



PADRÃO

conteúdo & **estrutura**

Fevereiro 2019

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	72
Solicitação de status de autorização	110
Situação do status de autorização	111
Envio de lote de anexos	154
Recebimento de lote de anexos	167
Envio de lote de guias para cobrança	180
Recebimento de lote de guias de cobrança	213
Solicitação de status do protocolo	221
Situação do protocolo	222

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	242
Resposta a solicitação de cancelamento da guia	243
Recurso de glosa	244
Recebimento do recurso de glosa	251
Resposta ao recurso de glosa	255
Solicitação de status do recurso de glosa	264
Solicitação de demonstrativos de retorno	265
Demonstrativos de retorno para o prestador	267
Parte III - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	290
Parte IV - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e beneficiários de planos de saúde	375
Parte V - Formulários do Plano de Contingência	389

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte I - Lista das mensagens padronizadas

Relação das mensagens padronizadas

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

Verificação de elegibilidade

Resposta à verificação de elegibilidade

Comunicação de internação ou alta do beneficiário

Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário

Solicitação de autorização para realização de procedimentos

Autorização para realização de procedimentos

Solicitação de status de autorização

Situação do status de autorização

Envio de lote de anexos

Recebimento de lote de anexos

Envio de lote de guias para cobrança

Recebimento de lote de guias de cobrança

Solicitação de status do protocolo

Situação do protocolo

Solicitação de cancelamento de guia

Resposta a solicitação de cancelamento da guia

Recurso de glosa

Recebimento do recurso de glosa

Resposta ao recurso de glosa

Solicitação de status do recurso de glosa

Relação das mensagens padronizadas

Solicitação de demonstrativos de retorno

Demonstrativos de retorno para o prestador

Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e ANS

Envio de dados para ANS

Retorno do envio de dados para ANS

Monitoramento da Qualidade dos Dados Incorporados

Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e beneficiários

Utilização de serviços

Negativa de autorização

Informações sobre partos

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

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	AAAA-MM-DD	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.
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	32		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.

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.

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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicional. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário.	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.
Data de validade da carteira	Date	8	AAAA-MM-DD	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso a informação conste na carteira do beneficiário.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.

Mensagem : Resposta à verificação de elegibilidade (respostaElegibilidade) - 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.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	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.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data de validade da carteira	Date	8	AAAA-MM-DD	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. 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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.	Condicionado. 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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o indicador de elegibilidade for igual a N-não, para informar o motivo de negativa da elegibilidade.

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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.
Data do evento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.	Condicionado. Deve ser informado se o comunicado for de encerramento da internação.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Condicionado. Deve ser informado se o comunicado for de início de internação.

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.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. 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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do evento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Código do motivo de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando o status do comunicado enviado pelo prestador for igual a N-não, para informar o retorno do comunicado.
Descrição do motivo de retorno	String	500		Descrição da mensagem de retorno à comunicação encaminhada pelo prestador, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando o status do comunicado enviado pelo prestador for igual a N-não, para informar o retorno de negativa do comunicado.

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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Etapa da autorização	String	2		Indica a etapa da solicitação de autorização, conforme tabela de domínio nº 73.	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.

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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.
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.	Condicionado. 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.

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.	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	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está 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.	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	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - 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.
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.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Solicitação de SP/SADT (anexo de quimioterapia)					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	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	AAAA-MM-DD	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 do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.

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	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está 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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.

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

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 que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

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.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : 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.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Solicitação de SP/SADT (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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - 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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.

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

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.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

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	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Solicitação de SP/SADT (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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	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	AAAA-MM-DD	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 carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.
E-mail 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 e-mail 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.

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 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 unitário 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, conforme negociação entre as partes.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicional. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

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

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.
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. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Etapa da autorização	String	2		Indica a etapa da solicitação de autorização, conforme tabela de domínio nº 73.	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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.

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

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.
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 ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial 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.
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Solicitação de Internação (anexo de quimioterapia)					

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : 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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	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	AAAA-MM-DD	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 do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está 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.

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : 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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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.
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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Dosagem	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Solicitação de Internação (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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o 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.

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

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	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicional. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.
E-mail 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 e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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 32.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

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	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Solicitação de Internação (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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está 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	AAAA-MM-DD	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.

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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcias do identificador biométrico.	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.
E-mail 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 e-mail 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.

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 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 unitário 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, conforme negociação entre as partes.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicional. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

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

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.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Solicitação de Prorrogação					
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. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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,	Obrigatório.
Quantidade de diárias adicionais solicitadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.	Condicional. 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.	Condicional. 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.

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.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição 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	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.
Solicitação de Prorrogação (anexo de quimioterapia)					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está 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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

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.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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 67	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Solicitação de Prorrogação (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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	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 do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o 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	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" -
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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.

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

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.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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	Opcional.
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,

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Solicitação de Prorrogação (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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	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.
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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicional. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Especificação do material solicitado	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicional. 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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor unitário 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, conforme negociação entre as partes.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado.
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.
Solicitação de 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	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
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.
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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Telefone do beneficiário	String	11		Número do telefone do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua telefone de contato.
Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. 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.	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.

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - 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 <u>executou o procedimento.</u>	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	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 <u>for pessoa jurídica.</u>
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 <u>for pessoa jurídica.</u>
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 <u>for pessoa jurídica.</u>

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 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	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões 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 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.

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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de franquia da guia	Numérico	6,2		Valor total da franquia/coparticipação correspondendo ao somatório do valor da franquia/coparticipação 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.

Solicitação de Odontologia (anexo situação inicial)

Mensagem : Solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento) - Fluxo : 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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
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.

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 nº 38.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Autorização para Internação					
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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	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	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Etapa da autorização	String	2		Indica a etapa da solicitação de autorização, conforme tabela de domínio nº 73.	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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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 hospital / local autorizado	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - 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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial de referência do procedimento ou item assistencial.	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 ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado, 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	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.
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.

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - 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	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
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.
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, conforme tabela de domínio nº 38.	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.
Data provável da admissão hospitalar	Date	8	AAAA-MM-DD	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Quantidade de diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Autorização para Internação (anexo de quimioterapia)					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.

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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	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	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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	Condicionado. 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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - 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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização para Internação (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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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 de validade da senha	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.

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	Condicional. 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.
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.
E-mail 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 e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - 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.
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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. 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.	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	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.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do 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 número que a identifica no prestador.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Etapa da autorização	String	2		Indica a etapa da solicitação de autorização, conforme tabela de domínio nº 73.	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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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 executante	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.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial de referência do procedimento ou item assistencial.	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 ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento u item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 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	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.
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.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
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.
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.

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, conforme tabela de domínio nº 38.	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 de serviços (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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	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	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.

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	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.
E-mail 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 e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Dosagem	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização de serviços (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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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 de validade da senha	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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	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.
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.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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, <u>conforme tabela de domínio.</u>
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	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.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
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.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Etapa da autorização	String	2		Indica a etapa da solicitação de autorização, conforme tabela de domínio nº 73.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.

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

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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicional. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	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.

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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial de referência do procedimento ou item assistencial.	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 ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, 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.	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.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Condicionado. 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	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.
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.

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - 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	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
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.
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, conforme tabela de domínio nº 38.	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.
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.

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.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Autorização de prorrogação (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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	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	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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.

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - 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.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Autorização para realização de procedimentos (autorizaçãoServiços) - 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.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Dosagem	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização de prorrogação (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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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	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.
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.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	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.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização de serviços de odontologia					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.

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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial de referência do procedimento ou item assistencial.	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 solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado, 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		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		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 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	Integer	2		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.

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

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 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 <u>valor do procedimento</u>	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no <u>pagamento ao profissional</u> .
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 (procedimento, região, dente ou face).
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador (procedimento, região, dente ou face).
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 <u>prestador</u> .
Descrição do motivo de negativa	String	500		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do <u>prestador</u> .

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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário.	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - 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 nº 38.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Autorização para Internação					
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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	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.
Etapa da autorização	String	2		Indica a etapa da solicitação de autorização, conforme tabela de domínio nº 73.	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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial de referência do procedimento ou item assistencial.	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 ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	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.
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.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
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.
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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	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.
Data provável da admissão hospitalar	Date	8	AAAA-MM-DD	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Quantidade de diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Autorização para Internação (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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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	Condicionado. 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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da <u>autorização do procedimento.</u>
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem	Número	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização para Internação (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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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 de validade da senha	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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	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.
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.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 <u>autorização do procedimento.</u>
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 <u>domínio.</u>
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido <u>anteriormente.</u>	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi <u>realizado</u>	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada <u>anteriormente.</u>
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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de <u>dias e dosagem diária.</u>	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	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.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do 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 número que a identifica no prestador.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	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.
Etapa da autorização	String	2		Indica a etapa da solicitação de autorização, conforme tabela de domínio nº 73.	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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Obrigatório.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.

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

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 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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial de referência do procedimento ou item assistencial.	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 ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento u item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 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	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.
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.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TLUSS
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TLUSS.
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.

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, conforme tabela de domínio nº 38.	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.
Autorização de serviços (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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	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	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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	Condicionado. 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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Dosagem	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.

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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização de serviços (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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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	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.
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.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.

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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
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.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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	AAAA-MM-DD	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.
Etapa da autorização	String	2		Indica a etapa da solicitação de autorização, conforme tabela de domínio nº 73.	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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Obrigatório.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do <u>Ministério da Saúde (CNES/MS)</u>	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial de referência do procedimento ou item assistencial.	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 <u>tabela de domínio nº 87.</u>	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, 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 do procedimento autorizada pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - 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.
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.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUISS
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUISS.
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.
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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	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.
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.
Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Autorização de prorrogação (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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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.

Mensagem : Situação do status de autorização (situação Autorização) - 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.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da <u>autorização do procedimento</u> .
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Dosagem	Número	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	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.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização de prorrogação (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.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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 de validade da senha	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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	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.

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - 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.
E-mail 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 e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da <u>autorização do procedimento</u> .
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 <u>domínio</u> .
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	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	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 do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Autorização de odontologia					
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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Obrigatório.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial de referência do procedimento ou item assistencial.	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 solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado, 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		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		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 uma região da boca.

Mensagem : Situação do status de autorização (situaçãoAutorização) - 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.	Condicional. 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 do procedimento autorizada pela operadora	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	Condicional. 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	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

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 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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
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.

Mensagem : Envio de lote de anexos (loteAnexos) - Fluxo : 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.
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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Mensagem : Envio de lote de anexos (loteAnexos) - 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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Envio de lote de anexos (loteAnexos) - 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.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o <u>beneficiário foi submetido anteriormente.</u>	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
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 Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	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	AAAA-MM-DD	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 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.

Mensagem : Envio de lote de anexos (loteAnexos) - Fluxo : 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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Dosagem do medicamento	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	AAAA-MM-DD	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 no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	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	AAAA-MM-DD	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 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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
E-mail 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 e-mail 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 unitário 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, conforme negociação entre as partes.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

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

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.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

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 nº 38.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	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	AAAA-MM-DD	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.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Anexo de OPME					

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - 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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
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.

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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicional. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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 negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do 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.
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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor unitário 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, conforme negociação entre as partes.
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	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, , quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
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 negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Anexo de Quimioterapia

Mensagem : Recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo) - 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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.

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.
Dosagem	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	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 da mensagem de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do 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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da senha	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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 solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	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.	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 negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Anexo de Situação Inicial de 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.

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.	Condicionado. 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.
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.

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	Condicionado. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.	Condicionado. 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	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Tipo de atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de acidente 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.
Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de óbito.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.

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 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 honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equine.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
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 diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o somatório de todas as diárias cobradas	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
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.
Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.
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.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Guia de SP/SADT (outras despesas)					
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do item 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 nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1,00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por
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.
Descrição do item assistencial utilizado	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	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, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
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.
Item vinculado	Integer	4		Número sequencial de referência do procedimento ou item assistencial a que a despesa está vinculada.	Opcional.
Guia de 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.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

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. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia 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	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : 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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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 executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.

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	AAAA-MM-DD	Data do início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.
Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do início do faturamento da guia que está sendo complementada.
Data do fim do faturamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do fim do faturamento da guia que está sendo complementada.
Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do fim do faturamento da guia que está sendo complementada.
Tipo de internação	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.
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.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

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 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 <u>internação da mãe</u>
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.
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.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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 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.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.

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 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.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

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 ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equine.
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equine.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equine.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equine.
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	Condicionado. 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	Condicionado. 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.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.

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 dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes.
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.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
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.
Guia de Resumo de Internação (outras despesas)					
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Tabela 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 cobrança de outros itens de despesa.
Código do item assistencial utilizado	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.
Quantidade do item assistencial utilizado	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.
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.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1.00.
Valor unitário 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.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.
Descrição do item assistencial utilizado	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
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.
Item vinculado	Integer	4		Número sequencial de referência do procedimento ou item assistencial a que a despesa está vinculada.	Opcional.
Guia de Honorários					
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. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.

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	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
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 prestador onde foi realizado o procedimento	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.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Data do início do faturamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
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.

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 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.	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).
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	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.

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 executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Valor total dos honorários	Numérico	8,2		Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Data de emissão da guia	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de emissão da guia	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.
Guia de 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. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.

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 executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o 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	AAAA-MM-DD	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.

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 julque 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.
Guia 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. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicionado. Deve ser preenchido com o número da guia no prestador quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
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.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Telefone do beneficiário	String	11		Número do telefone do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua telefone de contato.
Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. 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.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : 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 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.
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.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : 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.	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.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	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	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões 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 de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.

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. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser <u>preenchido com zero.</u>
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	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Data de término do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando <u>não há autorização prévia da operadora.</u>
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 nesta 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.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Situação dentária inicial	String	1		Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo com a tabela de domínio nº 44.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Sinais clínicos de doença periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Indicador de alteração dos tecidos moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.

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 erro, conforme tabela de domínio nº 38.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	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.
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	AAAA-MM-DD	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.

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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
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	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
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.

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido quando o atendimento/procedimento foi realizado em uma única data.

Informações das guias médicas (variáveis de retorno opcional na mensagem)

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. Caso não haja valor glosado o campo deve ser preenchido com 0,0.
valor liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
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 glosa da guia.

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - 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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de glosa da guia.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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 de procedimentos realizados	numérico	4,4		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - 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 de procedimentos	numérico	6,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento,
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.
Descrição motivo de glosa do procedimento	String	500		Descrição do motivo de 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 em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Informações das guias odontológicas					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - 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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.
Informações das guias odontológicas (variáveis de retorno opcional na mensagem)					

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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. Caso não haja valor de glosa, o campo deve ser preenchido com 0,0.
valor liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
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 glosa da guia.
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de glosa da guia.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	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 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	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.

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca, 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 de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento	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		Valor 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	AAAA-MM-DD	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.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Descrição da glosa do procedimento ou item assistencial	String	500		Descrição do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Valor da glosa do procedimento	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.

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 <u>executou o procedimento</u> .	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.

Mensagem : Situação do protocolo (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 nº 38.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Situação do Protocolo					
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.
Status do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme <u>tabela de domínio nº 47.</u>	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote <u>de guias encaminhado pelo prestador.</u>	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	AAAA-MM-DD	Data de envio do lote de guias de <u>cobrança para a operadora.</u>	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 <u>lote/protocolo.</u>	Obrigatório.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - 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	Obrigatório.
Valor liberado do protocolo	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
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 conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido quando o atendimento/procedimento foi realizado em uma única data.
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 informado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - 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 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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	4,4		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Obrigatório.

Mensagem : Situação do protocolo (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 o percentual de redução ou acréscimo	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.
Descrição da glosa do procedimento ou item assistencial	String	500		Descrição do motivo de 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					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - 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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
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.
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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	Opcional.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 informado 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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	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 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.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 da boca	String	4		Identificação da região da boca, 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.
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	AAAA-MM-DD	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.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição da glosa do procedimento ou item assistencial	String	500		Descrição do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Valor da glosa do procedimento	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.
Situação do Protocolo de Anexo					
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 anexos	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de envio do lote de anexos para a operadora.	Obrigatório.
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 conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Situação do Protocolo de Anexo de OPME					
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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
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.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - 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.
Tipo de identificação do beneficiário	String	2		Tipo de tecnologia utilizada para identificação do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 72.	Condicionado. Deve ser preenchido se o campo Identificador biométrico do beneficiário for informado.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Template biométrico	Binário			Minúcia do identificador biométrico.	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.	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 negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do 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.
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.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor unitário 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.
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	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
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 negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Situação do Protocolo de 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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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.

Mensagem : Situação do protocolo (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.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - 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.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Dosagem	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
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 negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Situação do Protocolo de 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.
Ausência do código de validação	String	2		Justificativa de ausência do código de validação, conforme tabela de domínio nº 74	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação, nos casos em que não é exigível ou possível o envio do código.
Código de validação	String	10		Código usado para atestar a presença do beneficiário no local de prestação de serviço	Opcional. Deve ser preenchido quando a operadora e o prestador usam código de validação.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	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.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	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	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.
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.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

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.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	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.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
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	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	AAAA-MM-DD	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.	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 negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Mensagem : Solicitação de cancelamento de guia (cancelaGuia) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Natureza da guia	String	1		Identificador da natureza de guia a que se refere o cancelamento conforme tabela de domínio nº 56	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	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número do protocolo cobrança no qual a guia foi encaminhada para a operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a natureza da guia seja igual a 2 - Faturamento.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia a ser cancelada no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a ser cancelada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

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 nº 38.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	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.
Natureza da guia	String	1		Identificador da natureza da 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.

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 de recurso de glosas no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de <u>assistência à saúde</u>	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> .
Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica <u>no prestador</u> .
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato <u>estabelecido</u> .	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.

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - 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.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1.
Justificativa 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, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2 e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa 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.

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data inicial do período ou data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Data final do período	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
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.
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.

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.	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	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8	AAAA-MM-DD	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 de recurso de glosas no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Objeto do recurso 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.

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código 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 o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador utilize mais de uma vez o mesmo número de guia no mesmo lote e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões 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 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.

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : 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.	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.	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	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor 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.
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total apresentado de recurso	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.

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 nº 38.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
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 <u>encaminhado pelo prestador.</u>	Obrigatório.
Data do envio do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi <u>enviado pelo prestador.</u>	Obrigatório.
Data do recebimento do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi <u>recebido pela 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.

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.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora tenha atribuído número a guia a que se refere o recurso.
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.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Mensagem : Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data final do período	Date	8	AAAA-MM-DD	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial e quando a conta for 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.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões 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.
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.

Mensagem : Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
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.

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 nº 38.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Recibo 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.
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.
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.
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.

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.
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa da operadora ao não deferir o recurso de glosa do protocolo	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de indeferimento do recurso de 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.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora tenha atribuído número a guia a que se refere o recurso.
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.

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa da operadora ao não deferir o recurso de glosa da guia	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de indeferimento do recurso de glosa da guia
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.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora tenha atribuído número a guia a que se refere o recurso.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Data final do período	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador

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 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.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.
Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
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 de recurso de glosa no prestador de serviços.	Obrigatório.

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 de recurso de glosa atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que identifica a <u>guia no prestador</u> .
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 <u>executou o procedimento</u> .	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a <u>operadora</u> .	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 <u>glosa do protocolo</u> .
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 <u>glosa do protocolo</u> .

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 no prestador.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso atribuído pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que identifica a guia no prestador.
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.
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.
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.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que identifica a guia no prestador.

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões 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 de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado.	Obrigatório.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	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.

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador

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.	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	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor 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	AAAA-MM-DD	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total apresentado de recurso	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)
Recibo de glosa status					
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.
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.

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	Data na qual a situação do recurso de glosa está sendo informada pela operadora.	Obrigatório.
Status do protocolo do recurso de glosa	String	1		Código do status do protocolo do recurso de glosa, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.

Mensagem : Solicitação de status do recurso de glosa (solicitacaoStatusRecursoGlosa) - 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 <u>executou o procedimento.</u>	Obrigatório.
Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número do protocolo de envio do recurso de glosa	Obrigatório.

Mensagem : Solicitação de demonstrativos de retorno (solicitaçãoDemonstrativoRetorno) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Solicitação de demonstrativo de pagamento					
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	AAAA-MM-DD	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. Preencher com 1 - para solicitação de Demonstrativo de Pagamento ou 3- para solicitação de Demonstrativo de Pagamento Odontológico.
Data de pagamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de pagamento para a qual o prestador está solicitando o demonstrativo.	Obrigatório.
Competência de pagamento	String	6	AAAAMM	Competência de pagamento para a qual o prestador está solicitando o demonstrativo.	Obrigatório.
Solicitação de demonstrativo de análise de conta					
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.

Mensagem : Solicitação de demonstrativos de retorno (solicitaçãoDemonstrativoRetorno) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da solicitação do demonstrativo	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o prestador está solicitando o demonstrativo para a operadora.	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.

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 nº 38.	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, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. 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	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

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.
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	AAAA-MM-DD	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.
Descrição da glosa do protocolo	String	500		Descrição do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.
Status do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a guia referida.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Data do fim do faturamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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.
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da guia.
Status da guia	String	1		Código do status da guia, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Tabela 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 caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
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 caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição 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.
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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Informado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	Numérico	4,4		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor processado 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.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor glosa 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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor informado da guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.
Valor processado da guia	Numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.
Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia.	Obrigatório.
Valor 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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo.	Obrigatório.
Valor 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.
Valor liberado geral	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao	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					

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - 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 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	AAAA-MM-DD	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.
Data do pagamento ao prestador	Date	8	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	AAAA-MM-DD	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	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/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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor 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 na data de pagamento.
Valor total informado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total processado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Liberado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento	Obrigatório.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Total Glosa por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Código do débito ou crédito por data de pagamento	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Descrição de débitos ou créditos por data de pagamento	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados por data de pagamento	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Valor dos débitos e créditos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor dos débitos ou créditos complementares à conta por data de pagamento	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Valor total de demais débitos por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total de demais créditos por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta por data de pagamento. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados na data de pagamento.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor final a receber por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem a data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total informado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todas as	Obrigatório.
Valor total processado do demonstrativo	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 do demonstrativo	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 do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Indicação de débito ou crédito geral	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. 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.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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	Número	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 do demonstrativo	Número	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total de demais créditos do demonstrativo	Número	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor final a receber do demonstrativo	Número	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	Opcional.
Demonstrativo de Pagamento Odontológico					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na	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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data inicial do período de processamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Data final do período de processamento	Date	8	AAAA-MM-DD	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	AAAA-MM-DD	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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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 guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Indicação de recurso	String	1		Indicador de recurso.	Obrigatório.
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 da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Sequencial de referência do procedimento ou item assistencial	Integer	4		Número sequencial referência do procedimento ou item assistencial.	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	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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões 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.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	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)
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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial	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 julque 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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias	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	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total de franquia do protocolo	Numérico	8,2		Valor total da franquia do protocolo correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias	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 protocolo. Corresponde ao valor informado do protocolo menos o valor glosado do protocolo.	Obrigatório.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total informado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total processado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total glosa por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total da franquia por data de pagamento correspondendo ao somatório do valor da franquia de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total liberado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento	Obrigatório.
Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento	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.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do débito ou crédito por data de pagamento	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 por data de pagamento	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 por data de pagamento	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.
Valor total dos demais débitos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor total dos demais débitos por data de pagamento	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total dos demais créditos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor total dos demais créditos por data de pagamento	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor final a receber por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor final a receber por data de pagamento	Obrigatório.
Valor total informado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias.	Obrigatório.
Valor total processado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado,	Obrigatório.
Valor total glosa do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total franquia do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total da franquia, correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total liberado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador, correspondendo ao valor informado por data de pagamento menos o valor glosado.	Obrigatório.
Indicação de débito ou crédito geral	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	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	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.
Valor total dos demais débitos do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor total dos demais débitos do demonstrativo	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total dos demais créditos do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor total dos demais créditos do demonstrativo	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor final a receber do demonstrativo	Número	6,2		Valor final a receber de demonstrativo	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Situação 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.
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 da situação do demonstrativo	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a situação do demonstrativo está sendo informada.	Obrigatório.

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Situação do demonstrativo	String	1		Código da situação do demonstrativo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

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

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cabeçalho						
Tipo de transação	001	String	13		Tipo de transação da mensagem que está sendo enviada.	Obrigatório.
Número do lote	002	String	12		Número do lote atribuído pela operadora para identificar a remessa do arquivo de monitoramento. Este número de lote deve ser único por arquivo e competência	Obrigatório. Deve ser diferente de brancos ou nulo.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Competência dos dados	003	String	6	AAAAMM	Ano/mês a que se referem os dados que estão contidos no lote.	<p>Obrigatório. A competência deve estar liberada pela ANS para ser recebida.</p> <p>Deve ser maior ou igual ao ano e mês da data de registro da operadora.</p> <p>Caso a operadora já esteja cancelada na base de dados da ANS, a competência dos dados enviados deve ser menor ou igual ao mês/ano de cancelamento.</p> <p>Caso a operadora tenha a obrigatoriedade porém não tenha enviado arquivo na competência anterior, o arquivo será rejeitado.</p> <p>Deve ser igual à competência informada no nome do arquivo enviado pela operadora.</p>
Data de registro da transação	004	Date	8	AAAA-MM-DD	Data da geração do arquivo .	<p>Obrigatório. Deve ser menor ou igual à data atual.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora de registro da transação	005	Time	6	HHMMSS	Hora da geração do arquivo.	Obrigatório. Se data de registro da transação for igual à data atual, a hora de registro da transação deve ser menor ou igual à hora atual.
Registro ANS	006	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório. Deve ser um registro existente no cadastro de operadoras da ANS.
Versão do componente de comunicação para o envio de dados para a ANS	007	String	7		Versão do componente de comunicação para o envio de dados para a ANS.	Obrigatório.
Indicação de competência sem movimento						
Código do motivo de inexistência de movimento na competência	008	String	4		Código do motivo de inexistência de movimento na competência, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório. Deve ser igual a 5016.
Informações do atendimento						

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador do tipo de registro	009	String	1		Indica o tipo do registro que está sendo enviado à ANS.	<p>Obrigatório. Deve ser preenchido com:</p> <p>1- Inclusão 2- Alteração 3- Exclusão</p> <p>Caso a operadora tente incluir um lançamento que já esteja ativo no banco de dados da ANS o mesmo será rejeitado.</p> <p>Caso a operadora tente alterar ou excluir um lançamento que não exista ou não esteja ativo no banco de dados da ANSo mesmo será rejeitado.</p> <p>A operadora não poderá excluir um lançamento caso ele tenha sido o primeiro lançamento para aquela guia e existam outros lançamentos ativos para a mesma guia cadastrados no banco de dados.</p>
Versão do componente de comunicação utilizada pelo prestador	010	String	3		Identificação da versão do componente de comunicação do Padrão TISS utilizada pelo prestador para envio da guia, conforme tabela de domínio nº 69.	<p>Condicionado.</p> <p>Deve ser preenchido quando a origem da guia for igual a 1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada), 2 (Rede Própria - Cooperados) ou 3 (Rede Própria - Demais prestadores).</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador da forma de envio	011	String	1		Indica a forma de envio da guia do padrão pelo prestador, conforme tabela de domínio nº 70.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	012	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS).	Obrigatório. O código informado deve ser existente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde. Caso o prestador executante não tenha ainda o código do CNES, deve ser informado "9999999".
Tipo da identificação do prestador executante	013	String	1		Tipo da identificação prestador executante, sendo: 1-CNPJ 2-CPF	Obrigatório. Quando o tipo de guia for igual a 3-Resumo de internação deve ser obrigatoriamente igual a 1-CNPJ.
Número de cadastro do prestador executante na Receita Federal	014	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador executante dependendo da natureza da entidade.	Obrigatório. Dígito verificador deve ser válido, conforme tipo da identificação do prestador executante (CNPJ ou CPF). Código deve existir na base de dados da Receita Federal.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Município de localização do prestador executante	015	String	7		Código IBGE do município de localização do prestador executante.	Obrigatório. Deve ser um código de município válido no IBGE.
Registro ANS da operadora intermediária	081	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que intermediou o atendimento.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o atendimento tenha sido intermediado por operadora diferente da contratada pelo beneficiário. Se preenchido: - deve ser um registro existente no cadastro de operadoras da ANS - deve ser diferente da operadora que enviou o arquivo; - deve ser o mesmo para todos os lançamentos da guia.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de atendimento por operadora intermediária.	120	String	1		Código do tipo de atendimento por operadora intermediária conforme tabela de domínio vigente na versão em que a guia foi enviada , observando-se o estabelecido no Anexo da RN nº 290 e suas atualizações.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo "Registro ANS da operadora intermediária" esteja preenchido, nas guias cujo primeiro lançamento seja de competência posterior a dezembro de 2017.</p> <p>Se os campos "Registro ANS da operadora intermediária" e "Identificador de contratação por valor pré-estabelecido" estiverem preenchidos, deve ser preenchido obrigatoriamente com "2" (Atendimento continuado).</p> <p>Deve ser o mesmo para todos os lançamentos da guia.</p>
Cartão Nacional de Saúde	016	String	15		Número do cartão nacional de saúde do beneficiário.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde. Deve ser um número válido na base do Cartão Nacional de Saúde.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Sexo do beneficiário	017	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada.	Obrigatório.
Data de nascimento do beneficiário	018	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de nascimento do beneficiário.	Obrigatório. Deve ser menor ou igual à data de realização do procedimento.
Município de residência do beneficiário	019	String	7		Código IBGE do município de residência do beneficiário.	Obrigatório. Deve ser um código de município válido no IBGE.
Número de identificação do plano do beneficiário na ANS	020	String	20		Número de registro do plano do beneficiário (RPS) ou número de cadastro do plano do beneficiário (SCPA) na ANS. Os planos anteriores à Lei 9656/98 devem estar cadastrados	Obrigatório. Deve ser um número de registro ou código de plano válido, na base de dados de planos da ANS, para a operadora do beneficiário.
Tipo de guia	021	String	1		Identifica o tipo de guia que está sendo informada, conforme tabela de domínio nº 54.	Obrigatório. 1 - Consulta 2 - SP/SADT 3 - Resumo de Internação 4 - Tratamento Odontológico 5 - Honorários

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Origem da guia	022	String	1		Identifica qual foi a origem da guia que está sendo informada, 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
Número da guia no prestador	023	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. Quando a origem da guia for igual a 1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada), 2 (Rede Própria - Cooperados) ou 3 (Rede Própria - Demais prestadores), o campo deve ser preenchido com o número da guia no prestador. Quando a origem da guia à saúde for igual a 4-Reembolso ao beneficiário, o campo deve ser preenchido com '00000000000000000000' (20 zeros)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	024	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	<p>Obrigatório.</p> <p>Quando a origem da guia for igual a</p> <p>1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada),</p> <p>2 (Rede Própria - Cooperados) ou</p> <p>3 (Rede Própria - Demais prestadores), e a operadora atribuir um número à guia, deve ser preenchido com o número da guia atribuído pela operadora.</p> <p>Quando a operadora não atribuir um número a guia ou quando a origem da guia for igual a 4- Reembolso ao beneficiário, o campo deve ser preenchido com '00000000000000000000' (20 zeros)</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do reembolso na operadora	025	String	20		Número atribuído pela operadora para identificar o reembolso ao beneficiário.	Obrigatório. Quando a origem da guia for igual a 4 (Reembolso ao beneficiário) deve ser preenchido com o número que identifica o reembolso na operadora e deve ser diferente de uma sequência de 20 números 0. Quando a origem da conta for igual a 1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada), 2 (Rede Própria - Cooperados) ou 3 (Rede Própria - Demais prestadores), o campo deve ser preenchido '00000000000000000000' (20 zeros)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificador de contratação por valor pré-estabelecido	082	String	20		Número atribuído pela operadora para identificar uma contratação por valor pré-estabelecido, na qual o valor contratado independe da realização de serviços.	<p>Condicionado</p> <p>Deve ser preenchido com o número atribuído pela operadora para identificar uma contratação por valor pré-estabelecido.</p> <p>Se preenchido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se tipo de guia for resumo de internação (3), deve corresponder a um identificador de contratação por valor pré-estabelecido informado através do bloco "Informações de contratação por valor pré-estabelecido", para o mesmo prestador informado no lançamento (mesmos CNES, tipo de identificação do executante, CNPJ ou CPF e município do prestador executante) ; - se tipo de guia não for resumo de internação (3), deve corresponder a um identificador de contratação por valor pré-estabelecido informado através do bloco "Informações de contratação por valor pré-estabelecido", para o mesmo prestador informado no lançamento (mesmos CNES, tipo de identificação do executante, CNPJ ou CPF e município do prestador executante), na competência equivalente ao mês e ano da data de realização (campo 029) informada no lançamento.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia de solicitação de internação	026	String	20		Número da Guia de Solicitação de Internação que deu origem a internação do beneficiário. Esse número é usado para vincular todas as guias de uma mesma internação, formando assim o evento de internação.	<p>Condicionado.</p> <p>Deve ser preenchido quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o tipo de guia for igual 2- SP/SADT e tratar-se de paciente internado, o tipo de guia for igual 3-Resumo de Internação ou o tipo de guia for igual 5-Honorários; e - a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.</p> <p>Não pode ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 1- Consulta e 4-Tratamento odontológico.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da solicitação	027	Date	8	AAAA-MM-DD	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 guia for igual a 2-SP/SADT deve ser informada a data da solicitação que originou o atendimento e quando o tipo de guia for igual a 3- Resumo de Internação, deve ser informada a data da solicitação que originou a internação.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia principal de SP/SADT ou de Tratamento Odontológico	083	String	20		Número da guia principal de SP/SADT ou Tratamento Odontológico.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando o tipo de guia for igual 2 - SP/SADT e estiver vinculada a outra Guia de SP/SADT (principal) ou o tipo de guia for igual 4 -Tratamento Odontológico e estiver vinculada a outra Guia de Tratamento Odontológico (principal), e quando a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação. Caso contrário, o campo deve ser preenchido com '00000000000000000000' (20 zeros).</p> <p>Só pode ser preenchido quando o tipo de guia for igual 2 - SP/SADT ou 4 - Tratamento Odontológico.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da autorização	028	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora para a realização do procedimento ou utilização do item assistencial.</p> <p>Quando o tipo de guia for igual a 3- Resumo de Internação, deve ser informada a data da autorização que originou a internação.</p>
Data de realização ou data inicial do período de atendimento	029	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado ou data da internação.	<p>Obrigatório.</p> <p>Quando o tipo de guia for igual a 3- Resumo de Internação e o tipo de faturamento for igual a 4-Total ou 1-Parcial (Primeira cobrança), esta data é a data da internação e corresponde à data do início do faturamento da guia da resumo de internação.</p> <p>Esta data deve ser anterior à data atual.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de início do faturamento	030	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de início do faturamento	<p>Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças parciais.</p> <p>Quando o tipo de guia for igual a 3- Resumo de Internação e o tipo de faturamento for igual a 4-Total ou 1-Parcial (Primeira cobrança), esta data é a data da internação.</p> <p>Quando informada, deve ser anterior à data atual.</p>
Data final do período de atendimento ou data do fim do faturamento	031	Date	8	AAAA-MM-DD	Data final do período de internação ou data do fim do faturamento.	<p>Condicionado . Deve ser preenchido quando o tipo de guia for 3-Resumo de Internação ou 4-Tratamento odontológico.</p> <p>Quando informada, esta data deve ser anterior à data atual e maior ou igual à data de início de faturamento.</p> <p>Quando o tipo de guia for igual a 3- Resumo de Internação o preenchimento é obrigatório e, se o tipo de faturamento for igual a 4- Total ou 2-Final (Última Cobrança), esta data é a data da saída da internação.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do protocolo da cobrança	032	Date	8	AAAA-MM-DD	Data que a operadora recebeu o lote de cobrança com a guia enviada pelo prestador.	Obrigatório. Esta data deve ser anterior à data atual. Esta data deve ser maior ou igual a Data de realização ou data inicial do período de atendimento.
Data do pagamento	033	Date	8	AAAA-MM-DD	Data que a operadora efetuou o pagamento ao prestador executante, à operadora que intermediou o atendimento ou o reembolso ao beneficiário.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for efetuado o pagamento ao prestador executante, à operadora que intermediou o atendimento ou o reembolso ao beneficiário. Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ): Não deve ser preenchido. Quando informada, esta data deve ser anterior à data atual e maior ou igual à data do protocolo da cobrança.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do processamento da guia	080	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a operadora realizou o processamento da guia.	Obrigatório. Deve ser anterior à data atual. Quando o indicador do tipo de registro for igual a 1 (inclusão), o mês e o ano devem ser iguais ao mês e ao ano da competência dos dados (campo 003). O ano e mês da data de processamento informada no arquivo devem corresponder a uma competência vigente na base de dados de competências na data em que o arquivo foi recepcionado na ANS.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de consulta	034	String	1		Código do tipo de consulta realizada conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 1-Consulta ou 2-SP/SADT e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão em que a guia foi enviada.</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	035	String	6		<p>Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada.</p> <p>Lançamento com CBO igual a 999999 será rejeitado, pois esse código só deve ser utilizado na troca entre operadoras e prestadores, quando não for possível para o prestador executante obter o CBO do prestador solicitante.</p>	<p>Condicionado.</p> <p>Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 1-Consulta ou 2-SP/SPADT e tratar-se de consulta, e a origem da conta for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	036	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.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 1- Consulta, 2-SP/SADT ou 3- Resumo de Internação, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada. 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.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação de acidente ou doença relacionada	037	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 1- Consulta, 2-SP/SADT ou 3- Resumo de Internação e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Caráter do atendimento	038	String	1		Código do caráter do atendimento conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 2-SP/SADT ou 3-Resumo de Internação e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de Internação	039	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 3-Resumo de Internação e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Regime de internação	040	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio na versão que a guia foi enviada.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 3-Resumo de Internação e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.</p>
Diagnóstico principal	041	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão.	<p>Opcional. Caso informado deve ser validado com a tabela de CID10. Se preenchido, não pode ser igual ao informado nos demais campos de CID.</p> <p>Só pode ser informado quando o tipo de guia for igual a 3-Resumo de Internação.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	042	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão.	Opcional. Caso informado deve ser validado com a tabela de CID10. Se preenchido, não pode ser igual ao informado nos demais campos de CID. Só pode ser informado quando o tipo de guia for igual a 3-Resumo de Internação
Terceiro diagnóstico	043	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão.	Opcional. Caso informado deve ser validado com a tabela de CID10. Se preenchido, não pode ser igual ao informado nos demais campos de CID. Só pode ser informado quando o tipo de guia for igual a 3-Resumo de Internação
Quarto diagnóstico	044	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão.	Opcional. Caso informado deve ser validado com a tabela de CID10. Se preenchido, não pode ser igual ao informado nos demais campos de CID. Só pode ser informado quando o tipo de guia for igual a 3-Resumo de Internação

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de atendimento	045	String	2		Código do tipo de atendimento conforme tabela de domínio na versão que a guia foi enviada.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 2-SP/SADT e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.</p>
Tipo de faturamento	046	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia conforme tabela de domínio na versão que a guia foi enviada.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 3-Resumo de Internação ou 4-Tratamento Odontológico e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de diárias de acompanhante	047	Numérico	3		Número de diárias de acompanhante.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 3-Resumo de Internação e houver pagamento de acompanhante e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores.</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.Só pode ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 3.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de diárias de UTI	048	Numérico	3		Número de diárias de UTI.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 3-Resumo de Internação e 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 as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Motivo de encerramento	049	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	<p>Condicionado.</p> <p>Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 2-SP/SADT ou 3-Resumo de 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, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.</p>
Valor informado da guia	050	Numérico	8,2		<p>Valor total informado pelo prestador executante, pela operadora que intermediou atendimento ou valor solicitado de reembolso pelo beneficiário.</p> <p>Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ) : Valor total informado, apurado através de rateio dos custos do serviço próprio, conforme o estabelecido no Anexo da RN nº 399.</p>	<p>Obrigatório.</p> <p>Deve ser igual ou maior que zero.</p> <p>O valor informado tem que ser o mesmo para todos os lançamentos da guia.</p> <p>O valor informado da guia deve ser igual a soma dos valores informados de procedimentos ou itens assistenciais.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado da guia	051	Numérico	8,2		Valor total processado pela operadora. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor de glosa da guia.	Obrigatório. Deve ser igual ou maior que zero.
Valor total pago de procedimentos	052	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados pago ao prestador executante, à operadora que intermediou o atendimento ou reembolsado ao beneficiário.	Obrigatório. Quando não houver valor pago de procedimentos na guia informada ou quando a origem da conta for 4-reembolso e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com zero. Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ): o campo deve ser preenchido com zero. O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago de diárias	053	Numérico	8,2		Valor total das diárias pago ao prestador executante, à operadora que intermediou o atendimento ou reembolsado ao beneficiário.	<p>Obrigatório. Quando não houver valor de diárias na guia informada ou quando a origem da conta for 4-reembolso e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ): o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago de taxas e aluguéis	054	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis pago ao prestador executante, à operadora que intermediou o atendimento ou reembolsado ao beneficiário.	<p>Obrigatório. Quando não houver valor de taxas ou aluguéis na guia informada ou quando a origem da conta for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ): o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago de materiais	055	Numérico	8,2		Valor total dos materiais pago ao prestador executante, à operadora que intermediou o atendimento ou reembolsado ao beneficiário.	<p>Obrigatório. Quando não houver valor de materiais na guia informada ou quando a origem da guia for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ): o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago de OPME	056	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais selecionados pago ao prestador executante, à operadora que intermediou o atendimento ou reembolsado ao beneficiário.	<p>Obrigatório. Quando não houver valor de OPME na guia informada ou quando a origem da guia for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ): o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago de medicamentos	057	Numérico	8,2		Valor total medicamentos pago ao prestador executante, à operadora que intermediou o atendimento ou reembolsado ao beneficiário.	<p>Obrigatório. Quando não houver valor de medicamentos na guia informada ou quando a origem da guia for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ): o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de glosa	058	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	<p>Obrigatório. Deve ser maior ou igual a zero.</p> <p>Quando não houver glosa ou quando a origem da guia for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário", o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ) : o campo deve ser preenchido com zero.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago	059	Numérico	8,2		Valor total pago ao prestador executante, à operadora que intermediou o atendimento ou reembolsado ao beneficiário.	<p>Obrigatório. Quando o pagamento não tiver sido realizado, o campo deve ser preenchido com zero. Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ) : o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.</p> <p>Deve ser igual à soma dos valores dos campos abaixo no mesmo lançamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valor total pago dos procedimentos (052) -Valor total de diárias (053) -Valor total de taxas (054) -Valor total de materiais (055) -Valor total de OPME (056) -Valor total de medicamentos(057) <p>Deve ser igual à soma do campo Valor pago ao prestador executante ou reembolsado ao beneficiário (campo 073) dos procedimentos ou itens assistenciais do mesmo lançamento.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago diretamente aos fornecedores	060	Numérico	8,2		Valor total pago pela operadora diretamente aos fornecedores.	<p>Obrigatório. Quando não houver valor pago aos fornecedores, o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ) : o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.</p> <p>Deve ser igual à soma do campo Valor pago diretamente ao fornecedor (campo 074) dos procedimentos ou itens assistenciais do mesmo</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago em tabela própria da operadora	061	Numérico	8,2		Valor total pago de procedimentos e itens assistenciais identificados por códigos de tabela própria da operadora.	Obrigatório. Quando não houver valor pago em códigos da tabela própria da operadora, o campo deve ser preenchido com zero. Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ) : o campo deve ser preenchido com zero. O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de coparticipação	084	Numérico	8,2		Valor total da coparticipação do beneficiário referente à realização dos procedimentos.	<p>Obrigatório. Quando não houver valor de coparticipação, o campo deve ser preenchido com zero.</p> <p>Deve ser maior ou igual a zero.</p> <p>Deve ser preenchido com zeros quando o tipo de guia for igual a 2-SP/SADT e tratar-se de paciente internado, ou o tipo de guia for igual 5-Honorários.</p> <p>Quando o tipo de guia for igual a 1-Consulta, ou o tipo de guia for igual a 2-SP/SADT de paciente não internado, ou o tipo de guia for igual a 4- Tratamento Odontológico, o Valor Total de Coparticipação deve ser igual à soma do valor de coparticipacao (campo 085) dos procedimentos ou itens assistenciais do mesmo lançamento.</p>

Informações de nascimento e óbito

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da Declaração de Nascido Vivo	062	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).	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando tratar-se de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada. Não deve haver repetição do Número da Declaração de Nascido Vivo caso seja informado mais de um nascido no mesmo lançamento.</p> <p>Deve ser preenchido quando a origem da guia for igual a</p> <p>1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada</p> <p>2 - Rede Própria - Cooperados ou</p> <p>3 - Rede Própria - Demais prestadores e</p> <p>Para os eventos de origem igual a</p> <p>4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.</p> <p>Só pode ser informada quando o tipo de guia for igua a 3-Resumo de Internação.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da Declaração de Óbito	063	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando tratar-se de eventos de internação quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando ocorrer óbito do RN na internação da mãe, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.</p> <p>Não pode haver repetição do Número da Declaração de Óbito caso haja mais de um óbito no mesmo evento.</p> <p>Deve ser preenchido quando a origem da guia for igual a</p> <p>1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada</p> <p>2 - Rede Própria - Cooperados ou</p> <p>3 - Rede Própria - Demais prestadores e</p> <p>Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.</p> <p>Só pode ser informada quando o tipo de guia for igua a 3-Resumo de Internação.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações dos procedimentos e itens assistenciais						
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	064	String	2		Código da tabela TUSS de identificação dos procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o código da tabela de referencia na TUSS.
Código do grupo do procedimento ou item assistencial	065	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, de acordo com a tabela de domínio nº 64. Se preenchido: - Deve ser validado com a tabela de dominio de grupo de procedimento ou item assistencial. - Não pode haver, em um mesmo lançamento, repetição de grupo de procedimento ou item assistencial;

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	066	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	<p>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. Ou ainda, quando for utilizado código próprio da operadora.</p> <p>Se preenchido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se não for utilizado código próprio da operadora, deve ser validado com o código do procedimento ou item assistencial na tabela de domínio nº 64 (deve existir e estar vigente na época da realização do atendimento) e sua forma de envio deverá ser individualizada, conforme definido na tabela de domínio nº 64; - Não pode haver, em um mesmo lançamento, repetição de procedimento ou item assistencial da mesma tabela de referência.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do dente	067	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes na vigente versão que a guia foi enviada.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada. O preenchimento é obrigatório se o campo 069-Identificação da face do dente estiver preenchido.
Identificação da região da boca	068	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões vigente na versão que a guia foi enviada.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.
Identificação da face do dente	069	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada.	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, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade informada de procedimentos ou itens assistenciais	070	Numérico	8,4		Quantidade do procedimento realizado, ou do item assistencial, informada pelo prestador executante ou pela operadora que intermediou o atendimento.	Obrigatório. Deve ser maior que zero.
Valor informado de procedimentos ou itens assistenciais	071	Numérico	8,2		Valor do procedimento, item assistencial ou do grupo informado pelo prestador executante, pela operadora que intermediou o atendimento ou valor solicitado de reembolso pelo beneficiário. Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ) : Valor informado, apurado através de rateio dos custos do serviço próprio, conforme o estabelecido no Anexo da RN nº 290 e suas atualizações.	Obrigatório. Deve ser maior ou igual a zero. O valor informado tem que ser o mesmo para todos os lançamentos do mesmo procedimento ou item assistencial, na mesma guia.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade paga de procedimentos ou itens assistenciais	072	Numérico	8,4		Quantidade do procedimento ou item assistencial paga pela operadora.	Obrigatório. Quando não houver quantidade paga ao prestador ou reembolsada ao beneficiário, o campo deve ser preenchido com zero. Quando o valor pago de procedimentos ou itens assistenciais for maior que zero, a quantidade paga de procedimentos ou itens assistenciais deve ser maior que zero.
Valor pago ao prestador executante ou reembolsado ao beneficiário.	073	Numérico	8,2		Valor pago do procedimento, item assistencial individualizado ou do grupo pago ao prestador executante, à operadora que intermediou o atendimento ou reembolsado ao beneficiário.	Obrigatório. Quando não houver valor de procedimentos pago na guia informada, o campo deve ser preenchido com zero. Atendimentos em rede própria da operadora (mesmo CNPJ): o campo deve ser preenchido com zero. O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor pago diretamente ao fornecedor	074	Numérico	8,2		Valor do procedimento ou item assistencial individualizado ou do grupo pago pela operadora diretamente aos fornecedores.	Obrigatório. Quando não houver valor pago aos fornecedores, o campo deve ser preenchido com zero O saldo final, considerando os valores de todos os lançamentos da mesma guia, deve ser maior ou igual a zero.
Número de cadastro do fornecedor na Receita Federal	075	String	14		Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do fornecedor do item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item assistencial for pago diretamente pela operadora ao fornecedor. Quando preenchido, o dígito verificador do CNPJ deve ser válido
Valor de coparticipação	085	Numérico	8,2		Valor da coparticipação do beneficiário referente à realização dos procedimentos.	Obrigatório. Quando não houver valor de coparticipação, o campo deve ser preenchido com zero. Deve ser maior ou igual a zero. Deve ser preenchido com zeros quando o tipo de guia for igual a 2- SP/SADT e tratar-se de paciente internado, o tipo de guia for igual a 3-Resumo de Internação ou o tipo de guia for igual 5- Honorários.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado que compõe o pacote	077	String	2		Código da tabela TUSS de identificação dos procedimentos ou itens assistenciais que compõe o pacote, conforme tabela de domínio nº 87.	<p>Condicionado.</p> <p>Deve ser preenchido quando o campo 064 for igual a 90 ou 98 e quando houver procedimentos ou itens assistenciais no pacote que devem ser enviados de forma individualizada, de acordo com a tabela de domínio nº 64.</p> <p>Deve ser preenchido com o código da tabela de referencia na TUSS, com um dos seguintes códigos possíveis:-'18','19', '20' ou '22'.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado que compõe o pacote	078	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial que compõe o pacote realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	<p>Condicionado.</p> <p>Deve ser preenchido quando o campo 064 for igual a 90 ou 98 e quando houver procedimentos ou itens assistenciais no pacote que devem ser enviados de forma individualizada, de acordo com a tabela de domínio nº 64.</p> <p>Se preenchido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deve ser validado com o código do procedimento ou item assistencial na tabela de domínio nº 64 (deve existir e estar vigente na época da realização do atendimento) e sua forma de envio deverá ser individualizada, conforme definido na tabela de domínio nº 64. - Não pode haver, em um mesmo pacote, repetição de procedimento ou item assistencial da mesma tabela de referência (campo 077).

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade paga de procedimentos ou itens assistenciais que compõe o pacote	079	Numérico	8,4		Quantidade do procedimento ou item assistencial que compõe o pacote pago pela operadora.	<p>Condicionado.</p> <p>Deve ser preenchido quando o campo 064 for igual a 90 ou 98 e quando houver procedimentos ou itens assistenciais no pacote que devem ser enviados de forma individualizada, de acordo com a tabela de domínio nº 64. Ou ainda, quando for utilizado código próprio da operadora para identificar o procedimento ou evento de saúde que compõe o pacote.</p> <p>Quando não houver quantidade paga ao prestador ou reembolsada ao beneficiário, o campo deve ser preenchido com zero.</p>
Informações de contratação por valor pré-estabelecido						

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador do tipo de registro	086	String	1		Indica o tipo do registro que está sendo enviado à ANS	<p>Obrigatório. Deve ser preenchido com:</p> <p>1- Inclusão 2- Alteração 3- Exclusão</p> <p>Caso a operadora tente incluir um lançamento que já esteja ativo no banco de dados da ANS o mesmo será rejeitado.</p> <p>Caso a operadora tente alterar ou excluir um lançamento que não exista ou não esteja ativo no banco de dados da ANS o mesmo será rejeitado.</p> <p>Não é possível excluir um registro de identificação de valor pré-estabelecido enquanto houver lançamentos vinculados a ele.</p>

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Competência da cobertura contratada	119	Date	6	AAAA-MM	Ano e mês de competência da cobertura contratada.	Obrigatório. Quando o indicador do tipo de registro for igual a 1 (inclusão), deve ser igual à competência dos dados (campo 003). O ano e mês da data de competência da cobertura contratada devem corresponder a uma competência vigente na base de dados de competências na data em que o arquivo foi enviado para a ANS.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	088	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS).	Condicional. Deve ser preenchido em caso de contratação de prestador de serviço por valor pré-estabelecido. Caso o prestador executante ainda não possua o código do CNES, deve-se informar 99999999. O código informado deve ser existente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde.
Tipo da identificação do prestador executante	089	String	1		Tipo da identificação prestador executante, sendo: 1-CNPJ 2-CPF	Condicional. Deve ser preenchido em caso de contratação de prestador de serviço por valor pré-estabelecido.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de cadastro do prestador executante na Receita Federal	090	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador executante dependendo da natureza da entidade.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de contratação de prestador de serviço por valor pré-estabelecido.
Município de localização do prestador executante	091	String	7		Código IBGE do município de localização do prestador executante.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de contratação de prestador de serviço por valor pré-estabelecido. Caso esteja preenchido, deve ser um código de município válido no IBGE.
Registro ANS da operadora intermediária	092	String	6		Registro da operadora intermediária contratada por valor pré-estabelecido.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de contratação de operadora intermediária por valor pré-estabelecido. Se preenchido: - deve corresponder a uma operadora existente na base de dados de operadoras; - deve ser diferente da operadora que enviou o arquivo.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificador de contratação por valor pré-estabelecido	093	String	20		Número atribuído pela operadora para identificar uma contratação por valor pré-estabelecido, na qual o valor contratado independe da realização de serviços.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número atribuído pela operadora para identificar uma contratação por valor pré-estabelecido. Caso a operadora solicite a inclusão ou exclusão de um lançamento de valor pré-estabelecido e a competência da cobertura contratada não esteja de forma sequencial para o contrato na base de dados da ANS, o lançamento enviado será rejeitado. Não deve haver repetição do identificador do valor pré-estabelecido para outra contratação informada à ANS.
Valor da cobertura contratada na competência	094	Numérico	8,2		Valor da cobertura contratada, referente ao período de competência (mês e ano) informado, em uma contratação por valor pré-estabelecido.	Obrigatório. Deve ser maior do que zero.

Informações do fornecimento

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador do tipo de registro	095	String	1		Indica o tipo do registro que está sendo enviado à ANS	Obrigatório. Deve ser preenchido com: 1- Inclusão 2- Alteração 3- Exclusão Caso a operadora tente incluir um lançamento que já esteja ativo no banco de dados da ANS o mesmo será rejeitado. Caso a operadora tente alterar ou excluir um lançamento que não exista ou não esteja ativo no banco de dados da ANS o mesmo será rejeitado.
Cartão Nacional de Saúde	096	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. Deve ser um número válido na base do Cartão Nacional de Saúde
Sexo do beneficiário	097	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio vigente na versão que o lançamento foi enviado.	Obrigatório.
Data de nascimento do beneficiário	098	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de nascimento do beneficiário	Obrigatório. Deve ser menor ou igual à data de realização do fornecimento.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Município de residência do beneficiário	099	String	7		Código IBGE do município de residência do beneficiário.	Obrigatório. Deve ser um código de município válido no IBGE.
Número de identificação do plano do beneficiário na ANS	100	String	20		Número de registro do plano do beneficiário (RPS) ou número de cadastro do plano do beneficiário (SCPA) na ANS. Os planos anteriores à Lei 9656/98 devem estar cadastrados no Sistema de Cadastro de Plano Antigo – SCPA e a informação enviada no Monitoramento TISS deve ser idêntica àquela apresentada nesse cadastro. Da mesma forma, o número de registro de produtos posteriores à lei deve ser idêntico àquele registrado no RPS.	Obrigatório.
Identificador da operação de fornecimento de materiais e medicamentos	101	String	20		Número atribuído pela operadora para identificar a operação.	Obrigatório.
Data do fornecimento	102	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de fornecimento dos itens assistenciais	Obrigatório. Deve ser anterior à data atual. Quando o indicador do tipo de registro for igual a 1 (inclusão), o mês e o ano devem ser iguais ao mês e ao ano da competência dos dados (campo 003).

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total dos itens fornecidos	103	Numérico	8,2		Valor total de todos os itens fornecidos ao beneficiário.	Obrigatório. Deve ser maior do que zero. Deve ser igual à soma dos campos valor do item assistencial fornecido (campo 110) dos itens assistenciais do mesmo lançamento.
Valor total em tabela própria da operadora	104	Numérico	8,2		Valor total de itens fornecidos com código em tabela própria da operadora	Obrigatório. Quando não houver valor pago em códigos da tabela própria da operadora, o campo deve ser preenchido com zero. Deve ser maior ou igual a zero.
Valor total de coparticipação	105	Numérico	8,2		Valor total da coparticipação do beneficiário referente aos itens assistenciais fornecidos	Obrigatório. Quando não houver valor de coparticipação, o campo deve ser preenchido com zero. Deve ser maior ou igual a zero. O Valor total de coparticipação deve ser igual à soma dos campos Valor de coparticipação (campo 111) dos itens assistenciais do mesmo lançamento.

Informações dos itens fornecidos

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do item assistencial fornecido	106	String	2		Código da tabela TUSS de identificação dos itens assistenciais fornecidos, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do grupo do procedimento ou item assistencial	107	String	3		Código TUSS identificador do grupo de itens assistenciais fornecidos, conforme tabela de domínio nº 63.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando houver itens assistenciais que devem ser enviados de forma consolidada, de acordo com a tabela de domínio nº 64.</p> <p>Se preenchido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deve ser validado com a tabela de dominio de grupo de procedimento ou item assistencial; - Não pode haver, em um mesmo lançamento, repetição de grupo de procedimento ou item assistencial.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do item assistencial fornecido	108	String	10		Código identificador do item assistencial fornecido, conforme tabela de domínio.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido quando houver itens assistenciais que devem ser enviados de forma individualizada, de acordo com a tabela de domínio nº 64, e quando for utilizado código próprio da operadora.</p> <p>Se preenchido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se não for utilizado código próprio da operadora, deve ser validado com o código do procedimento ou item assistencial na tabela de domínio nº 64 (deve existir e estar vigente na época do fornecimento) e sua forma de envio deverá ser individualizada, conforme definido na tabela de domínio nº 64. - Não pode haver, em um mesmo lançamento, repetição de procedimento ou item assistencial da mesma tabela de referência (campo 106).
Quantidade informada de itens assistenciais	109	Integer	8		Quantidade do item assistencial fornecido ao beneficiário.	Obrigatório. Deve ser maior que zero.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do item assistencial fornecido	110	Numérico	8,2		Valor do item ou grupo de itens assistenciais fornecidos ao beneficiário.	Obrigatório. Deve ser maior que zero.
Valor de coparticipação	111	Numérico	8,2		Valor total da coparticipação do beneficiário referente ao item assistencial fornecido.	Obrigatório. Quando não houver valor de coparticipação, o campo deve ser preenchido com zero. Deve ser maior ou igual a zero.
Informação de despesas assistenciais referentes a outras formas de remuneração						
Indicador do tipo de registro	112	String	1		Indica o tipo do registro que está sendo enviado à ANS.	Obrigatório. Deve ser preenchido com: 1- Inclusão 2- Alteração 3- Exclusão Caso a operadora tente incluir um lançamento que já esteja ativo no banco de dados da ANS o mesmo será rejeitado. Caso a operadora tente alterar ou excluir um lançamento que não exista ou não esteja ativo no banco de dados da ANS o mesmo será rejeitado.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do processamento	113	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a operadora realizou o processamento.	Obrigatório. Esta data deve ser anterior à data atual. O ano e mês da data de processamento informada no arquivo devem corresponder a uma competência vigente na base de dados de competências na data em que o arquivo foi processado para ANS.
Tipo da identificação do recebedor	114	String	1		Tipo da identificação do recebedor, sendo: 1-CNPJ 2-CPF	Obrigatório.
Número de cadastro do recebedor na Receita Federal	115	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do recebedor dependendo da natureza da entidade.	Obrigatório.
Valor total informado	116	Numérico	8,2		Valor total informado pelo recebedor na competência.	Obrigatório. Deve ser maior que zero.
Valor total de glosa	117	Numérico	8,2		Valor total glosado do recebedor na competência.	Obrigatório. Quando não houver valor de glosa, o campo deve ser preenchido com zero. Deve ser maior ou igual a zero.

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS

Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago	118	Numérico	8,2		Valor total pago ao recebedor na competência.	Obrigatório. Quando não houver valor pago, o campo deve ser preenchido com zero. Deve ser maior ou igual a zero.
Epílogo						
HASH	076	String			Código HASH MD-5 da mensagem enviada.	Obrigatório.

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

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 arquivo e 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	AAAA-MM-DD	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.
Arquivo rejeitado					
Nome do arquivo	String	20		Nome do arquivo enviado pela operadora	Obrigatório.
Código do motivo de rejeição	String	4		Código do motivo de rejeição do arquivo, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Resumo do processamento					
Nome do arquivo	String	20		Nome do arquivo enviado pela operadora.	Obrigatório.

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Guia do Monitoramento					
Indicador do tipo de registro	String	1		Indica o tipo do registro que está sendo enviado à ANS	Obrigatório. Deve ser preenchido com: 1- Inclusão 2- Alteração 3- Exclusão
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.
Tipo da identificação do prestador executante	String	1		Tipo 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. Dígito verificador deve ser válido, conforme tipo da identificação do prestador executante (CNPJ ou CPF).

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

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. Quando a origem da guia for igual a 1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada), 2 (Rede Própria - Cooperados) ou 3 (Rede Própria - Demais prestadores), o campo deve ser preenchido com o número da guia principal do evento de atenção à saúde enviada pelo prestador. Quando a origem da guia for igual a 4-Reembolso ao beneficiário, o campo deve ser preenchido com '00000000000000000000' (zeros)

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS 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.	<p>Obrigatório.</p> <p>Quando a origem da conta for igual a</p> <p>1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada),</p> <p>2 (Rede Própria - Cooperados) ou</p> <p>3 (Rede Própria - Demais prestadores), e a operadora atribuir um número à guia, deve ser preenchido com o número da guia atribuído pela operadora.</p> <p>Quando a operadora não atribuir número a guia ou quando a origem da conta for igual a 4-Reembolso ao beneficiário, o campo deve ser preenchido com '00000000000000000000' (zeros)</p>

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do reembolso na operadora	String	20		Número atribuído pela operadora para identificar o reembolso ao beneficiário.	Obrigatório. Quando a origem da conta for igual a 4 (Reembolso ao beneficiário) deve ser preenchido com o número que identifica o reembolso na operadora. Quando a origem da conta for igual a 1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada), 2 (Rede Própria - Cooperados) ou 3 (Rede Própria - Demais prestadores), o campo deve ser preenchido '00000000000000000000' (zeros)
Data do processamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data do processamento do registro operadora.	Obrigatório.
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo no arquivo enviado pela operadora, conforme legenda da mensagem de envio dos dados da operadora para ANS (operadoraParaANS)	Obrigatório.
Código do erro	String	4		Código do motivo de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela TUSS de identificação dos procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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, de acordo com a tabela de domínio nº 64.
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. Ou ainda, quando for utilizado código próprio da operadora.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

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 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.
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo no arquivo enviado pela operadora.	Obrigatório.
Código do erro	String	4		Código do motivo de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Contratação por valor pré-estabelecido					
Indicador do tipo de registro	String	1		Indica o tipo do registro que está sendo enviado à ANS	Obrigatório. Deve ser preenchido com: 1- Inclusão 2- Alteração 3- Exclusão
Competência da cobertura contratada	Date	6	AAAA-MM	Ano e mês de competência da cobertura contratada.	Obrigatório. Quando o indicador do tipo de registro for igual a 1 (inclusão), deve ser igual à competência dos dados (campo 003).

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de contratação de prestador de serviço por valor pré-estabelecido. Caso o prestador executante ainda não possua o código do CNES, deve-se informar 99999999.
Tipo da identificação do prestador executante	String	1		Tipo da identificação prestador executante, sendo: 1-CNPJ 2-CPF	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de contratação de prestador de serviço por valor pré-estabelecido.
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	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de contratação de prestador de serviço por valor pré-estabelecido.
Município de localização do prestador executante	String	7		Código IBGE do município de localização do prestador executante.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de contratação de prestador de serviço por valor pré-estabelecido.
Registro ANS da operadora intermediária	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) intermediária, contratada por valor pré-estabelecido.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de contratação de operadora intermediária por valor pré-estabelecido.

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificador de contratação por valor pré-estabelecido	String	20		Número atribuído pela operadora para identificar uma contratação por valor pré-estabelecido, na qual o valor contratado independe da realização de serviços.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número atribuído pela operadora para identificar uma contratação por valor pré-estabelecido.
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo no arquivo enviado pela operadora.	Obrigatório.
Código do erro	String	4		Código do motivo de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Fornecimento de Medicamentos e Materiais					
Indicador do tipo de registro	String	1		Indica o tipo do registro que está sendo enviado à ANS	Obrigatório. Deve ser preenchido com: 1- Inclusão 2- Alteração 3- Exclusão
Identificador da operação de fornecimento de materiais e medicamentos	String	20		Número atribuído pela operadora para identificar a operação.	Obrigatório.
Data do fornecimento	Date	8	AAAAMMDD	Data de fornecimento dos itens assistenciais	Obrigatório.
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo no arquivo enviado pela operadora.	Obrigatório.
Código do erro	String	4		Código do motivo de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Tabela de referência do item assistencial fornecido	String	2		Código da tabela TUSS de identificação dos itens assistenciais fornecidos, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do grupo do procedimento ou item assistencial	String	3		Código TUSS identificador do grupo de itens assistenciais fornecidos, conforme tabela de domínio nº 63.	Condicional. Deve ser preenchido quando houver itens assistenciais que devem ser enviados de forma consolidada, de acordo com a tabela de domínio nº 64.
Código do item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do item assistencial fornecido, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido quando houver itens assistenciais que devem ser enviados de forma individualizada, de acordo com a tabela de domínio nº 64, e quando for utilizado código próprio da operadora.
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo no arquivo enviado pela operadora.	Obrigatório.
Código do erro	String	4		Código do motivo de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Despesas assistenciais referentes a outras formas de remuneração					
Indicador do tipo de registro	String	1		Indica o tipo do registro que está sendo enviado à ANS	Obrigatório. Deve ser preenchido com: 1- Inclusão 2- Alteração 3- Exclusão
Data do processamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data do processamento do registro operadora.	Obrigatório.
Tipo da identificação do recebedor	String	1		Tipo da identificação do recebedor, sendo: 1-CNPJ 2-CPF	Obrigatório.
Número de cadastro do recebedor na Receita Federal	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do recebedor <u>dependendo da natureza da entidade</u>	Obrigatório.
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo no arquivo enviado pela operadora.	Obrigatório.
Código do erro	String	4		Código do motivo de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Resumo do processamento - Totais					
Total de registros incluídos	Numérico	5		Número total de registros incluídos na base da ANS após o processamento do arquivo.	Obrigatório.
Total de registros alterados	Numérico	5		Número total de registros alterados na base da ANS após o processamento do arquivo.	Obrigatório.
Total de registros excluídos	Numérico	5		Número total de registros excluídos da base da ANS após o processamento do arquivo.	Obrigatório.
Total de registros com erro	Numérico	5		Número total de registros que apresentaram erro após o processamento do arquivo.	Obrigatório.

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Epílogo					
HASH	String			Código HASH MD-5 da mensagem enviada	Obrigatório.

Mensagem : Monitoramento da qualidade dos dados incorporados - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cabeçalho					
Tipo de transação	String	13		Tipo de transação da mensagem que está sendo enviada	Obrigatório, preenchido com a palavra "QUALIDADE".
Número do lote	String	12		Número que identifica a remessa do arquivo de monitoramento de qualidade dos dados incorporados enviado à operadora.	Obrigatório.
Competência dos dados	String	6	AAAAMM	Mês/ano a que se referem os dados que estão contidos no arquivo.	Obrigatório.
Data de processamento da rotina de monitoramento da qualidade	Date	8	AAAA-MM-DD	Data na qual a rotina de monitoramento da qualidade foi processada.	Obrigatório.
Hora de processamento da rotina de monitoramento da qualidade	Time	6	HHMMSS	Hora na qual a rotina de monitoramento da qualidade foi processada.	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 utilizada para o envio de dados.	Obrigatório.
Identificação da guia de atendimento que apresentou inconsistências nos dados fornecidos					
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.
Tipo da identificação do prestador executante	String	1		Tipo da identificação prestador executante, sendo: 1-CNPJ 2-CPF	Obrigatório.

Mensagem : Monitoramento da qualidade dos dados incorporados - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.	Obrigatório.
Identificação do reembolso na operadora	String	20		Número atribuído pela operadora para identificar o reembolso ao beneficiário.	Obrigatório.
 Lançamentos ativos da guia de atendimento 					
Data do processamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a operadora realizou o processamento, referente aos lançamentos ativos da guia registrados na base da ANS.	Obrigatório.
 Lançamentos com inconsistências na competência 					
Data do processamento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a operadora realizou o processamento da guia, referente aos lançamentos ativos com inconsistências.	Obrigatório. O mês/ano da data de processamento deve ser igual ao mês/ano da competência dos dados.
 Ocorrências de inconsistências nos dados do lançamento 					

Mensagem : Monitoramento da qualidade dos dados incorporados - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo do lançamento que apresentou a inconsistência, conforme mensagem de envio dos dados da operadora para ANS .	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência no lançamento.
Conteúdo do Campo	String	20		Conteúdo do campo que apresentou a inconsistência.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência no lançamento.
Código do erro	String	4		Código do motivo da inconsistência.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência no lançamento.
Identificação do procedimento ou item assistencial do lançamento que apresentou inconsistências nos dados fornecidos					
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial	String	2		Código da tabela TUSS de identificação dos procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados de um procedimento ou item assistencial do lançamento
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. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados de um procedimento ou item assistencial do lançamento

Mensagem : Monitoramento da qualidade dos dados incorporados - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento ou item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados de um procedimento ou item assistencial do lançamento.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes vigente na versão que a guia foi enviada.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados de um procedimento ou item assistencial do lançamento, referente a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões da boca vigente na versão que a guia foi enviada.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados de um procedimento ou item assistencial do lançamento, referente 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 vigente na versão que a guia foi enviada.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados de um procedimento ou item assistencial do lançamento, referente a uma face do dente.
Ocorrências de inconsistências nos dados do procedimento ou item assistencial do lançamento					

Mensagem : Monitoramento da qualidade dos dados incorporados - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo do bloco de procedimento/item assistencial que apresentou a inconsistência, conforme mensagem de envio dos dados da operadora para ANS.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados de um procedimento ou item assistencial do lançamento.
Conteúdo do Campo	String	20		Conteúdo do campo que apresentou a inconsistência.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados de um procedimento ou item assistencial do lançamento.
Código do erro	String	4		Código do motivo da inconsistência.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados de um procedimento ou item assistencial do lançamento.
Identificação do detalhamento do pacote do procedimento ou item assistencial do lançamento que apresentou inconsistências nos dados fornecidos					
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial que compõe o pacote	String	2		Código da tabela TUSS de identificação dos procedimentos ou itens assistenciais que compõe o pacote, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados do detalhamento do pacote do procedimento ou item assistencial do lançamento.

Mensagem : Monitoramento da qualidade dos dados incorporados - Fluxo : ANS para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento ou item assistencial que compõe o pacote	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial que compõe o pacote realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados do detalhamento do pacote do procedimento ou item assistencial do lançamento.
Ocorrências de inconsistências nos dados do detalhamento do pacote do procedimento ou item assistencial do lançamento					
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo do bloco de detalhamento do pacote do procedimento/item assistencial que apresentou a inconsistência, conforme mensagem de envio dos dados da operadora para ANS.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados do detalhamento do pacote do procedimento ou item assistencial do lançamento.
Conteúdo do Campo	String	20		Conteúdo do campo que apresentou a inconsistência.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados do detalhamento do pacote do procedimento ou item assistencial do lançamento.
Código do erro	String	4		Código do motivo da inconsistência.	Condicionado. Somente será exibido no caso de ocorrência de pelo menos uma inconsistência nos dados do detalhamento do pacote do procedimento ou item assistencial do lançamento.

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte IV - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e beneficiários de planos de saúde

Mensagem : Utilização de serviços - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Operadora					
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
Beneficiário					
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário	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.
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
Período de apresentação					
Mês e ano de início do período de apresentação	Date	6	MMAAAA	Mês e ano iniciais do período de apresentação, conforme o disposto na legislação vigente.	Obrigatório.
Mês e ano de fim do período de apresentação	Date	6	MMAAAA	Mês e ano finais do período de apresentação, conforme o disposto na legislação vigente.	Obrigatório.
Categoria de despesa					
Descrição da categoria de despesa	String	20		Descrição da categoria de despesa, conforme tabela de domínio nº 68.	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos	Integer	4		Quantidade total de procedimentos apresentados na categoria de despesa.	Obrigatório.
Valor total pago dos procedimentos realizados	Numérico	8,2		Valor total pago dos procedimentos apresentados na categoria de despesa.	Obrigatório.
Procedimento					

Mensagem : Utilização de serviços - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de realização ou data inicial do período de internação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado ou data inicial da internação.	Obrigatório.
Data final do período de internação	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação.	Condicionado. Deve ser preenchido nos eventos de internação já encerrados.
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, conforme tabela de domínio. No caso de internação, deve ser informado o código do procedimento principal.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador. No caso de internação, deve ser informada a descrição do procedimento principal.	Obrigatório
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-Exames / Terapias ou 3-Internação e a origem do evento for rede contratada, referenciada, credenciada ou própria. Para os eventos de reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da internação.
Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório
Prestador					
Razão social ou nome do prestador	String	70		Razão social do prestador pessoa jurídica ou nome do prestador pessoa física. No caso de internação deve ser informada a razão social do prestador principal.	Obrigatório

Mensagem : Utilização de serviços - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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. No caso de internação deve ser informado o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador principal	Obrigatório
Nome do município de localização do prestador	String	50		Nome do município de localização do prestador informado.	Obrigatório
Descrição da ocupação do executante	String	100		Descrição da ocupação 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-Exames / Terapias e a origem do evento for rede contratada, referenciada, credenciada ou própria. Para os eventos de reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da

Mensagem : Informação acerca da negativa de autorização - 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 da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Número do protocolo da solicitação de justificativa de <u>negativa</u>	String	12		Número atribuído pela operadora à solicitação de justificativa de negativa feita pelo beneficiário .	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.
Número do contrato do beneficiário	String	20		Número do contrato ao qual o beneficiário aderiu.	Obrigatório.
Número de identificação do plano do beneficiário na ANS	String	20		Numero de registro do plano do beneficiario (RPS) ou número de cadastro do plano do beneficiário (SCPA) na ANS	Obrigatório.
Nome do plano do beneficiário	String	70		Nome do plano do beneficiário.	Obrigatório.
Data de assinatura do contrato	Date	8	DDMMAAAA	Data de adesão do contrato pelo beneficiário	Obrigatório.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicional. Deve ser preenchido caso a solicitação esteja vinculada a um <u>determinado prestador.</u>
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso a solicitação esteja vinculada a um <u>determinado prestador.</u>
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que solicitou o procedimento ou item assistencial	Obrigatório.

Mensagem : Informação acerca da negativa de autorização - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data da solicitação pelo profissional solicitante.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido caso o procedimento solicitado exista na tabela de domínio.
Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento/item solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido caso a solicitação esteja vinculada a um determinado prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa.	Condicional. Deve ser preenchido caso a solicitação esteja vinculada a um determinado prestador.
Cláusula contratual ou dispositivo legal	String			Descrição da cláusula contratual ou dispositivo legal que dá respaldo à negativa.	Obrigatório.
Justificativa para a negativa	String			Justificativa da operadora, em linguagem clara e adequada, do motivo da negativa de autorização do procedimento.	Obrigatório.
Data da informação ao beneficiário	Date	8	DDMMAAAA	Data de encaminhamento da informação ao beneficiário	Obrigatório.
Nome do responsável pela negativa na operadora	String			Nome do responsável pela negativa na operadora	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela negativa na operadora	String			Assinatura do responsável pela negativa na operadora	Obrigatório.

Mensagem : Informações sobre partos - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do beneficiário					
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.
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
Identificação do plano do beneficiário					
Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.	Obrigatório
Número do protocolo da solicitação de informações sobre parto	String	12		Número de protocolo gerado pela operadora por ocasião da solicitação da beneficiária ou de seu representante legal , de acordo com a legislação vigente.	Obrigatório
Informações da solicitação					
Data de solicitação da informação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a informação foi solicitada.	Obrigatório.
Data de resposta ao beneficiário	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a informação foi disponibilizada para o beneficiário.	Obrigatório.
Ano a que a informação se refere	Date	4	AAAA	Ano a que a informação se refere, conforme o disposto na legislação vigente.	Obrigatório.
Informações da operadora					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório

Mensagem : Informações sobre partos - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de impossibilidade de atendimento	String	100		Descrição da mensagem de impossibilidade de atendimento à solicitação da informação, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora não estivesse em atividade no ano a que se refere a informação.
Quantidade de cirurgias cesáreas	Integer	6		Quantidade executada dos procedimentos 31309054 - Cesariana e 31309208 - Cesariana com histerectomia, conforme definido na Tabela nº 22 da TUSS	Condicionado. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenham sido executadas cirurgias cesáreas no ano a que se refere a informação.
Quantidade de partos normais	Integer	6		Quantidade executada do procedimento 31309127 - Parto (via vaginal), conforme definido na Tabela nº 22 da TUSS	Condicionado. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenham sido executados partos normais no ano a que se refere a informação.

Mensagem : Informações sobre partos - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Percentual de partos normais	Numérico	3,1		Resultado do cálculo do percentual de partos normais: Quantidade de partos normais / (Quantidade de cirurgias cesáreas + Quantidade de partos normais)	Condicionado. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenha sido executado nenhum procedimento de parto (normal e cirurgia cesárea) no ano a que se refere a informação.
Percentual de cirurgias cesáreas	Numérico	3,1		Resultado do cálculo do percentual de cirurgias cesáreas: Quantidade de cirurgias cesáreas / (Quantidade de cirurgias cesáreas + Quantidade de partos normais)	Condicionado. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenha sido executado nenhum procedimento de parto (normal e cirurgia cesárea) no ano a que se refere a informação.
Informações do prestador (estabelecimento de saúde)					
Número de cadastro do prestador na Receita Federal.	String	14		Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador .	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora possua essa informação.
Razão social ou nome do prestador	String	70		Razão social ou nome fantasia do prestador.	Obrigatório
Nome do município de localização do prestador	String	50		Nome do município de localização do prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora possua essa informação.

Mensagem : Informações sobre partos - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do prestador	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	<p>Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora possua essa informação.</p> <p>O código informado deve ser existente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde.</p> <p>Caso o prestador não tenha ainda o código do CNES, deve ser informado "9999999".</p>
Mensagem de impossibilidade de atendimento	String	100		Descrição da mensagem de impossibilidade de atendimento à solicitação da informação, conforme tabela de domínio nº 38.	<p>Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador (estabelecimento de saúde) não tivesse vínculo com a operadora no ano a que se refere a informação</p>
Quantidade de cirurgias cesáreas	Integer	6		Quantidade executada dos procedimentos 31309054 - Cesariana e 31309208 - Cesariana com histerectomia, conforme definido na Tabela nº 22 da TUSS	<p>Condicionado. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido.</p> <p>Informar zeros caso não tenham sido executadas cirurgias cesáreas no ano a que se refere a informação</p>

Mensagem : Informações sobre partos - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de partos normais	Integer	6		Quantidade executada do procedimento 31309127 - Parto (via vaginal), conforme definido na Tabela nº 22 da TUSS	Condicionado. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenham sido executados partos normais no ano a que se refere a informação.
Percentual de partos normais	Numérico	3,1		Resultado do cálculo do percentual de partos normais: Quantidade de partos normais / (Quantidade de cirurgias cesáreas + Quantidade de partos normais)	Condicionado. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenha sido executado nenhum procedimento de parto (normal e cirurgia cesárea) no ano a que se refere a informação.
Percentual de cirurgias cesáreas	Numérico	3,1		Resultado do cálculo do percentual de cirurgias cesáreas: Quantidade de cirurgias cesáreas / (Quantidade de cirurgias cesáreas + Quantidade de partos normais)	Condicionado. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenha sido executado nenhum procedimento de parto (normal e cirurgia cesárea) no ano a que se refere a informação.
Identificação do profissional executante (Médico)					

Mensagem : Informações sobre partos - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório
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 caso a operadora possua essa informação.
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 caso a operadora possua essa informação.
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 caso a operadora possua essa informação.
Mensagem de impossibilidade de atendimento	String	100		Descrição da mensagem de impossibilidade de atendimento à solicitação da informação, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional executante (médico) não tivesse vínculo com a operadora no ano a que se refere a informação
Quantidade de cirurgias cesáreas	Integer	6		Quantidade executada dos procedimentos 31309054 - Cesariana e 31309208 - Cesariana com hysterectomia, conforme definido na Tabela nº 22 da TUSS	Condicionado. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenham sido executadas cirurgias cesáreas no ano a que se refere a informação

Mensagem : Informações sobre partos - Fluxo : Operadora para beneficiário

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de partos normais	Integer	6		Quantidade executada do procedimento 31309127 - Parto (via vaginal), conforme definido na Tabela nº 22 da TUSS	Condicional. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenham sido executados partos normais no ano a que se refere a informação.
Percentual de partos normais	Numérico	3,1		Resultado do cálculo do percentual de partos normais: Quantidade de partos normais / (Quantidade de cirurgias cesáreas + Quantidade de partos normais)	Condicional. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenha sido executado nenhum procedimento de parto (normal e cirurgia cesárea) no ano a que se refere a informação.
Percentual de cirurgias cesáreas	Numérico	3,1		Resultado do cálculo do percentual de cirurgias cesáreas: Quantidade de cirurgias cesáreas / (Quantidade de cirurgias cesáreas + Quantidade de partos normais)	Condicional. Não preencher caso o campo "Mensagem de impossibilidade de atendimento" tenha sido preenchido. Informar zeros caso não tenha sido executado nenhum procedimento de parto (normal e cirurgia cesárea) no ano a que se refere a informação.

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte V - Formulários do Plano de Contingência

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
--------------------------	--	--

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 do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
data de autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	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	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

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

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

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
Observação/Justificativa	25	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	26	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	27	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	28	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

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 do anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	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.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

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

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

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

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

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

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

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

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

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

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

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 do anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	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.

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

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

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

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

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

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

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

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

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

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-											
2-											
3-											
4-											
5-											

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

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 1- | 2- | 3- | 4- | 5- | 6- | 7- | 8- | 9- | 10-

58-Observação / Justificativa

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

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

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.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicional. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

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
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	9	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
Nome	10	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

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

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

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

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

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
Hora Final	38	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	39	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Código do Procedimento	40	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Descrição	41	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Qtde	42	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via	43	Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.

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
Téc	44	Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	45	Fator de redução ou acréscimo	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	46	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	47	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.

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
Seq. Ref	48	Sequencial de referência do procedimento realizado	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
Grau Part	49	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código na Operadora / CPF	50	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Nome do profissional	51	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho Profissional	52	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Número no conselho	53	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

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

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

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias 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

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.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

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
Validade da carteira	8	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
Atendimento a RN	9	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome	10	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Código do contratado	12	Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.

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	15	Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	16	Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	17	UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	18	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Código na operadora / CNPJ	19	Código do contratado solicitado na operadora	String	14		Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário	Obrigatório.
Nome do hospital / local	20	Nome do hospital / local solicitado	String	70		Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.

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

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

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

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

Logo da Operadora

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO
OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO**

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Conselho
Profissional

13 - Número no Conselho

14 - UF

15 - Código CBO

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

17 - Tipo da Acomodação Solicitada

18 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

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

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação.	3	Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.

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

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

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
Qtde. diárias adicionais autorizadas	24	Quantidade de diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo <u>prestador de serviços</u>
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 <u>prestador de serviços</u> .
Justificativa da Operadora	26	Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Observação/Justificativa	27	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	28	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	29	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	30	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

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.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	4	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	5	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	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.
Atendimento a RN	6	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Legenda da Guia de Consulta

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

Legenda da Guia de Consulta

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

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do procedimento	22	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	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.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia solicitação de internação	3	Número da guia de 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	6	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	7	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

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

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	14	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Data início Faturamento	15	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	16	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data	17	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	18	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora Final	19	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela	20	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento	21	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	22	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde	23	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via	24	Via de acesso	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Téc	25	Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	26	Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1.00.
Valor Unitário	27	Valor unitário do procedimento realizado.	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor Total	28	Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Seq. Ref	29	Sequencial de referência do procedimento realizado	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe

Legenda da Guia de Honorários

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

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Total dos Honorários	38	Valor total dos honorários	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).
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data de emissão	39	Data de emissão da guia	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.

Logo da Empresa

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

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

Dados do Beneficiário

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

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES
---------------------------------	--------------------------------	-------------------------

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento	17 - Tipo de Faturamento	18- Data do Início do Faturamento	19- Hora do Início do Faturamento	20- Data do Fim do Faturamento	21- Hora do Fim do Faturamento	22- Tipo de Internação	23- Regime de Internação		
24-CID10Principal (Opcional)	25-CID10(2) (Opcional)	26-CID10(3) (Opcional)	27-CID10 (4)(Opcional)	28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	29 - Motivo de Encerramento da Internação	30-Número da declaração de nascido vivo	31-CID10 Óbito(Opcional)	32-Numero da declaração de óbito	33-Indicador D.O. de RN

Procedimentos e Exames Realizados

34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Téc	43-Fator Red/Acresc	44-Valor Unitário (R\$)	45-Valor Total (R\$)
01-											
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

Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Fevereiro/2019

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.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação.	3	Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia 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.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.

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

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

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

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

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
Indicador DO de RN	33	Indicador de declaração de óbito de recém-nato.	String	1		Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.	Condicional. Deve ser preenchido quando o campo Número da Declaração de Óbito for preenchido. Preencher com S - SIM caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N - Não caso a declaração de óbito informada seja da mãe.
Data	34	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	35	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora Final	36	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela	37	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento	38	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	39	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.

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

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

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

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

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 - Código CNES

Despesas Realizadas

6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14- Fator Red.. /Acresc	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
	17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante						19-Nº Autorização de Funcionamento	
01-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-Descrição <input type="text"/>										
02-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-Descrição <input type="text"/>										
03-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-Descrição <input type="text"/>										
04-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-Descrição <input type="text"/>										
05-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-Descrição <input type="text"/>										
06-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-Descrição <input type="text"/>										
07-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-Descrição <input type="text"/>										
08-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-Descrição <input type="text"/>										
09-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-Descrição <input type="text"/>										
10-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-Descrição <input type="text"/>										

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 na operadora	3	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	5	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
CD	6	Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data	7	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial	8	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final	9	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

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	10	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do item	11	Código do item assistencial utilizado	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Qtde	12	Quantidade do item assistencial utilizado	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Unidade de medida	13	Unidade de Medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Fator Red / Acrésc	14	Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1.00.
Valor unitário	15	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero
Valor total	16	Valor total dos itens assistenciais utilizados	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.

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

Legenda do Anexo de Outras Despesas

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

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.
Nº	2	Número do demonstrativo	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.
CNPJ Operadora	4	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão	5	Data de emissão do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código na operadora	6	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	7	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	8	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 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	11	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	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.
Código da situação do protocolo	13	Status do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	14	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	15	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	16	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	17	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira	18	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	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
Data do início do faturamento	19	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do início do faturamento	20	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	21	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	22	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	23	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da guia.
Código da situação da guia	24	Status da guia	String	1		Código do status da guia, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Data de realização	25	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Tabela	26	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 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 do procedimento / item assistencial	27	Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo
Descrição	28	Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo
Grau de participação	29	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicional. 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	30	Valor Informado do procedimento ou item assistencial	Númerico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo
Qtde executada	31	Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	Númerico	4,4		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Condicional. 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
Valor processado	32	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.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor liberado	33	Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor glosa	34	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	35	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	36	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.

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 da guia	37	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	38	Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia.	Obrigatório.
Valor glosa da guia	39	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	40	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	41	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.

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 do protocolo	42	Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor glosa do protocolo	43	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	44	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	45	Valor processado geral	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor liberado geral	46	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.

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 glosa geral	47	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.

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 Recusado 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 Recusado (R\$)

31 - Valor Total Acatado (R\$)

32 - Data do Recurso

33 - Assinatura do Contratado
 Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Fevereiro/2019

34 - Data da Assinatura da Operadora

35 - Assinatura da Operadora

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.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia de recurso de glosas no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso	4	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 de recurso de glosas atribuído pela operadora	5	Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código na operadora	6	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	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
Nome do contratado	7	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	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, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1
Justificativa	11	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, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1
Acatado	12	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.

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 da guia no prestador	13	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2.
Número da guia atribuído pela operadora	14	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2 e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	15	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	16	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	17	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.
Acatado	18	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.

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
Data inicial/ data de realização	19	Data inicial do período ou data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Data final do período	20	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	21	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 / item assistencial	22	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	23	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.
Grau de participação	24	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.

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
Código da glosa	25	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	26	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	27	Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor acatado	28	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	29	Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recursado	30	Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Valor total acatado	31	Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.
Data do recurso	32	Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	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
Assinatura do contratado	33	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da Operadora	34	Data da assinatura da operadora	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.
Assinatura da Operadora	35	Assinatura da operadora				Assinatura da operadora.	Obrigatório.

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.
Nº	2	Número do demonstrativo	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.
CNPJ Operadora	4	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão	5	Data de emissão do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código na operadora	6	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	7	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	8	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 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	9	Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Forma de Pagamento	10	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	11	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	12	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	13	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	14	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	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	17	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	18	Valor processado do protocolo	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	19	Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da Glosa	20	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 na data de pagamento

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 por Data de Pagamento	21	Valor total informado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total processado por data de pagamento	22	Valor total processado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Liberado por data de pagamento	23	Valor Total Liberado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Glosa por data de pagamento	24	Valor Total Glosa por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Indicação	25	Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.

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/crédito	26	Código do débito ou crédito por data de pagamento	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Descrição do Débito/Crédito	27	Descrição de débitos ou créditos por data de pagamento	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados por data de pagamento	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Valor	28	Valor dos débitos e créditos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor dos débitos ou créditos complementares à conta por data de pagamento	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Valor total de demais débitos por data de pagamento	29	Valor total de demais débitos por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total de demais créditos por data de pagamento	30	Valor total de demais créditos por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta por data de pagamento. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados na data de pagamento.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor Final a Receber por data de pagamento	31	Valor final a receber por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem a data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Informado	32	Valor total informado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.

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 processado	33	Valor total processado do demonstrativo	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	34	Valor total liberado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor Total Glosa	35	Valor total da glosa do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Indicação	36	Indicação de débito ou crédito geral	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Código do débito/crédito	37	Código do débito ou crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Descrição do Débito/Crédito	38	Descrição de débitos ou créditos	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados	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
Valor	39	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	40	Valor total de demais débitos do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor Total de Demais Créditos	41	Valor total de demais créditos do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor Final a Receber	42	Valor final a receber do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem o demonstrativo.	Obrigatório.
Observação/Justificativa	43	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

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.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicionado. 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.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	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	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

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	8	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Plano	9	Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme	Obrigatório.
Empresa	10	Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Validade da Carteira	11	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. 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	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Nome	13	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Telefone	14	Telefone do beneficiário	String	11		Número do telefone do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua telefone de contato.
Nome do titular do plano	15	Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.
Atendimento a RN	16	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 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 solicitante	17	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante
Número no CRO	18	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	19	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 CBO	20	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 na operadora	21	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	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	23	Número no CRO do contratado executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	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
UF	24	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 CNES	25	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	26	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 Executante for pessoa jurídica.
Número no CRO	27	Número no CRO do profissional executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
UF	28	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 CBO	29	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.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela	30	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	31	Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	32	Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Dente/Região	33	Identificação do dente ou região da boca	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca 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.
Face	34	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
Qtde	35	Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.
Qtde US	36	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

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor	37	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Númérico	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.
Franquia	38	Valor da franquia do procedimento	Númérico	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.
Aut	39	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.
Cod. Negativa	40	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.
Data de Realização	41	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Assinatura	42	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de Término do Tratamento	43	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	44	Tipo de atendimento em odontologia	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	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
Tipo de faturamento	45	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Total Quantidade US	46	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	47	Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total franquia guia	48	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.
Observação/Justificativa	49	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	50	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	51	Assinatura do cirurgião-dentista solicitante				Assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	Obrigatório.
Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista	52	Data da assinatura do cirurgião-dentista	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do Cirurgião-Dentista	53	Assinatura do cirurgião-dentista executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54	Data da assinatura do beneficiário ou seu responsável	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do beneficiário ou responsável	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
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data do carimbo da Empresa	56	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.
Nº da guia no prestador	2	Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia 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	5	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da carteira	6	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Dente	7	Identificação do 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.

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
Sinais Clínicos de Doença Periodontal	9	Sinais clínicos de doença periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Obrigatório.
Alteração dos Tecidos Moles	10	Indicador de alteração dos tecidos moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Obrigatório.
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/ Responsável	15	Assinatura do beneficiário ou 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.

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - CNPJ Operadora	5 - Data de Início do Processamento	6 - Data de Fim do Processamento
------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Dados do Prestador	
7 - Código na Operadora	8 - Nome do Contratado
9 - CPF / CNPJ Contratado	

Dados do Pagamento			
10 - Data do Pagamento	11-Banco	12-Agência	13-Conta

Dados do Protocolo	
14-Número do lote	15-Número do Protocolo

Dados da Guia			
16-Número da guia no prestador	17-Número da guia atribuído pela operadora	18-Recurso	19 -Nome do Profissional Executante

20 - Número da Carteira	21 -Nome do Beneficiário
-------------------------	--------------------------

22-Tabela	23- Código do Procedimento 32- Valor Franquia(R\$)	24 - Descrição 33-Valor Liberado (R\$)	25-Dente/Região 34-Código da Glosa	26-Face	27-Data de Realização	28-Qtde	29-Valor Informado(R\$)	30-Valor Processado (R\$)	31-Valor Glosa/Estorno (R\$)
01-									
02-									
03-									

35-Observação / Justificativa

Total da Guia				
36- Valor Total Informado Guia (R\$)	37 - Valor Total Processado Guia (R\$)	38 - Valor Total Glosa Guia (R\$)	39 - Valor Total Franquia Guia (R\$)	40 - Valor Total Liberado Guia (R\$)

Total do Protocolo				
41- Valor Total Informado Protocolo (R\$)	42 - Valor Total Processado Protocolo (R\$)	43 - Valor Total Glosa Protocolo (R\$)	44 - Valor Total Franquia Protocolo (R\$)	45 - Valor Total Liberado Protocolo (R\$)

Total por Data de Pagamento				
46 - Valor Total Informado por Data de Pagamento (R\$)	47 - Valor Total Processado por Data de Pagamento (R\$)	48 - Valor Total Glosa por Data de Pagamento (R\$)	49 - Valor Total Franquia por Data de Pagamento (R\$)	50 - Valor Total Liberado por Data de Pagamento(R\$)

Demais débitos / créditos por Data de Pagamento			
51-Indicação	52-Código do débito/crédito	53-Descrição do débito/crédito	54-Valor

Total Geral por Data de Pagamento		
55 - Valor Total de Demais Débitos por Data de Pagamento (R\$)	56 - Valor Total de Demais Créditos por Data de Pagamento (R\$)	57 - Valor Final a Receber por Data de Pagamento (R\$)

Total do Demonstrativo				
58 - Valor Total Informado (R\$)	59 - Valor Total Processado (R\$)	60 - Valor Total Glosa (R\$)	61 - Valor Total Franquia (R\$)	62 - Valor Total Liberado (R\$)

Demais débitos / créditos do Demonstrativo			
63-Indicação	64-Código do débito/crédito	65-Descrição do débito/crédito	66-Valor

Total Geral do Demonstrativo		
67 - Valor Total de Demais Débitos(R\$)	68 - Valor Total de Demais Créditos(R\$)	69 - Valor Final a Receber (R\$)

70 - Observação	Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Fevereiro/2019	501
-----------------	---	-----

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.
Nº	2	Número do demonstrativo	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.
CNPJ operadora	4	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de início do processamento	5	Data inicial do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Data fim do processamento	6	Data final do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Código na operadora	7	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	8	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	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	10	Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Banco	11	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	12	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	13	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	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 no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	17	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Recurso	18	Indicação de recurso	String	1		Indicador de recurso.	Obrigatório.
Nome do profissional executante	19	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 Executante for pessoa jurídica.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira	20	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	21	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Tabela	22	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	23	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	24	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Dente/Região	25	Identificação do dente ou região da boca	String	4		Identificação da denteção permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca 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 da boca.
Face	26	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	27	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Qtde	28	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado	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 informado	29	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	30	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	31	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)
Valor da franquia	32	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	33	Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Código da glosa	34	Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Observação/Justificativa	35	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

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 total informado guia	36	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 total processado guia	37	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 total glosa guia	38	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 franquia guia	39	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.
Valor total liberado guia	40	Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Valor total informado protocolo	41	Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias	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 total processado protocolo	42	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.	Obrigatório.
Valor total glosa protocolo	43	Valor da glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia protocolo	44	Valor total de franquia do protocolo	Numérico	8,2		Valor total da franquia do protocolo correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total liberado protocolo	45	Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por protocolo. Corresponde ao valor informado do protocolo menos o valor glosado do protocolo.	Obrigatório.
Valor total informado por data de pagamento	46	Valor total informado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total processado por data de pagamento	47	Valor total processado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.

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 total glosa por data de pagamento	48	Valor total glosa por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia por data de pagamento	49	Valor total franquia por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total da franquia por data de pagamento correspondendo ao somatório do valor da franquia de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total liberado por data de pagamento	50	Valor total liberado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Indicação	51	Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento	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/crédito	52	Código do débito ou crédito por data de pagamento	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.
Descrição	53	Descrição de débitos ou créditos por data de pagamento	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicional. 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	54	Valor dos débitos e créditos por data de pagamento	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
Valor total dos demais débitos por data de pagamento	55	Valor total dos demais débitos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor total dos demais débitos por data de pagamento	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total dos demais créditos por data de pagamento	56	Valor total dos demais créditos	Numérico	6,2		Valor total dos demais créditos por data de pagamento	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor final a receber por data de pagamento	57	Valor final a receber por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor final a receber por data de pagamento	Obrigatório.
Valor total informado	58	Valor total informado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias.	Obrigatório.
Valor total processado	59	Valor total processado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias.	Obrigatório.
Valor total glosa	60	Valor total glosa do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia	61	Valor total franquia do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total da franquia, correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

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 total liberado	62	Valor total liberado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador, correspondendo ao valor informado por data de pagamento menos o valor anulado	Obrigatório.
Indicação	63	Indicação de débito ou crédito geral	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/crédito	64	Código do débito ou 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	65	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	66	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.
Valor total dos demais débitos	67	Valor total dos demais débitos do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor total dos demais débitos do demonstrativo	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0.00 (zero)
Valor total dos demais créditos	68	Valor total dos demais créditos do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor total dos demais créditos do demonstrativo	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0.00 (zero)
Valor final a receber	69	Valor final a receber do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor final a receber de demonstrativo	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
Observação/Justificativa	70	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

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	12 - Acatado
--------------------	-----------------------	----------------------------------	------------------	--------------

Dados do recurso da guia

13- Número da guia no prestador	14- Número da guia atribuído pela operadora	15-Senha	16-Nome do beneficiário
---------------------------------	---	----------	-------------------------

17-Código da glosa da guia	18-Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 - Acatado
----------------------------	--	--------------

Dados dos itens da guia

20-Data realização procedimento 28-Valor Recursado 30-Valor Acatado	21-Dente/Região 29-Justificativa do prestador 31-Justificativa da operadora	22-Face	23-Quantidade	24-Tabela	25-Procedimento/Item assistencial	26-Descrição do procedimento	27-Código da Glosa
01- / /							

32 - Valor Total Recursado (R\$)	33 - Valor Total Acatado (R\$)
----------------------------------	--------------------------------

34 - Data do recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
----------------------	------------------------------	--------------------------------------	------------------------------

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.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia de recurso de glosas no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e
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	4	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 de recurso de glosas atribuído pela operadora	5	Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código na operadora	6	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	7	Nome do contratado executante	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	11	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.
Acatado	12	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	13	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a
Número da guia atribuído pela operadora	14	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador utilize mais de uma vez o mesmo número de guia no
Senha	15	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.

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
Nome do beneficiário	16	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Código da glosa da guia	17	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.
Justificativa	18	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.
Acatado	19	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.
Data de realização	20	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Dente/Região	21	Identificação do dente ou região da boca	String	4		Identificação da denteção permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca 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 da boca.

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
Face	22	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.
Qtde	23	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	24	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 / item assistencial	25	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	26	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	27	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.

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 recursado	28	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	29	Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor acatado	30	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	31	Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recursado	32	Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total apresentado de recurso	Obrigatório.
Valor total acatado	33	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)
Data do recurso	34	Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	35	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da Operadora	36	Data da assinatura da operadora	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	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
Assinatura da Operadora	37	Assinatura da operadora				Assinatura da operadora.	Obrigatório.

Logotipo da Empresa

GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL

2 - Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

Dados do Contratado

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 - Código CNES

6 - Nome do Profissional Executante

7 - Conselho Profissional

8 - Número no Conselho

9 - UF

10 - Código CBO

Beneficiários

Table with 5 columns: 11 - Data do atendimento, 12 - Número da carteira, 13 - Nome do Beneficiário, 14 - Número da Guia Principal, 15 - Assinatura. Rows 01-25.

16 - Data

17 - Assinatura do Contratado

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.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Código na operadora	3	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	5	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 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	7	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 no conselho	8	Número do executante no conselho profissional	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	9	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório.
Código CBO	10	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório.
Data do atendimento	11	Data de realização				Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Número da carteira	12	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	13	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da guia principal	14	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Assinatura	15	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de Assinatura do Contratado	16	Data da assinatura do prestador contratado	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	17	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

