Paniquar

GESTÃO DE RECEITA NA SAÚDE

MANUAL DAS GUIAS TISS

Guia de solicitação de internação

Pedido de autorização de internação à operadora, com caráter, tipo e regime de internação, indicação clínica, procedimentos previstos e quantidade de diárias solicitadas.

Francisco Paniquar Gatto · no setor de saúde desde 2002 · versão de 19/10/2026
Versão sempre atualizada em **paniquar.com**. Uso livre em treinamentos com citação da fonte · CC BY-NC 4.0 · paniquar.com.

Guia de solicitação de internação

Pedido de autorização de internação à operadora, com caráter, tipo e regime de internação, indicação clínica, procedimentos previstos e quantidade de diárias solicitadas.

Pontos de atenção

- Em internação eletiva, a autorização deve sair antes da admissão.
- Tipo de internação (clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica) e regime (hospitalar, hospital-dia, domiciliar) devem ser coerentes com a indicação clínica.
- A indicação clínica e o CID sustentam a análise da auditoria: preencha com informação suficiente para justificar a internação.

Campos (49)

1 Registro ANS

Obrigatório

Texto · até 6 caracteres

Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Regra: Obrigatório.

2 Número da guia no prestador

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica a guia no prestador de serviços.

Regra: 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.

3 Número da guia atribuído pela operadora

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica a guia atribuído pela operadora.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

4 Data da autorização

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.

Regra: Obrigatório.

5 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização fornecida pela operadora

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

6 Data de validade da senha

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data de validade da senha de autorização do procedimento.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.

7 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

8 Data de validade da carteira

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da validade da carteira do beneficiário

Regra: 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.

9 Indicador de atendimento ao recém-nato

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

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.

Regra: 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.

50 Nome do beneficiário

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.

Regra: Condicionado.
Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).

10 Nome do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

12 Código do contratado solicitante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.

Regra: Obrigatório.

13 Nome do contratado solicitante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento

Regra: Obrigatório.

14 Nome do profissional solicitante

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que está solicitando o procedimento.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

15 Conselho profissional do solicitante

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 26, conselho profissional):

01	Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)
02	Conselho Regional de Enfermagem (COREN)
03	Conselho Regional de Farmácia (CRF)
04	Conselho Regional de Fonoaudiologia (CREFONO)
05	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO)
06	Conselho Regional de Medicina (CRM)
07	Conselho Regional de Nutrição (CRN)
08	Conselho Regional de Odontologia (CRO)
09	Conselho Regional de Psicologia (CRP)
10	Outros Conselhos
11	Conselho Regional de Biologia (CRBio)
12	Conselho Regional de Biomedicina (CRBM)
13	Conselho Regional de Educação Física (CREF)
14	Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV)
15	Conselho Regional de Técnicos em Radiologia (CRTR)

16 Número do solicitante no conselho profissional

Obrigatório

Texto · até 15 caracteres

Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.

Regra: Obrigatório.

17 UF do conselho do profissional solicitante

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 59, unidades da federação):

11	Rondônia
12	Acre
13	Amazonas
14	Roraima
15	Pará
16	Amapá
17	Tocantins
21	Maranhão
22	Piauí
23	Ceará
24	Rio Grande do Norte
25	Paraíba
26	Pernambuco
27	Alagoas
28	Sergipe
29	Bahia
31	Minas Gerais
32	Espírito Santo
33	Rio de Janeiro
35	São Paulo
41	Paraná
42	Santa Catarina
43	Rio Grande do Sul
50	Mato Grosso do Sul
51	Mato Grosso
52	Goiás
53	Distrito Federal
98	Países Estrangeiros

18 Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante

Obrigatório

Texto · até 6 caracteres

Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 24, código brasileiro de ocupação (CBO)):

201115	Geneticista
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas
213150	Físico médico
221105	Biólogo
223204	Cirurgião dentista - auditor
223208	Cirurgião dentista - clínico geral
223212	Cirurgião dentista - endodontista
223216	Cirurgião dentista - epidemiologista
223220	Cirurgião dentista - estomatologista
223224	Cirurgião dentista - implantodontista
223228	Cirurgião dentista - odontogeriatra
223232	Cirurgião dentista - odontologista legal
223236	Cirurgião dentista - odontopediatra
223240	Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista
223244	Cirurgião dentista - patologista bucal
223248	Cirurgião dentista - periodontista
223252	Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial
223256	Cirurgião dentista - protesista
223260	Cirurgião dentista - radiologista
223264	Cirurgião dentista - reabilitador oral
223268	Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial
223272	Cirurgião dentista de saúde coletiva
223276	Cirurgião dentista - odontologia do trabalho
223280	Cirurgião dentista - dentística
223284	Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial
223288	Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais
223293	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família
223505	Enfermeiro
223605	Fisioterapeuta geral
223625	Fisioterapeuta respiratória
223630	Fisioterapeuta neurofuncional
223635	Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional
223640	Fisioterapeuta osteopata
223645	Fisioterapeuta quiropraxista

223650	Fisioterapeuta acupunturista
223655	Fisioterapeuta esportivo
223660	Fisioterapeuta do trabalho
223710	Nutricionista
223810	Fonoaudiólogo
223905	Terapeuta ocupacional
223910	Ortoptista
225103	Médico infectologista
225105	Médico acupunturista
225106	Médico legista
225109	Médico Nefrologista
225110	Médico alergista e imunologista
225112	Médico neurologista
225115	Médico angiologista
225118	Médico nutrologista
225120	Médico cardiologista
225121	Médico oncologista clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico
225124	Médico pediatra
225125	Médico clínico
225127	Médico pneumologista
225130	Médico de família e comunidade
225133	Médico psiquiatra
225135	Médico dermatologista
225136	Médico reumatologista
225139	Médico sanitarista
225140	Médico do trabalho
225142	Médico da estratégia de saúde da família
225145	Médico em medicina de tráfego
225148	Médico anatomopatologista
225150	Médico em medicina intensiva
225151	Médico anestesiologista
225155	Médico endocrinologista e metabologista
225160	Médico fisiatra
225165	Médico gastroenterologista
225170	Médico generalista
225175	Médico geneticista
225180	Médico geriatra
225185	Médico Hematologista
225195	Médico Homeopata

225203	Médico em cirurgia vascular
225210	Médico cirurgião cardiovascular
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
225225	Médico cirurgião geral
225230	Médico cirurgião pediátrico
225235	Médico cirurgião plástico
225240	Médico cirurgião torácico
225250	Médico ginecologista e obstetra
225255	Médico Mastologista
225260	Médico neurocirurgião
225265	Médico oftalmologista
225270	Médico ortopedista e traumatologista
225275	Médico otorrinolaringologista
225280	Médico proctologista
225285	Médico urologista
225290	Médico cancerologista cirúrgico
225295	Médico cirurgião da mão
225305	Médico citopatologista
225310	Médico em endoscopia
225315	Médico em medicina nuclear
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225325	Médico patologista
225330	Médico radioterapeuta
225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225340	Médico hemoterapeuta
225345	Médico hiperbarista
225350	Médico neurofisiologista
239425	Psicopedagogo
251510	Psicólogo clínico
251545	Neuropsicólogo
251550	Psicanalista
251605	Assistente social
322205	Técnico de enfermagem
322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica
322225	Instrumentador cirúrgico
322230	Auxiliar de enfermagem
516210	Cuidador de idosos
223435	Farmacêutico industrial
223430	Farmacêutico em saúde pública

223415	Farmacêutico analista clínico
223405	Farmacêutico
223420	Farmacêutico de alimentos
223440	Farmacêutico toxicologista
223445	Farmacêutico hospitalar e clínico
223425	Farmacêutico práticas integrativas e complementares
223565	Enfermeiro da estratégia de saúde da família
223560	Enfermeiro sanitarista
223555	Enfermeiro puericultor e pediátrico
223550	Enfermeiro psiquiátrico
223545	Enfermeiro obstétrico
223540	Enfermeiro neonatologista
223535	Enfermeiro nefrologista
223530	Enfermeiro do trabalho
223525	Enfermeiro de terapia intensiva
223520	Enfermeiro de centro cirúrgico
223515	Enfermeiro de bordo
223510	Enfermeiro auditor
223570	Perfusionista
223705	Dietista
223845	Fonoaudiólogo em voz
223830	Fonoaudiólogo em linguagem
223825	Fonoaudiólogo em disfagia
223835	Fonoaudiólogo em motricidade orofacial
223840	Fonoaudiólogo em saúde coletiva
223820	Fonoaudiólogo em audiologia
223815	Fonoaudiólogo educacional
225154	Médico antroposófico
999999	CBO do prestador solicitante desconhecido ou não informado
221205	Biomédico
224105	Avaliador físico
224110	Ludomotricista
224115	Preparador de atleta
224120	Preparador físico
224125	Técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol)
224130	Técnico de laboratório e fiscalização desportiva
224135	Treinador profissional de futebol
226305	Musicoterapeuta
225355	Médico radiologista intervencionista
239440	Neuropsicopedagogo clinico

239445	Neuropsicopedagogo institucional
251555	Psicólogo acupunturista
223915	Psicomotricista
226310	Arteterapeuta
226315	Equoterapeuta
322120	Massoterapeuta
322125	Terapeuta holístico
224140	Profissional de educação física na saúde
131220	Gerontólogo
226105	Quiropraxista
226110	Osteopata
226320	Naturólogo
322135	Doula
223575	Obstetriz

19 Código do contratado solicitado na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário

Regra: Obrigatório.

20 Nome do hospital / local solicitado

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Regra: Obrigatório.

21 Data sugerida para internação

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.

Regra: Obrigatório.

22 Caráter do atendimento

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 23, caráter do atendimento):

1	Eletivo
2	Urgência/Emergência

23 Tipo de internação

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Regra: Obrigatório.

24 Regime de internação

Obrigatório

Texto

Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 41, Regime de Internação):

1	Hospitalar
2	Hospital–dia
3	Domiciliar

25 Quantidade de diárias solicitadas

Obrigatório

Integer · 2 posições

Número de dias de internação solicitadas pelo prestador

Regra: Obrigatório.

26 Indicador de previsão de uso de OPME

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indica se há previsão de utilização de OPME na internação

Regra: 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.

27 Indicador de previsão de uso de quimioterápico

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação

Regra: 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.

28 Indicação clínica

Obrigatório

Texto · até 500 caracteres

Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.

Regra: Obrigatório.

29 Diagnóstico principal

Opcional

Texto · até 4 caracteres

Regra: Opcional.

30 Diagnóstico secundário

Opcional

Texto · até 4 caracteres

Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão

Regra: Opcional.

31 Terceiro diagnóstico

Opcional

Texto · até 4 caracteres

Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão

Regra: Opcional.

32 Quarto diagnóstico

Opcional

Texto · até 4 caracteres

Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão

Regra: Opcional.

33 Indicação de acidente ou doença relacionada

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 36, Indicador de Acidente):

0	Trabalho
1	Trânsito
2	Outros
9	Não Acidente

34 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 87, Relação das terminologias unificadas na saúde suplementar):

00	Tabela própria das operadoras
18	Diárias, taxas e gases medicinais
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20	Medicamentos
22	Procedimentos e eventos em saúde
23	Caráter do atendimento
24	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)
25	Código da despesa
26	Conselho profissional
27	Débitos e créditos
28	Dentes
29	Diagnóstico por imagem
30	Escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)
31	Estadiamento do tumor
32	Faces do dente
33	Finalidade do tratamento
34	Forma de pagamento
35	Grau de participação
36	Indicador de acidente
37	Indicador de débito ou crédito
38	Mensagens (glosas, negativas e outras)
39	Motivo de encerramento
40	Origem da guia
41	Regime de internação
42	Regiões da boca
43	Sexo
44	Situação inicial do dente
45	Status da solicitação
46	Status do cancelamento
47	Status da guia e do protocolo
48	Técnica utilizada
49	Tipo de acomodação
50	Tipo de atendimento

51	Tipo de atendimento em odontologia
52	Tipo de consulta
53	Tipo de demonstrativo
54	Tipo de guia
55	Tipo de faturamento
56	Natureza da guia
57	Tipo de internação
58	Tipo de quimioterapia
59	Unidade da federação
60	Unidade de medida
61	Via de acesso
62	Via de administração
63	Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS
64	Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS
65	Metástase
66	Nódulo
67	Tumor
68	Categoria de despesa
69	Versão do componente de comunicação do padrão
70	Forma de envio de padrão
71	Tipo de atendimento por operadora intermediária
72	Tipo de identificação do beneficiário
73	Etapas de autorização
74	Motivos de ausência do código de validação
87	Tabelas de domínio
90	Tabela Própria Pacote Odontológico
98	Tabela Própria de Pacotes
75	Cobertura especial
76	Regime de atendimento
77	Saúde ocupacional
78	Tipo de Pagamento
79	Modelos de Remuneração entre Operadoras e Prestadores
80	Formato do documento
81	Tipo do documento
82	Centro de consumo

35 **Código do procedimento ou item assistencial solicitado** Obrigatório

Texto

Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.

Regra: Obrigatório.

36 **Descrição do procedimento solicitado** Obrigatório

Texto · até 150 caracteres

Descrição do procedimento solicitado pelo prestador

Regra: Obrigatório.

37 **Quantidade solicitada do procedimento** Obrigatório

Integer · 3 posições

Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador

Regra: Obrigatório.

38 **Quantidade autorizada do procedimento** Obrigatório

Integer · 3 posições

Quantidade do procedimento autorizada pela operadora

Regra: Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.

39 **Data provável da admissão hospitalar** Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data provável da admissão do paciente no hospital

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

40 **Quantidade de diárias autorizadas** Condicionado

Integer · 3 posições

Número de dias de internação autorizados pela operadora

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

41 Tipo da acomodação autorizada

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Valores aceitos (tabela de domínio 49, Tipo de Acomodação):

02	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR
09	APARTAMENTO DE LUXO DA MATERNIDADE
10	APARTAMENTO DE LUXO DE PSIQUIATRIA
11	APARTAMENTO DE LUXO
12	APARTAMENTO SIMPLES
13	APARTAMENTO STANDARD
14	APARTAMENTO SUÍTE
15	APARTAMENTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO
16	APARTAMENTO PARA PACIENTE COM OBESIDADE MÓRBIDA
17	APARTAMENTO SIMPLES DA MATERNIDADE
18	APARTAMENTO SIMPLES DE PSIQUIATRIA
19	APARTAMENTO SUÍTE DA MATERNIDADE
20	APARTAMENTO SUÍTE DE PSIQUIATRIA
21	BERÇÁRIO NORMAL
22	BERÇÁRIO PATOLÓGICO / PREMATURO
25	ENFERMARIA DE 3 LEITOS DA MATERNIDADE
26	ENFERMARIA DE 4 OU MAIS LEITOS DA MATERNIDADE
27	HOSPITAL DIA APARTAMENTO
28	HOSPITAL DIA ENFERMARIA
29	HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA
30	QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS DA MATERNIDADE
31	ENFERMARIA DE 3 LEITOS
32	ENFERMARIA DE 4 OU MAIS LEITOS
33	ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUNTO
36	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR DA MATERNIDADE
37	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR DE PSIQUIATRIA
38	SEMI UTI ADULTO GERAL
39	SEMI UTI CORONARIANA
40	SEMI UTI NEONATAL
41	QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS
43	QUARTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO
44	SEMI UTI NEUROLÓGICA
45	SEMI UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA
46	SEMI UTI QUEIMADOS

47	UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
48	UNIDADE DE TRANSPLANTE EM GERAL
49	APARTAMENTO STANDARD DA MATERNIDADE
50	APARTAMENTO STANDARD DE PSIQUIATRIA
51	UTI ADULTO GERAL
52	UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA
53	UTI NEONATAL
56	UNIDADE PARA TRATAMENTO RADIOATIVO
57	UTI CORONARIANA
58	UTI NEUROLÓGICA
59	UTI QUEIMADOS

42 Código do contratado autorizado na operadora

Condicionado

Texto · até 14 caracteres

Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

43 Nome do hospital / local autorizado

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do prestador para onde foi autorizada a internação

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

44 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante

Condicionado

Texto · até 7 caracteres

Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

45 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 1000 caracteres

Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário

Regra: Opcional.

46 Data da solicitação

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Regra: Obrigatório.

47 Assinatura do profissional solicitante

Obrigatório

Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.

Regra: Obrigatório.

48 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

49 Assinatura do responsável pela autorização

Obrigatório

Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.

Regra: Obrigatório.

Versão online: paniquar.com/guias-tiss/guia-de-solicitacao-de-internacao/ · Fonte: ANS, Componente de Conteúdo e Estrutura 202511 e TUSS 202609.