64-Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
__/__/____		

65 – Observações / Justificativa

Campo Observação / Justificativa opcional

Novas Guias

- Anexo de Solicitações de Quimioterapia;
- Anexo de Solicitações de Radioterapia;
- Anexo de Solicitações de OPME;
- Solicitação de Prorrogação de Internação;
- Guia de Recurso de Glosa.

Anexo de Solicitações de Quimioterapia
Nova Guia

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referenciada | 4 - Senha | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia Atribuido 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 - PlanoTerapêutico

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-Observação / Justificativa

41- Número de Ciclos Previstos | 42 - Ciclo Atual | 43-Intervalo entre Ciclos (em dias) | 44 - Data da Solicitação | 45-Assinatura do Profissional Solicitante | 46-Assinatura do Responsável pela Autorização

Anexo de Solicitações de Quimioterapia
Parte 1

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Logo da Empresa

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

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 - PlanoTerapêutico

22 - Estadiamento

23 - Tipo de Quimioterapia

24 - Finalidade

25 - ECOG

27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

28 - Informações relevantes

Anexo de Solicitações de Quimioterapia
Parte 2

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

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

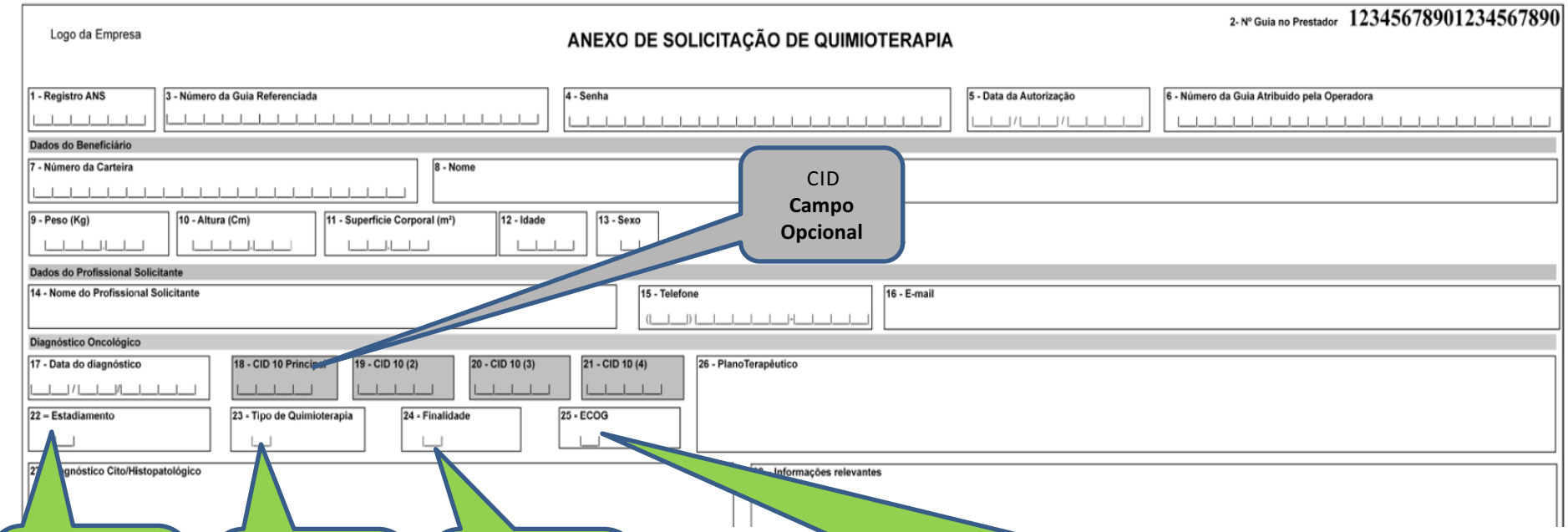
39 - Data da Aplicação

__/__/____

40-Observação / Justificativa

41- Número de Ciclos Previstos	42 - Ciclo Atual	43-Intervalo entre Ciclos (em dias)	44 - Data da Solicitação	45-Assinatura do Profissional Solicitante	46-Assinatura do Responsável pela Autorização
__	__	___	__/__/____		

Anexo de Quimioterapia
Legenda / Campos Opcionais


Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referenciada | 4 - Senha | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia Atribuido 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 - PlanoTerapêutico

22 - Estadiamento | 23 - Tipo de Quimioterapia | 24 - Finalidade | 25 - ECOG

27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico | 28 - Informações relevantes

CID
Campo Opcional

Estadiamento do tumor (tabela de domínio 31)
1 - I
2 - II
3 - III
4 - IV
5 - Não se aplica

Tipo de Quimioterapia (tabela de domínio 58)
1 - 1a linha
2 - 2a linha
3 - 3a linha
4 - Outras linhas

Finalidade do Tratamento (tabela de domínio 33)
1 - Curativa
2 - Neoadjuvante
3 - Adjuvante
4 - Paliativa
5 - Controle

Escala de capacidade funcional
(tabela de domínio 30)

0 - Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico.
1 - Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.
2 - Autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília.
3 - Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.
4 - Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.

Anexo de Quimioterapia
Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Via de administração do medicamento
Ex: 01 Bucal
02 Capilar
03 Dermatológica
04 Epidural
Demais (tabela de domínio 62)

Medicamentos e Drogas solicitadas

29-Data Prevista para Administração	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	-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-Observação / Justificativa

41- Número de Ciclos Previstos	42 - Ciclo Atual	43-Intervalo entre Ciclos (em dias)	44 - Data da Solicitação	45-Assinatura do Profissional Solicitante	46-Assinatura do Responsável pela Autorização
__	__	____	__/__/__		

Campo Observação / Justificativa opcional

Anexo de Solicitações de Radioterapia
Nova Guia

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

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

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira | 8 - Nome | 9 - Idade | 10 - Sexo

Dados do Profissional Solicitante

11 - Nome do Profissional Solicitante | 12 - Telefone | 13 - E-mail

Diagnóstico Oncológico

14 - Data do diagnóstico | 15 - CID 10 Principal | 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

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação

Procedimentos Complementares

29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
01-				
02-				
03-				
04-				
05-				
06-				

29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
07-				
08-				
09-				
10-				
11-				
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-Observação/Justificativa

40 - Data da Solicitação | 41-Assinatura do Profissional Solicitante | 42-Assinatura do Autorizador da Operadora

Anexo de Solicitações de Radioterapia
Parte 1

Versão TISS 3.01.00 (NovaGuia)

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

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

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome	9 - Idade	10 - Sexo

Dados do Profissional Solicitante

11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Telefone	13 - E-mail
	(__)____-____	

Diagnóstico Oncológico

14 - Data do diagnóstico	15 - CID 10 Principal	16 - CID 10 (2)	17 - CID 10 (3)	18 - CID 10 (4)	19 - Diagnóstico por Imagem	20 - Estadiamento	21 - ECOG	22 - Finalidade
__/__/____								

Anexo de Solicitações de Radioterapia
Parte 2

Versão TISS 3.01.00 (NovaGuia)

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

24 - Informações relevantes

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização

|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação

|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Anexo de Solicitações de Radioterapia
Parte 3

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Procedimentos Complementares

	29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
01-	__/__/____	__	_____	_____	___,__
02-	__/__/____	__	_____	_____	___,__
03-	__/__/____	__	_____	_____	___,__
04-	__/__/____	__	_____	_____	___,__
05-	__/__/____	__	_____	_____	___,__
06-	__/__/____	__	_____	_____	___,__

	29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
07-	__/__/____	__	_____	_____	___,__
08-	__/__/____	__	_____	_____	___,__
09-	__/__/____	__	_____	_____	___,__
10-	__/__/____	__	_____	_____	___,__
11-	__/__/____	__	_____	_____	___,__
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-Observação/Justificativa

40 - Data da Solicitação	41-Assinatura do Profissional Solicitante	42-Assinatura do Autorizador da Operadora
__/__/____		

Anexo de Radioterapia
Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Finalidade do Tratamento (tabela de domínio 33)
1 - Curativa
2 - Neoadjuvante
3 - Adjuvante
4 - Paliativa
5 - Controle

Estadiamento do tumor (tabela de domínio 31)
1 - I
2 - II
3 - III
4 - IV
5 - Não se aplica

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 123456

1 - Registro ANS | 3 - Número d… énciada | 4 -Senha | 5 - Data da Autorização | 6 - N…

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira | 8 - Nome | 9 - Idad… | 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 - Estadiam… | 21 - ECOG | 22 - Finalidade

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico | 24 - Informações relevantes

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

Campo CID Opcional

Diagnóstico Citopatológico e Histopatológico Campo Opcional

Diagnóstico por Imagem (tabela de domínio 29)
1 Tomografia
2 Ressonância Magnética
3 Raios-X
4 Outras
5 Ultrassonografia
6 PET

Escala de capacidade funcional (tabela de domínio 30)

0 - Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico.
1 - Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.
2 - Autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília.
3 - Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.
4 - Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.

Anexo de Radioterapia
Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação

Procedimentos Complementares

29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
01-				
02-				
03-				
04-				
05-				
06-				

29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
07-				
08-				
09-				
10-				
11-				
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-Observação/Justificativa

40 - Data da Solicitação

41-Assinatura do Profissional Solicitante

42-Assinatura do Autorizador da Operadora

Campo Observação / Justificativa opcional

Anexo de Solicitações de OPME
Nova Guia

Logo da Empresa

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

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Referenciada

4 - Senha

5 - Data da Autorização

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Dados do Profissional Solicitante

9- Nome do Profissional Solicitante

10 - Telefone

11 - E-mail

Dados da Cirurgia

12 – Justificativa Técnica

OPME Solicitadas

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

01-

02-

03-

04-

05-

06-

24 - Especificação do Material

25- Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação

27- Assinatura do Profissional Solicitante

28- Assinatura do Responsável pela Autorização

Anexo de Solicitações de OPME
Parte 1

Versão TISS 3.01.00 (NovaGuia)

Logo da Empresa

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

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

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

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome

Dados do Profissional Solicitante

9- Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail
	(__)____-____	

Dados da Cirurgia

12 – Justificativa Técnica

Anexo de Solicitações de OPME
Parte 2

Versão TISS 3.01.00 (NovaGuia)

OPME Solicitadas

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

01-

02-

03-

04-

Anexo de Solicitações de OPME
Parte 3

Versão TISS 3.01.00 (NovaGuia)

24 - Especificação do Material

25- Observação / Justificativa

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

Anexo de OPME
Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa

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

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

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

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome

Dados do Profissional Solicitante

9- Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail
	(__) ____-____	

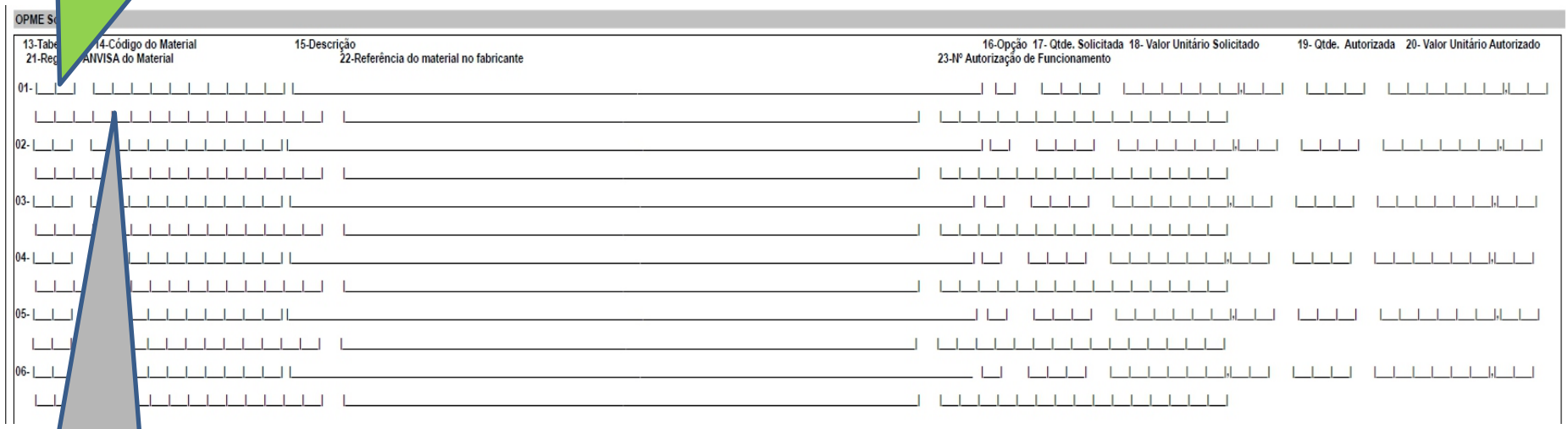
Dados da Cirurgia

12 – Justificativa Técnica

Email obrigatório somente se o solicitante possuir

Anexo de OPME
Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos



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

Solicitação de Prorrogação de Internação
Nova Guia

Logo da Operadora

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- Nº Guia no Prestador 1234567890123456789 0

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 Contrataco Solicitante

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Conselho Profissional

13 - Número no Conselho

14 – UF

15 - Código CBO

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

17 – Tipo da Acomodação Solicitada

18 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adcionais Solicitados

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

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação __/__/____

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Solicitação de Prorrogação de Internação
Parte 1

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

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

Solicitação de Prorrogação de Internação
Parte 2

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

17 – Tipo da Acomodação Solicitada

18 - Indicação Clínica

Solicitação de Prorrogação de Internação
Parte 3

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

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

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas	25 - Tipo da Acomodação Autorizada

Solicitação de Prorrogação de Internação
Parte 4

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|		

Guia de Prorrogação de Internação
Legenda / Campos Opcionais

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 Solicit

Tipo de Acomodação
Tabela de domínio 49
Ex: 12 APARTAMENTO SIMPLES
41 QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS

Conselho Profissional
tabela de domínio 26
(06 Conselho Regional de Medicina (CRM))

(UF)
tabela de domínio 59
(26 Pernambuco PE
29 Bahia BA)

Campo 16 CBOS
tabela de domínio 24
(Ex: 225250 Médico ginecologista e obstetra)

Guia de Prorrogação de Internação
Legenda / Campos Opcionais

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

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

Dados da ção

24 - Qtde. Adicionais Autorizadas	25 - Tipo da Acomodação Autorizada

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Tipo de Acomodação
Tabela de domínio 49
Ex: 12 APARTAMENTO SIMPLES
41 QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS

Guia de Prorrogação de Internação
Legenda / Campos Opcionais

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
|__|__|/|__|__|/|__ |__|		

Campo Observação / Justificativa opcional

Guia de Recurso de Glosa
Nova Guia

Logo da Empresa

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora

4 - Objeto do Recurso

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora

Dados do Contratado

6- Código na Operadora

7 - Nome do Contratado

Dados do recurso do protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)

12 - Acatado

Dados do recurso da guia

13- Número da guia no prestador

14- Número da guia atribuído pela operadora

15-Senha

16-Código da glosa da guia

17-Justificativa (no caso de recurso integral da guia)

18 - Acatado

Dados do recurso do procedimento ou item assistencial

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

30 - Valor Total Recursado (R$)

31 - Valor Total Acatado (R$)

32 - Data do Recurso

33 - Assinatura do Contratado

34 - Data da Assinatura da Operadora

35 - Assinatura da Operadora

Guia de Recurso de Glosa
Parte 1

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Logo da Empresa

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

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

Dados do Contratado

6- Código na Operadora	7 - Nome do Contratado

Dados do recurso do protocolo

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

Dados do recurso da guia

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

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

Guia de Recurso de Glosa
Parte 2

Versão TISS 3.01.00 (Nova Guia)

Dados do recurso do procedimento ou item assistencial

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

30 - Valor Total Recursado (R$)	31 - Valor Total Acatado (R$)
____,__	____,__

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

Guia de Recursos de Glosa
Legenda / Campos Opcionais

Logo da Empresa

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

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

Dados do Contratado

6- Código na Operadora | 7 - Nome do Contratado

Dados do recurso do protocolo

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

Dados do recurso da guia

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

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

Acatado
S = Sim
N = Não

Código da Gloa da Guia
1001 NÚMERO DA CARTEIRA INVÁLIDO
1008 ASSINATURA DIVERGENTE
1009 BENEFICIÁRIO COM PAGAMENTO EM ABERTO
1010 ASSINATURA DO TITULAR / RESPONSÁVEL INEXISTENTE
Demais Glosas na (tabela de domínio 38)

Código da Gloa do Protocolo
1001 NÚMERO DA CARTEIRA INVÁLIDO
1008 ASSINATURA DIVERGENTE
1009 BENEFICIÁRIO COM PAGAMENTO EM ABERTO
1010 ASSINATURA DO TITULAR / RESPONSÁVEL INEXISTENTE
Demais Glosas na (tabela de domínio 38)

Acatado
S = Sim
N = Não

Guia de Recursos de Glosa
Legenda / Campos Opcionais

Tabela (tabela de domínio 87)
16 Procedimentos Médicos
18 Diárias, taxas e gases medicinais
19 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20 Medicamentos

Grau Participação
00 Cirurgião
01 Primeiro Auxiliar
02 Segundo Auxiliar
03 Terceiro Auxiliar
06 Anestesista
10 Pediatra na sala de parto
12 Clínico
Demais verificar na (tabela de domínio 35)

Código da Gloa do Protocolo
1001 NÚMERO DA CARTEIRA INVÁLIDO
1008 ASSINATURA DIVERGENTE
1009 BENEFICIÁRIO COM PAGAMENTO EM ABERTO
1010 ASSINATURA DO TITULAR / RESPONSÁVEL INEXISTENTE
Demais Glosas na (tabela de domínio 38)

Dados do recurso do procedimento ou item assistencial

19-Data de realização 26-Valor Recursado 28-Valor Acatado	20-Data final período 27-Justificativa do Prestador 29-Justificativa da Operadora	21-Tabela	22-Procedimento/Item assistencial	23-Descrição	24-Grau de Participação	25 da glosa
01- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|						
|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|						

30 - Valor Total Recursado (R$)	31 - Valor Total Acatado (R$)
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

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