Paniquar

GESTÃO DE RECEITA NA SAÚDE

WIKI DE RCM · PADRÃO TISS

Manual das guias TISS campo a campo

Todas as guias, anexos e demonstrativos, com cada campo, a regra de preenchimento e os valores aceitos das tabelas de domínio da TUSS.

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.

Guias

1. Guia de consulta (Guias de cobrança)
2. Guia SP/SADT (Guias de cobrança)
3. Guia de solicitação de internação (Solicitação e autorização)
4. Guia de prorrogação de internação (Solicitação e autorização)
5. Guia de resumo de internação (Guias de cobrança)
6. Guia de honorários (Guias de cobrança)
7. Demonstrativo de análise de conta (Demonstrativos)
8. Demonstrativo de pagamento (Demonstrativos)
9. Guia de recurso de glosa (Recurso de glosa)
10. Anexo de outras despesas (Anexos)
11. Anexo de solicitação de OPME (Anexos)
12. Anexo de solicitação de quimioterapia (Anexos)
13. Anexo de solicitação de radioterapia (Anexos)
14. Guia de tratamento odontológico (GTO) (Odontologia)
15. Anexo de situação inicial (odontologia) (Odontologia)
16. Guia de recurso de glosa odontológico (Odontologia)
17. Demonstrativo de pagamento odontológico (Odontologia)
18. Guia de comprovante presencial (Outros)

Obrigatório: sempre preenchido. Condicionado: obrigatório só na situação descrita na regra. Opcional: a critério do prestador ou quando a operadora solicitar.

Guia de consulta

Cobrança de consultas eletivas realizadas em consultório. Consultas de pronto-socorro ou associadas a exames e terapias costumam ir na guia SP/SADT, conforme as regras de cada operadora.

Pontos de atenção

- Quando a operadora exige autorização prévia para a consulta, o número atribuído pela operadora vai no campo 3, e a guia deve seguir a regra de autorização dela. Em contingência em papel, a validade da carteira (campo 5) passa a ser exigida.
- O tipo de consulta (primeira consulta, retorno, pré-natal, por encaminhamento) influencia a análise: retorno dentro do prazo contratual costuma não ser remunerado como nova consulta.
- Indicação de acidente é obrigatória: use "Não acidente" quando não houver acidente ou doença relacionada.
- O regime de atendimento (ambulatorial, domiciliar, internação, pronto-socorro ou telessaúde) passou a ser obrigatório e precisa refletir onde a consulta aconteceu.

Campos (28)

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 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

5 Data de validade da carteira

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da validade da carteira do beneficiário

Regra: 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.

6 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.

26 Nome social do beneficiário

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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).

7 Nome do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

9 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

10 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

11 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante

Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

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

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

12 Nome do profissional executante

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que executou o procedimento

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

13 Conselho profissional do executante

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código do conselho profissional do executante do procedimento, 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)

14 Número do executante no conselho profissional

Obrigatório

Texto · até 15 caracteres

Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.

Regra: Obrigatório.

15 UF do conselho do profissional executante

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, 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

16 Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante

Obrigatório

Texto · até 6 caracteres

Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, 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

17 Indicação de acidente ou doença relacionada

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indica se o atendimento foi 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

27 Cobertura Especial

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Código da Cobertura Especial conforme tabela de domínio nº 75.

Regra: Condicionado.
Deve ser preenchido nos casos de atendimento ambulatorial em planos de cobertura exclusivamente hospitalar, a gestantes ou no pré e pós operatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 75, Cobertura especial):

01	Gestante
02	Pré-operatório
03	Pós-operatório

28 Regime de atendimento

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código do regime de atendimento, conforme tabela de domínio nº 76.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 76, Regime de atendimento):

01	Ambulatorial
02	Domiciliar
03	Internação
04	Pronto-socorro
05	TELESSAÚDE

29 Saúde ocupacional

Opcional

Texto · até 2 caracteres

Regra: Opcional.
Deve ser preenchido nos casos de atendimentos referentes à saúde ocupacional do beneficiário.

18 Data de realização

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Obrigatório.

19 Tipo de consulta

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 52, tipo de consulta):

1	Primeira Consulta
2	Retorno
3	Pré-natal
4	Por encaminhamento

20 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Regra: Obrigatório.

21 Código do procedimento realizado

Obrigatório

Texto

Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.

Regra: Obrigatório.

22 Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor unitário do procedimento realizado

Regra: Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.

23 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

24 Assinatura do profissional executante

Obrigatório

Assinatura do profissional que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

25 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

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

Guia SP/SADT

Solicitação e cobrança de exames, terapias, procedimentos ambulatoriais, atendimentos de pronto-socorro e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia. Materiais, medicamentos, taxas e gases vinculados vão no anexo de outras despesas.

Pontos de atenção

- Quando o atendimento exige autorização, data da autorização, senha e validade da senha precisam bater com o que a operadora emitiu.
- O caráter do atendimento (eletivo ou urgência/emergência) muda as regras de autorização: não use urgência para contornar a autorização de um eletivo.
- Cada procedimento tem sua data e horário de execução; datas fora do período autorizado geram glosa.

Campos (71)

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 principal

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número da guia principal

Regra: 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.

4 Data da autorização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

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

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

5 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização emitida 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 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.

8 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

9 Data de validade da carteira

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da validade da carteira do beneficiário

Regra: 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.

89 Nome social do beneficiário

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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 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.

13 Código do contratado solicitante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: 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.

14 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.

15 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.

16 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)

17 Número do solicitante no conselho profissional

Obrigatório

Texto · até 15 caracteres

Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.

Regra: Obrigatório.

18 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

19 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

20 Assinatura do profissional solicitante

Obrigatório

Regra: Obrigatório.

21 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

22 Data da solicitação

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.

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

23 Indicação clínica

Condicionado

Texto · até 500 caracteres

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.

90 **Cobertura Especial** Condicionado

Texto

Código da Cobertura Especial conforme tabela de domínio nº 75.

Regra: Condicionado.
Deve ser preenchido nos casos de atendimento ambulatorial em planos de cobertura exclusivamente hospitalar, a gestantes ou no pré e pós operatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 75, Cobertura especial):

01	Gestante
02	Pré-operatório
03	Pós-operatório

24 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

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

Texto · até 10 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

26 **Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado** Obrigatório

Texto · até 150 caracteres

Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador

Regra: Obrigatório.

27 **Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial** Obrigatório

Integer · 3 posições

Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.

Regra: Obrigatório.

28 **Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial** Obrigatório

Integer · 3 posições

Regra: Obrigatório.

29 **Código do contratado executante na operadora** Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

30 **Nome do contratado executante** Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

31 **Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante** Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

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

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

32 Tipo de atendimento

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 50, Tipo de Atendimento):

01	Remoção
02	Pequena Cirurgia
03	Outras Terapias
04	Consulta
08	Quimioterapia
09	Radioterapia
10	Terapia Renal Substitutiva (TRS)
13	Pequeno atendimento (sutura, gesso e outros)
23	Exame

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 Tipo de consulta

Condicionado

Texto

Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.

Valores aceitos (tabela de domínio 52, tipo de consulta):

1	Primeira Consulta
2	Retorno
3	Pré-natal
4	Por encaminhamento

35 Motivo de Encerramento

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de óbito.

Valores aceitos (tabela de domínio 39, motivo de encerramento):

11	Alta Curado
12	Alta Melhorado
14	Alta a pedido
15	Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente
16	Alta por Evasão
18	Alta por outros motivos
19	Alta de Paciente Agudo em Psiquiatria
21	Permanência, por características próprias da doença
22	Permanência, por intercorrência
23	Permanência, por impossibilidade sócio-familiar
24	Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo
25	Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto
26	Permanência, por mudança de Procedimento
27	Permanência, por reoperação
28	Permanência, outros motivos
31	Transferido para outro estabelecimento
32	Transferência para Internação Domiciliar
41	Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente
42	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML
43	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO.
51	Encerramento Administrativo
61	Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido
62	Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido
63	Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido
64	Alta da mãe/puérpera com óbito fetal
65	Óbito da gestante e do concepto
66	Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido
67	Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido

91 Regime de atendimento

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código do Regime de atendimento, conforme tabela de domínio nº 76.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 76, Regime de atendimento):

01	Ambulatorial
02	Domiciliar
03	Internação
04	Pronto-socorro
05	TELESSAÚDE

92 Saúde ocupacional

Opcional

Texto · até 2 caracteres

Código de Saúde ocupacional, conforme tabela de domínio nº 77.

Regra: Opcional.
Deve ser preenchido nos casos de atendimentos referentes à saúde ocupacional do beneficiário.

Valores aceitos (tabela de domínio 77, Saúde ocupacional):

01	Admissional
02	Demissional
03	Periódico
04	Retorno ao trabalho
05	Mudança de função
06	Promoção à saúde

36 Data de realização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

37 Hora inicial da realização do procedimento

Condicionado

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Horário inicial da realização do procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.

38 Hora final da realização do procedimento

Condicionado

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Horário final da realização do procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.

39 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

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

40 Código do procedimento realizado

Condicionado

Texto · até 10 caracteres

Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

41 Descrição do procedimento realizado

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Descrição do procedimento realizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

42 Quantidade de procedimentos realizados

Condicionado

Integer · 3 posições

Quantidade realizada do procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

43 Via de acesso

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.

44 Técnica utilizada para realização do procedimento

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.

Valores aceitos (tabela de domínio 48, técnica utilizada):

1	Convencional
2	Video
3	Robótica

45 Fator de redução ou acréscimo

Condicionado

Número · formato 1.2

Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.

Regra: 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.

46 Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor unitário do procedimento realizado.

Regra: 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.

47 Valor total por procedimento realizado

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo

Regra: 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.

48 Sequencial de referência do procedimento realizado

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.

Regra: 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.

49 Grau de participação do profissional

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

Valores aceitos (tabela de domínio 35, grau de participação):

00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
08	Consultor
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
11	Auxiliar SADT
12	Clínico
13	Intensivista

50 Código do contratado executante na operadora

Condicionado

Texto · até 14 caracteres

Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

51 Nome do profissional executante

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que executou o procedimento.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

52 Conselho profissional do executante

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

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)

53 Número do executante no conselho profissional

Condicionado

Texto · até 15 caracteres

Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

54 UF do conselho do profissional executante

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

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

55 Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante

Condicionado

Texto · até 6 caracteres

Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

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

56 Data de realização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados.

57 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

58 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

59 Valor total de procedimentos

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total de todos os procedimentos realizados.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.

60 Valor total de taxas e aluguéis

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.

61 Valor total de materiais

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.

62 Valor total de OPME

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.

63 Valor total de medicamentos

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.

64 Valor total de gases medicinais

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.

65 Valor do total geral

Obrigatório

Número · formato 8.2

Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados

Regra: Obrigatório.

66 Assinatura do responsável pela autorização

Obrigatório

Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.

Regra: Obrigatório.

67 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

68 Assinatura do contratado

Obrigatório

Assinatura do prestador contratado.

Regra: Obrigatório.

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

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.

Guia de prorrogação de internação

> Pedido de diárias adicionais, mudança de acomodação ou novos procedimentos durante uma internação já autorizada.

Pontos de atenção

- Peça a prorrogação antes de a senha da internação vencer.
- A justificativa clínica precisa explicar por que a permanência ou o procedimento adicional é necessário.
- Mudança de acomodação também passa por aqui: acomodação superior à do plano sem autorização gera glosa.

Campos (31)

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 de solicitação de internação

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da guia inicial de solicitação de internação.

Regra: Obrigatório.

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 emitida pela operadora

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.

6 **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.

7 **Número da carteira do beneficiário** Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora.

Regra: Obrigatório.

31 **Nome social** 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).

8 **Nome do beneficiário** Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário.

Regra: Obrigatório.

9 **Código do contratado solicitante na Operadora** Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

10 **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.

11 Nome do profissional solicitante

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.

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

12 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)

13 Número do solicitante no conselho profissional

Obrigatório

Texto · até 15 caracteres

Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.

Regra: Obrigatório.

14 UF do conselho do profissional solicitante

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, 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

15 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

16 Quantidade de diárias adicionais solicitadas

Condicionado

Integer · 3 posições

Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.

17 Tipo da acomodação solicitada

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.

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

18 Indicação clínica

Obrigatório

Texto · até 500 caracteres

Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.

Regra: Obrigatório.

19 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

20 Código do procedimento ou item assistencial solicitado

Condicionado

Texto · até 10 caracteres

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

21 Descrição do procedimento solicitado

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

22 Quantidade solicitada do procedimento

Condicionado

Integer · 3 posições

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

23 Quantidade autorizada do procedimento

Condicionado

Integer

Quantidade do procedimento autorizada pela operadora

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

24 Quantidade de diárias adicionais autorizadas

Condicionado

Integer · 3 posições

Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.

25 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 sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.

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

26 Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação

Condicionado

Texto · até 500 caracteres

Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.

27 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

28 Data da solicitação

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Regra: Obrigatório.

29 Assinatura do profissional solicitante

Obrigatório

Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.

Regra: Obrigatório.

30 Assinatura do responsável pela autorização

Obrigatório

Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.

Regra: Obrigatório.

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

Guia de resumo de internação

Cobrança de uma internação, total ou parcial, com datas de início e fim do faturamento, CID, motivo de encerramento e procedimentos realizados. Itens de consumo vão no anexo de outras despesas.

Pontos de atenção

- O tipo de faturamento (parcial, final, complementar ou total) precisa seguir a regra de periodicidade e de fechamento de conta da operadora.
- Datas de internação, intervenção e alta precisam estar em ordem lógica: alta antes da intervenção gera glosa.
- O motivo de encerramento é obrigatório: alta, permanência (em contas parciais), transferência ou óbito, e precisa bater com o registro do prontuário.

Campos (66)

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 de solicitação de internação

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da guia de solicitação de Internação

Regra: Obrigatório.

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

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização fornecida pela operadora

Regra: Obrigatório.

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 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.

8 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

9 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.

66 Nome social do beneficiário

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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 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.

13 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

14 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

15 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante

Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

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

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

16 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

17 Tipo de faturamento

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 55, tipo de faturamento):

1	Parcial
2	Final
3	Complementar
4	Total

18 Data do início do faturamento

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data do início do faturamento apresentado nesta guia.

Regra: 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.

19 Hora do início do faturamento

Obrigatório

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Hora do início do faturamento.

Regra: 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.

20 Data do fim do faturamento

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Regra: 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.

21 Hora do fim do faturamento

Obrigatório

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Hora do final do faturamento

Regra: 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.

22 Tipo de internação

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 57, tipo de internação.):

1	Clínica
2	Cirúrgica
3	Obstétrica
4	Pediátrica
5	Psiquiátrica

23 Regime de internação

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Regra: Obrigatório.

24 Diagnóstico principal

Opcional

Texto

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

Regra: Opcional.

25 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.

26 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.

27 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.

28 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

29 Motivo de Encerramento

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Regra: Obrigatório.

30 Número da Declaração de Nascido Vivo

Condicionado

Texto · até 11 caracteres

Número da declaração de nascido vivo, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.

31 Diagnóstico de óbito

Opcional

Texto · até 4 caracteres

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

Regra: Opcional.

32 Número da Declaração de Óbito

Condicionado

Texto · até 11 caracteres

Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).

Regra: 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.

33 Indicador de declaração de óbito de recém-nato.

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.

Regra: 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.

34 Data de realização

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Obrigatório.

35 Hora inicial da realização do procedimento

Condicionado

Hora · HH:MM:SS

Horário inicial da realização do procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

36 Hora final da realização do procedimento

Condicionado

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Horário final da realização do procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

37 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, 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

38 Código do procedimento realizado

Obrigatório

Texto · até 10 caracteres

Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.

Regra: Obrigatório.

39 Descrição do procedimento realizado

Obrigatório

Texto · até 150 caracteres

Descrição do procedimento realizado

Regra: Obrigatório.

40 Quantidade de procedimentos realizados

Obrigatório

Integer · 3 posições

Quantidade realizada do procedimento

Regra: Obrigatório.

41 Via de acesso

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.

Valores aceitos (tabela de domínio 61, via de acesso):

1	Única
2	Mesma via
3	Diferentes vias

42 Técnica utilizada para realização do procedimento

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.

Valores aceitos (tabela de domínio 48, técnica utilizada):

1	Convencional
2	Video
3	Robótica

43 Fator de redução ou acréscimo

Obrigatório

Número · formato 1.2

Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.

Regra: Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.

44 Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor unitário do procedimento realizado

Regra: Obrigatório.

45 Valor total por procedimento realizado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo

Regra: Obrigatório.

67 Centro de Consumo

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Centro de Consumo onde o material ou medicamento foi utilizado conforme tabela de domínio nº 82

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de material ou medicamentos.

Valores aceitos (tabela de domínio 82, Centro de Consumo):

1	Berçário
2	Enfermaria
3	Apartamento
4	Semi-UTI
5	UTI
6	Centro Cirúrgico
7	Pronto Socorro
8	Radiologia
9	Laboratório
10	Nutrição

46 Sequencial de referência do procedimento realizado

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.

Regra: 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.

47 Grau de participação do profissional

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

Valores aceitos (tabela de domínio 35, grau de participação):

00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
08	Consultor
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
11	Auxiliar SADT
12	Clínico
13	Intensivista

47 Código do contratado executante na operadora

Condicionado

Texto · até 14 caracteres

Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

49 Nome do profissional executante

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

50 Conselho profissional do executante

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

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)

51 Número do executante no conselho profissional

Condicionado

Texto · até 15 caracteres

Número de registro no respectivo Conselho Profissional.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

52 UF do conselho do profissional executante

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

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

53 Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante

Condicionado

Texto · até 6 caracteres

Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

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

54 Valor total de procedimentos

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total de todos os procedimentos realizados.

Regra: Obrigatório.

55 Valor total de diárias

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.

56 Valor total de taxas e aluguéis

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.

57 Valor total de materiais

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.

58 **Valor total de OPME** — Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes.

59 **Valor total de medicamentos** — Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.

60 **Valor total de gases medicinais** — Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.

61 **Valor do total geral** — Obrigatório

Número · formato 8.2

Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados

Regra: Obrigatório.

62 **Data da assinatura do prestador contratado** — Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da assinatura do prestador contratado.

Regra: Obrigatório.

63 **Assinatura do contratado** — Obrigatório

Assinatura do prestador contratado.

Regra: Obrigatório.

64 **Assinatura do auditor da operadora** — Condicionado

Assinatura do auditor da operadora

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria in loco da operadora.

65 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

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

Guia de honorários

> Cobrança de honorários de profissionais que participaram de procedimentos em internação, quando cobrados separadamente da conta hospitalar.

Pontos de atenção

- O grau de participação (cirurgião, auxiliares, anestesista e outros) precisa estar registrado na descrição cirúrgica ou na ficha anestésica.
- A guia de honorários se vincula à guia de solicitação de internação pelo número da guia.
- Via de acesso e técnica utilizada afetam a valoração: confira a regra do contrato.

Campos (42)

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 de solicitação de internação

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador

Regra: Obrigatório.

4 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.

5 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.

6 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

41 Nome social do beneficiário

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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).

7 Nome do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

8 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.

9 Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado

Regra: Obrigatório.

10 Nome do contratado onde o procedimento foi realizado

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado

Regra: Obrigatório.

11 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do prestador onde foi realizado o procedimento

Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

12 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

13 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

14 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante

Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

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

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

15 Data do início do faturamento

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data de início do faturamento apresentado nesta guia.

Regra: Obrigatório.

16 Data do fim do faturamento

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data final do faturamento apresentado nesta guia.

Regra: Obrigatório.

42 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

17 Data de realização

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Obrigatório.

18 Hora inicial da realização do procedimento

Condicionado

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

19 Hora final da realização do procedimento

Condicionado

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Horário final da realização do procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

20 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a 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

21 Código do procedimento realizado

Obrigatório

Texto · até 10 caracteres

Regra: Obrigatório.

22 Descrição do procedimento realizado

Obrigatório

Texto

Descrição do procedimento realizado

Regra: Obrigatório.

23 Quantidade de procedimentos realizados

Obrigatório

Integer · 3 posições

Quantidade realizada do procedimento

Regra: Obrigatório.

24 Via de acesso

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.

Valores aceitos (tabela de domínio 61, via de acesso):

1	Única
2	Mesma via
3	Diferentes vias

25 Técnica utilizada para realização do procedimento

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.

Valores aceitos (tabela de domínio 48, técnica utilizada):

1	Convencional
2	Video
3	Robótica

26 Fator de redução ou acréscimo

Obrigatório

Número · formato 1.2

Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.

Regra: Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1,00.

27 Valor unitário do procedimento realizado.

Obrigatório

Número · formato 8.2

Regra: Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).

28 Valor total por procedimento realizado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo

Regra: Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).

29 Sequencial de referência do procedimento realizado

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.

Regra: 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.

30 Grau de participação do profissional

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 35, grau de participação):

00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
08	Consultor
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
11	Auxiliar SADT
12	Clínico
13	Intensivista

31 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

32 Nome do profissional executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

33 Conselho profissional do executante

Obrigatório

Texto

Código do conselho do profissional que executou o procedimento, 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)

34 Número do executante no conselho profissional

Obrigatório

Texto · até 15 caracteres

Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

35 UF do conselho do profissional executante

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, 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

36 Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante

Obrigatório

Texto · até 6 caracteres

Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, 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

37 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

38 Valor total dos honorários

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados

Regra: Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).

38 Assinatura do profissional executante

Obrigatório

Assinatura do profissional que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

39 Data de emissão da guia

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data de emissão da guia

Regra: Obrigatório.

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

Demonstrativo de análise de conta

> Documento da operadora que informa, por protocolo, guia e item, o valor apresentado, o valor liberado e o valor glosado, com o código da glosa.

Pontos de atenção

- É a fonte para o tratamento de glosas e para o recurso: importe-o assim que chegar.
- O código de glosa de cada item é da tabela 38 da TUSS; consulte o significado na consulta de códigos de glosa.

Campos (50)

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 do demonstrativo

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora

Regra: Obrigatório.

3 Nome da operadora

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde

Regra: Obrigatório.

4 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

Regra: Obrigatório.

5 Data de emissão do demonstrativo

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data de emissão do demonstrativo

Regra: Obrigatório.

6 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

7 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

8 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante

Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

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

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

9 Número do lote

Obrigatório

Texto · até 12 caracteres

Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.

Regra: Obrigatório.

10 Número do protocolo

Obrigatório

Texto · até 12 caracteres

Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.

Regra: Obrigatório.

11 Data do protocolo da cobrança

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.

Regra: Obrigatório.

12 Código da glosa do protocolo

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.

Valores: tabela 38 da TUSS.

13 Status do protocolo

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 47, status da guia e do protocolo):

1	Recebido
2	Em análise
3	Liberado para pagamento
4	Encerrado sem pagamento
5	Analisado e aguardando liberação para o pagamento
6	Pagamento efetuado
7	Não localizado
8	Aguardando informação complementar
9	Cancelado
10	Bloqueio judicial - prestador

14 Número da guia no prestador

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número identificador da guia a que se refere a conta.

Regra: Obrigatório.

15 Número da guia atribuído pela operadora

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.

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

16 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização emitida pela operadora.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a guia referida.

48 Nome social

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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).

17 Nome do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário.

Regra: Obrigatório.

18 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora.

Regra: Obrigatório.

19 Data do início do faturamento

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.

20 Hora do início do faturamento

Condicionado

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Hora do início do faturamento.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.

21 Data do fim do faturamento

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data final do faturamento.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.

22 Hora do fim do faturamento

Condicionado

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.

23 Código da glosa da guia

Condicionado

Texto

Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da guia.

Valores: tabela 38 da TUSS.

24 Status da guia

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código do status da guia, conforme tabela de domínio nº 47.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 47, status da guia e do protocolo):

1	Recebido
2	Em análise
3	Liberado para pagamento
4	Encerrado sem pagamento
5	Analisado e aguardando liberação para o pagamento
6	Pagamento efetuado
7	Não localizado
8	Aguardando informação complementar
9	Cancelado
10	Bloqueio judicial - prestador

25 Data de realização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

26 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

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

27 Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Condicionado

Texto · até 10 caracteres

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

28 Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

29 Grau de participação do profissional

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.

Regra: 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.

Valores aceitos (tabela de domínio 35, grau de participação):

00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
08	Consultor
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
11	Auxiliar SADT
12	Clínico
13	Intensivista

30 Valor Informado do procedimento ou item assistencial

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

31 Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial

Condicionado

Número · formato 5.4

Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

32 Valor processado do procedimento ou item assistencial

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

33 Valor liberado do procedimento ou item assistencial

Condicionado

Número

Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

34 Valor glosa do procedimento ou item assistencial

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

35 Código da glosa do procedimento

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

Valores: tabela 38 da TUSS.

50 Centro de Consumo

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Centro de Consumo onde o material ou medicamento foi utilizado conforme tabela de domínio nº 82

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de material ou medicamentos em guias de internação ou outras despesas em internação..

Valores aceitos (tabela de domínio 82, Centro de Consumo):

1	Berçário
2	Enfermaria
3	Apartamento
4	Semi-UTI
5	UTI
6	Centro Cirúrgico
7	Pronto Socorro
8	Radiologia
9	Laboratório
10	Nutrição

36 Valor informado da guia

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais.

Regra: Obrigatório.

37 Valor processado da guia

Obrigatório

Número · formato 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.

Regra: Obrigatório.

38 Valor liberado da guia

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia.

Regra: Obrigatório.

39 Valor da glosa da guia

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.

40 Valor informado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote.

Regra: Obrigatório.

41 Valor processado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 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.

Regra: Obrigatório.

42 Valor liberado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo

Regra: Obrigatório.

43 Valor da glosa do protocolo

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor glosado do protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.

44 Valor informado geral

Obrigatório

Número · formato 8.2

Regra: Obrigatório.

45 Valor processado geral

Obrigatório

Número · formato 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.

Regra: Obrigatório.

46 Valor liberado geral

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.

Regra: Obrigatório.

47 Valor geral da glosa

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado nos protocolos ou guias apresentados no demonstrativo.

49 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

Versão online: paniquar.com/guias-tiss/demonstrativo-de-analise-de-conta/ · Fonte: ANS, Componente de Conteúdo e Estrutura 202511 e TUSS 202609.

Demonstrativo de pagamento

> Documento da operadora que informa os valores pagos em um período, com os lotes e protocolos, os débitos e créditos e a forma de pagamento.

Pontos de atenção

- Débitos e créditos seguem tabelas de domínio próprias e explicam diferenças entre o valor liberado e o valor depositado.
- Use-o na conciliação, comparando com o faturado e com o demonstrativo de análise.

Campos (50)

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 do demonstrativo

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora

Regra: Obrigatório.

3 Nome da operadora

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde

Regra: Obrigatório.

4 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

Regra: Obrigatório.

5 Data de emissão do demonstrativo

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data de emissão do demonstrativo

Regra: Obrigatório.

6 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

7 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

8 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante

Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

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

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

9 Data do pagamento ao prestador

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data do pagamento ou data prevista para o pagamento

Regra: Obrigatório.

10 Forma de pagamento ao prestador

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código da forma como será efetuado o pagamento dos serviços ao prestador, conforme tabela de domínio nº 34.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 34, forma de pagamento):

1	Depósito / Transferência Bancária
2	Carteira
3	Boleto Bancário / DDA
4	Dinheiro / Cheque

11 Banco de pagamento

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.

12 Agência bancária

Condicionado

Texto · até 7 caracteres

Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.

13 Conta bancária

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.

14 Data do protocolo da cobrança

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.

Regra: Obrigatório.

15 Número do protocolo

Obrigatório

Texto · até 12 caracteres

Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.

Regra: Obrigatório.

16 Número do lote

Obrigatório

Texto · até 12 caracteres

Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.

Regra: Obrigatório.

17 Valor informado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote

Regra: Obrigatório.

18 Valor processado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 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

Regra: Obrigatório.

19 Valor liberado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo

Regra: Obrigatório.

20 Valor da glosa do protocolo

Condicionado

Número · formato 8.2

Regra: Condicionado.
Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado na data de pagamento.

44 Número da guia no prestador

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número identificador da guia a que se refere o pagamento

Regra: Obrigatório.

45 Número da guia atribuído pela operadora

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o pagamento.

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

46 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a guia referida.

47 Código do tipo do pagamento

Obrigatório

Texto

Código do tipo de pagamento, conforme tabela de domínio nº 78.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 78, Tipo de Pagamento):

1	Inicial
2	Recurso

48 Valor processado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado.

Regra: Obrigatório.

49 Valor liberado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor da guia previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado doa guia

Regra: Obrigatório.

50 Valor da glosa do protocolo

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor glosado da guia pela operadora,.

Regra: Condicionado.
Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado na data de pagamento.

21 Valor total informado por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.

Regra: Obrigatório.

22 Valor total processado por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 8.2

Regra: Obrigatório.

23 Valor Total Liberado por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 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.

Regra: Obrigatório.

24 Valor Total Glosa por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.

Regra: Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)

25 Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.

Valores aceitos (tabela de domínio 37, indicador de débito e crédito):

1	Débito
2	Crédito

26 Código do débito ou crédito por data de pagamento

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.

Valores aceitos (tabela de domínio 27, débitos e créditos):

01	Imposto de renda retido na fonte (IRRF)
02	Imposto sobre serviços (ISS)
03	Instituto nacional de seguridade social (INSS)
04	Programa de integração social (PIS)
05	Contribuição sobre o financiamento da seguridade social (COFINS)
06	Contribuição sobre o lucro liquido (CSLL)
07	Descontos financeiros
08	Ajuste de pagamento anterior
09	Determinação judicial

27 Descrição de débitos ou créditos por data de pagamento

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Descrição de valores debitados ou creditados por data de pagamento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.

28 Valor dos débitos e créditos por data de pagamento

Condicionado

Número

Valor dos débitos ou créditos complementares à conta por data de pagamento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.

29 Valor total de demais débitos por data de pagemento

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.

Regra: Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)

30 Valor total de demais créditos por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 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.

Regra: Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)

31 Valor final a receber por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem a data de pagamento.

Regra: Obrigatório.

32 Valor total informado do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.

Regra: Obrigatório.

33 Valor total processado do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 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.

Regra: Obrigatório.

34 Valor total liberado do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.

Regra: Obrigatório.

35 Valor total da glosa do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.

Regra: Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)

36 Indicação de débito ou crédito geral

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.

Valores aceitos (tabela de domínio 37, indicador de débito e crédito):

1	Débito
2	Crédito

37 Código do débito ou crédito

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.

Valores aceitos (tabela de domínio 27, débitos e créditos):

01	Imposto de renda retido na fonte (IRRF)
02	Imposto sobre serviços (ISS)
03	Instituto nacional de seguridade social (INSS)
04	Programa de integração social (PIS)
05	Contribuição sobre o financiamento da seguridade social (COFINS)
06	Contribuição sobre o lucro liquido (CSLL)
07	Descontos financeiros
08	Ajuste de pagamento anterior
09	Determinação judicial

38 Descrição de débitos ou créditos

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Descrição de valores debitados ou creditados

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.

39 Valor dos débitos e créditos

Condicionado

Número · formato 8.2

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.

40 Valor total de demais débitos do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.

Regra: Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)

41 Valor total de demais créditos do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados.

Regra: Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)

42 Valor final a receber do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem o demonstrativo.

Regra: Obrigatório.

43 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

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

Guia de recurso de glosa

> Contestação de glosas de um protocolo, de guias inteiras ou de itens específicos, com o código da glosa e a justificativa.

Pontos de atenção

- O recurso faz referência ao número do lote e ao protocolo originais.
- O código da glosa recorrido precisa ser o mesmo informado pela operadora no demonstrativo.
- Cada justificativa tem no máximo 500 caracteres: fato, base, evidência e pedido.

Campos (36)

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 de recurso de glosas 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 Nome da operadora

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde

Regra: Obrigatório.

4 Objeto do recurso de glosa

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.

Regra: 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.

5 Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora

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

6 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

7 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

8 Número do lote

Obrigatório

Texto · até 12 caracteres

Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.

Regra: Obrigatório.

9 Número do protocolo

Obrigatório

Texto · até 12 caracteres

Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.

Regra: Obrigatório.

10 Código da glosa do protocolo

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: 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.

Valores: tabela 38 da TUSS.

11 Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa

Regra: 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.

12 Resposta ao recurso do protocolo

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.

Regra: 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.

13 Número da guia no prestador

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número identificador da guia a que se refere o recurso.

Regra: 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.

14 Número da guia atribuído pela operadora

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.

Regra: 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.

15 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização emitida pela operadora

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

16 Código da glosa da guia

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.

Valores: tabela 38 da TUSS.

17 Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.

18 Resposta ao recurso da guia

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.

Regra: 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.

19 Data incial do período ou data de realização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

20 Data final do período

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.

21 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

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

22 Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Condicionado

Texto · até 10 caracteres

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

23 Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Condicionado

Texto

Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

37 Centro de Consumo

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Centro de Consumo onde o material ou medicamento foi utilizado conforme tabela de domínio nº 82

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso de glosa de material ou medicamentos em guia de internação ou anexo de outras despesas em internações.

Valores aceitos (tabela de domínio 82, Centro de Consumo):

1	Berçário
2	Enfermaria
3	Apartamento
4	Semi-UTI
5	UTI
6	Centro Cirúrgico
7	Pronto Socorro
8	Radiologia
9	Laboratório
10	Nutrição

24 Grau de participação do profissional

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.

Regra: 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.

Valores aceitos (tabela de domínio 35, grau de participação):

00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
08	Consultor
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
11	Auxiliar SADT
12	Clínico
13	Intensivista

25 Código da glosa do procedimento

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Valores: tabela 38 da TUSS.

26 Valor recursado

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

27 Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

28 Valor acatado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Regra: Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)

29 Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa

30 Valor total recursado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.

Regra: Obrigatório.

31 Valor total acatado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.

Regra: Obrigatório.

32 Data do recurso de glosa

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.

Regra: Obrigatório.

33 Assinatura do contratado

Obrigatório

Assinatura do prestador contratado.

Regra: Obrigatório.

34 Data da assinatura da operadora

Obrigatório

Data · DDMMAAAA

Data da assinatura da operadora.

Regra: Obrigatório.

35 Assinatura da operadora

Obrigatório

Assinatura da operadora.

Regra: Obrigatório.

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

Anexo de outras despesas

Cobrança de diárias, taxas, gases medicinais, materiais, medicamentos e OPME vinculados a uma guia SP/SADT ou de resumo de internação.

Pontos de atenção

- O código da despesa identifica a natureza do item (gases, medicamentos, materiais, taxas, diárias, OPME) e precisa ser coerente com a tabela TUSS informada.
- Unidade de medida e quantidade são as fontes mais comuns de divergência na auditoria.
- Itens incluídos em pacote ou diária não devem ser cobrados à parte.

Campos (28)

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 referenciada

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da guia à qual esse anexo está vinculado.

Regra: Obrigatório.

3 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

4 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

5 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante

Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

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

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

6 Código da despesa

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 25, código da despesa):

01	Gases medicinais
02	Medicamentos
03	Materiais
05	Diárias
07	Taxas e aluguéis
08	OPME

7 Data de realização

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data de realização da despesa

Regra: Obrigatório.

8 Hora inicial da realização do procedimento

Condicionado

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Horário inicial da realização da despesa

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

9 Hora final da realização do procedimento

Condicionado

Hora · 8 posições · HH:MM:SS

Horário final da realização da despesa

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

10 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, 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

11 Código do item assistencial utilizado

Obrigatório

Texto · até 10 caracteres

Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada

Regra: Obrigatório.

12 Quantidade do item assistencial utilizado

Obrigatório

Número · formato 5.4

Quantidade realizada da despesa apresentada

Regra: Obrigatório.

13 Unidade de Medida

Condicionado

Texto · até 3 caracteres

Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.

Valores aceitos (tabela de domínio 60, unidade de medida):

001	AMP
002	BUI
003	BG
004	BOLS
005	CX
006	CAP
007	CARP
008	COM
009	DOSE
010	DRG
011	ENV
012	FLAC
013	FR
014	FA
015	GAL
016	GLOB
017	GTS
018	G
019	L
020	MCG
021	MUI
022	MG
023	ML
024	OVL
025	PAS
026	LT
027	PER
028	PIL
029	PT
030	KG
031	SER
032	SUP
033	TABLE
034	TUB

035	TB
036	UN
037	UI
038	CM
039	CONJ
040	KIT
041	MÇ
042	M
043	PC
044	PÇ
045	RL
046	GY
047	CGY
048	PAR
049	ADES
050	COM EFEV
051	COM MST
052	SACHE
053	M
054	M^2
055	M^3
056	MG/peso
057	MG/M^2
058	CAL
059	UI/M^2
060	UI/ML
061	CM^3

14 Fator de redução ou acréscimo

Obrigatório

Número · formato 1.2

Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.

Regra: Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1,00.

15 Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor unitário do item assistencial realizado

Regra: Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.

16 **Valor total dos itens assistenciais utilizados** Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.

Regra: Obrigatório.

17 **Registro ANVISA do material** Condicionado

Texto · até 15 caracteres

Número de registro do material na ANVISA

Regra: 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.

18 **Código de referência do material no fabricante** Condicionado

Texto · até 60 caracteres

Código de referência do material no fabricante

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

19 **Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.** Condicionado

Texto · até 30 caracteres

Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.

20 **Descrição do item assistencial utilizado** Obrigatório

Texto · até 150 caracteres

Descrição do item assistencial utilizado

Regra: Obrigatório.

28 Centro de Consumo

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Centro de Consumo onde o material ou medicamento foi utilizado conforme tabela de domínio nº 82

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de material ou medicamentos em internação.

Valores aceitos (tabela de domínio 82, Centro de Consumo):

1	Berçário
2	Enfermaria
3	Apartamento
4	Semi-UTI
5	UTI
6	Centro Cirúrgico
7	Pronto Socorro
8	Radiologia
9	Laboratório
10	Nutrição

21 Valor total de gases medicinais

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados

Regra: Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

22 Valor total de medicamentos

Obrigatório

Número · formato 8.2

Regra: Obrigatório. Caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

23 Valor total de materiais

Obrigatório

Número

Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.

Regra: Obrigatório. Caso não haja materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

24 Valor total de OPME

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total das OPMEs, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada.

Regra: Obrigatório. Caso não haja órtese, prótese ou material especial cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

25 Valor total de taxas e aluguéis

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados

Regra: Obrigatório. Caso não haja taxas ou aluguéis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

26 Valor total de diárias

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas

Regra: Obrigatório. Caso não haja diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

27 Valor do total geral

Obrigatório

Número · formato 8.2

Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados

Regra: Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.

Versão online: paniquar.com/guias-tiss/anexo-de-outras-despesas/ · Fonte: ANS, Componente de Conteúdo e Estrutura 202511 e TUSS 202609.

Anexo de solicitação de OPME

Solicitação de órteses, próteses e materiais especiais à operadora, vinculada à solicitação do procedimento, com opção de fabricante, quantidade e valor.

Pontos de atenção

- A OPME autorizada precisa ser a mesma utilizada: troca de item ou fabricante sem nova autorização gera glosa.
- A justificativa técnica e o registro Anvisa do item sustentam a autorização.
- Guarde etiquetas de rastreabilidade e nota fiscal para a cobrança.

Campos (29)

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 do anexo no prestador

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica o anexo 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 referenciada

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da guia à qual o anexo está vinculado.

Regra: Obrigatório.

4 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização emitida pela operadora

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

5 Data da autorização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

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

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

6 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.

7 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

29 Nome social

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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).

8 Nome do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

9 Nome do profissional solicitante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que está solicitando o material.

Regra: Obrigatório.

10 Telefone do profissional solicitante

Obrigatório

Texto · até 11 caracteres

Número de telefone do profissional que está solicitando o material.

Regra: Obrigatório.

11 E-mail do profissional solicitante

Condicionado

Texto · até 60 caracteres

Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.

12 Justificativa técnica

Obrigatório

Texto · até 1000 caracteres

Relatório profissional embasando a solicitação

Regra: Obrigatório.

13 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

14 Código do material solicitado

Obrigatório

Texto · até 10 caracteres

Código do material solicitado pelo prestador.

Regra: Obrigatório.

15 Descrição do material solicitado

Obrigatório

Texto · até 150 caracteres

Descrição do material solicitado pelo prestador

Regra: Obrigatório.

16 Ordem da opção de fabricante do material solicitado

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado

Regra: Obrigatório.

17 Quantidade solicitada do material

Obrigatório

Integer · 3 posições

Quantidade do material solicitado pelo prestador

Regra: Obrigatório.

18 Valor do unitário material solicitado

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor indicado pelo prestador para o material solicitado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.

19 Quantidade autorizada do material

Obrigatório

Integer · 3 posições

Regra: Obrigatório.

20 Valor do unitário material autorizado

Condicionado

numérico · formato 8.2

Valor autorizado pela operadora para o material solicitado

Regra: 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.

21 Registro ANVISA do material

Condicionado

Texto · até 15 caracteres

Número de registro do material na ANVISA

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

22 Código de referência do material no fabricante

Condicionado

Texto · até 60 caracteres

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

23 Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.

Condicionado

Texto

Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.

24 Especificação do material solicitado

Condicionado

Texto · até 500 caracteres

Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.

25 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

26 Data da solicitação

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.

Regra: Obrigatório.

27 Assinatura do profissional solicitante

Obrigatório

Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.

Regra: Obrigatório.

28 Assinatura do responsável pela autorização

Obrigatório

Regra: Obrigatório.

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

Anexo de solicitação de quimioterapia

> Solicitação de tratamento quimioterápico, com dados do diagnóstico oncológico, estadiamento, finalidade do tratamento, esquema terapêutico e medicamentos.

Pontos de atenção

- Estadiamento, finalidade do tratamento e escala de capacidade funcional (ECOG) seguem tabelas de domínio próprias.
- Os medicamentos solicitados precisam estar coerentes com o protocolo e o ciclo informado.
- Diagnóstico por imagem e data do diagnóstico ajudam a auditoria a validar a indicação.

Campos (52)

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 Nº da guia no prestador

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica o anexo 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 referenciada

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da guia à qual o anexo está vinculado.

Regra: Obrigatório.

4 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização emitida pela operadora

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

5 Data da autorização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

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

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

6 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.

7 Número da carteira

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

52 Nome social

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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).

8 Nome

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

9 Peso(kg)

Obrigatório

Número · formato 3.2

Peso do beneficiário em quilos

Regra: Obrigatório.

10 Altura

Obrigatório

Número · formato 3.2

Altura do beneficiário em centímetros.

Regra: Obrigatório.

11 Superfície corporal

Obrigatório

Número · formato 2.2

Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados

Regra: Obrigatório.

12 Idade

Obrigatório

Integer · 3 posições

Idade do beneficiário

Regra: Obrigatório.

13 Sexo

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 43, Tabela 43 - Sexo):

1	Masculino
3	Feminino

14 Nome do profissional solicitante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.

Regra: Obrigatório.

15 Telefone

Obrigatório

Texto · até 11 caracteres

Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.

Regra: Obrigatório.

16 E-mail

Condicionado

Texto · até 60 caracteres

Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.

17 Data do diagnóstico

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.

18 CID10 Principal

Opcional

Texto · até 4 caracteres

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

Regra: Opcional.

19 CID10 (2)

Opcional

Texto · até 4 caracteres

Regra: Opcional.

20 CID10 (3)

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.

21 CID10 (4)

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.

22 Estadiamento

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Regra: Obrigatório.

23 Tipo de quimioterapia

Obrigatório

Texto

Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 58, tipo de quimioterapia):

1	1a linha
2	2a linha
3	3a linha
4	Outras linhas

24 Finalidade

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 33, finalidade do tratamento):

1	Curativa
2	Neoadjuvante
3	Adjuvante
4	Paliativa
5	Controle

25 ECOG

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 30, escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)):

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

26 Tumor

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 67, tumor):

1	T1
2	T2
3	T3
4	T4
5	T0
6	Tis
7	Tx
8	Não se aplica
9	Sem informação

27 Nódulo

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 66, nódulo):

1	N1
2	N2
3	N3
4	N0
5	Nx
8	Não se aplica
9	Sem informação

28 Metástase

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Regra: Obrigatório.

29 Plano terapêutico

Obrigatório

Texto · até 1000 caracteres

Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante

Regra: Obrigatório.

30 Diagnóstico cito/histopatológico

Opcional

Texto · até 1000 caracteres

Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.

Regra: Opcional.

31 Informações relevantes

Condicionado

Texto · até 1000 caracteres

Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

32 Data prevista para início da administração

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data prevista para o ínício da administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico

Regra: Obrigatório.

33 Tabela

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

34 Código do medicamento

Obrigatório

Texto

Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.

Regra: Obrigatório.

35 Descrição

Obrigatório

Texto · até 150 caracteres

Descrição do medicamento solicitado

Regra: Obrigatório.

36 Dosagem total no ciclo

Obrigatório

Número · formato 5.2

Dosagem total do medicamento no ciclo atual.

Regra: Obrigatório.

37 Unidade de medida

Obrigatório

Texto · até 3 caracteres

Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 60, unidade de medida):

001	AMP
002	BUI
003	BG
004	BOLS
005	CX
006	CAP
007	CARP
008	COM
009	DOSE
010	DRG
011	ENV
012	FLAC
013	FR
014	FA
015	GAL
016	GLOB
017	GTS
018	G
019	L
020	MCG
021	MUI
022	MG
023	ML
024	OVL
025	PAS
026	LT
027	PER
028	PIL
029	PT
030	KG
031	SER
032	SUP
033	TABLE
034	TUB

035	TB
036	UN
037	UI
038	CM
039	CONJ
040	KIT
041	MÇ
042	M
043	PC
044	PÇ
045	RL
046	GY
047	CGY
048	PAR
049	ADES
050	COM EFEV
051	COM MST
052	SACHE
053	M
054	M^2
055	M^3
056	MG/peso
057	MG/M^2
058	CAL
059	UI/M^2
060	UI/ML
061	CM^3

38 Via adm

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 62, via de administração):

01	Bucal
02	Capilar
03	Dermatológica
04	Epidural
05	Gastrostomia/jejunostomia
06	Inalatória
07	Intra- Óssea
08	Intra-arterial
09	Intra-articular
10	Intracardíaca
11	Intradérmica
12	Intralesional
13	Intramuscular
14	Intraperitonial
15	Intrapleural
16	Intratecal
17	Intratraqueal
18	Intrauterina
19	Intravenosa
20	Intravesical
21	Intravítrea
22	Irrigação
23	Nasal
24	Oftálmica
25	Oral
26	Otológica
27	Retal
28	Sonda enteral
29	Sonda gástrica
30	Subcutânea
31	Sublingual
32	Transdérmica
33	Uretral
34	Vaginal

35	Outras

39 Frequência

Obrigatório

Integer · 2 posições

Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.

Regra: Obrigatório.

40 Cirurgia

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

41 Data de realização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

42 Área irradiada

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.

43 Data da aplicação

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que foi realizada a radioterapia anterior.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.

44 Observação/Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

45 Número de ciclos previstos

Obrigatório

Integer · 2 posições

Regra: Obrigatório.

46 Ciclo atual

Obrigatório

Integer · 2 posições

Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.

Regra: Obrigatório.

47 Número de dias do ciclo atual

Obrigatório

Integer · 3 posições

Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.

Regra: Obrigatório.

48 Intervalo entre ciclos

Obrigatório

Integer · 3 posições

Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.

Regra: Obrigatório.

49 Data da solicitação

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.

Regra: Obrigatório.

50 Assinatura do profissional solicitante

Obrigatório

Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.

Regra: Obrigatório.

51 Assinatura do responsável pela autorização

Obrigatório

Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.

Regra: Obrigatório.

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

Anexo de solicitação de radioterapia

Solicitação de tratamento radioterápico, com diagnóstico oncológico, finalidade, número de campos, dose e período previsto.

Pontos de atenção

- Número de campos, dose por dia e dose total precisam ser coerentes com o plano de tratamento.
- A finalidade do tratamento (curativa, paliativa e outras) segue tabela de domínio própria.
- Registre a data prevista de início e o número de dias de tratamento.

Campos (38)

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 Nº da guia no prestador

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica o anexo 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 referenciada

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da guia à qual o anexo está vinculado.

Regra: Obrigatório.

4 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização emitida pela operadora

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.

5 Data da autorização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.

6 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.

7 Número da carteira

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

38 Nome social

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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).

8 Nome

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

9 Idade

Obrigatório

Integer · 3 posições

Idade do beneficiário

Regra: Obrigatório.

10 Sexo

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 43, Tabela 43 - Sexo):

1	Masculino
3	Feminino

11 Nome do profissional solicitante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.

Regra: Obrigatório.

12 Telefone

Obrigatório

Texto · até 11 caracteres

Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial

Regra: Obrigatório.

13 E-mail

Condicionado

Texto · até 60 caracteres

Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.

14 Data do diagnóstico

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.

15 CID10 Principal

Opcional

Texto · até 4 caracteres

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

Regra: Opcional.

16 CID10 (2)

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.

17 CID10 (3)

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.

18 CID10 (4)

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.

19 Diagnóstico por imagem

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.

20 Estadiamento

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 31, estadiamento do tumor):

0	0
1	I
2	II
3	III
4	IV
5	Não se aplica

21 ECOG

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 30, escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)):

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

22 Finalidade

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Regra: Obrigatório.

23 Diagnóstico cito/histopatológico

Opcional

Texto

Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.

Regra: Opcional.

24 Informações relevantes

Condicionado

Texto · até 1000 caracteres

Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

25 Cirurgia

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

26 Data de Realização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

27 Quimioterapia

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.

28 Data da aplicação

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.

29 Número de campos

Obrigatório

Integer · 3 posições

Número de campos de irradiação

Regra: Obrigatório.

30 Dose por dia (em Gy)

Obrigatório

Integer · 4 posições

Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.

Regra: Obrigatório.

31 Dose total (em Gy)

Obrigatório

Integer · 4 posições

Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.

Regra: Obrigatório.

32 Número de dias

Obrigatório

Integer · 3 posições

Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante

Regra: Obrigatório.

33 Data revista para início da administração

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data prevista para início da administração da radioterapia.

Regra: Obrigatório.

34 Observação/Justificativa

Opcional

Texto

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

Regra: Opcional.

35 Data da solicitação

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.

Regra: Obrigatório.

36 Assinatura do profissional solicitante

Obrigatório

Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.

Regra: Obrigatório.

37 Assinatura do responsável pela autorização

Obrigatório

Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.

Regra: Obrigatório.

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

Guia de tratamento odontológico (GTO)

Solicitação e cobrança de procedimentos odontológicos, com dente, região e face de cada procedimento.

Pontos de atenção

- Dente, região da boca e faces seguem tabelas de domínio próprias e são a principal fonte de glosa odontológica.
- Procedimentos que exigem autorização precisam da senha antes da execução.
- Imagens de início e fim de tratamento sustentam a auditoria odontológica.

Campos (55)

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 principal

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.

4 Data da autorização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

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

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

5 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização emitida 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 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.

8 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

9 Nome do plano de saúde do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 60 caracteres

Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.

Regra: Obrigatório.

10 Empresa

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial

11 Data de validade da carteira

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da validade da carteira do beneficiário

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido se a carteira do beneficiário tiver data de validade.

57 Nome social

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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).

13 Nome do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

14 Telefone do beneficiário

Condicionado

Texto · até 11 caracteres

Número do telefone do beneficiário

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua telefone de contato.

15 Nome do titular do plano

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do titular do plano

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.

16 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.

17 Nome do profissional solicitante

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que está solicitando o procedimento.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

18 Número no CRO do solicitante

Condicionado

Texto · até 15 caracteres

Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

19 UF do conselho do profissional solicitante

Condicionado

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: Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

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

20 Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante

Condicionado

Texto · até 6 caracteres

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

21 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

22 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

23 Número no CRO do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 15 caracteres

Regra: Obrigatório.

24 UF do conselho do prestador contratado executante

Obrigatório

Texto

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, 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

25 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante

Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

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

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

26 Nome do profissional executante

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que executou o procedimento

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

27 Número no CRO do profissional executante

Condicionado

Texto · até 15 caracteres

Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.

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

28 UF do conselho do profissional executante

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.

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

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

29 Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante

Obrigatório

Texto · até 6 caracteres

Regra: Obrigatório.

30 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

31 Código do procedimento solicitado

Obrigatório

Texto · até 10 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

32 Descrição do procedimento solicitado

Obrigatório

Texto · até 150 caracteres

Descrição do procedimento solicitado pelo prestador

Regra: Obrigatório.

33 Identificação do dente ou região da boca

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

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.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.

34 Identificação da face do dente

Condicionado

Texto · até 5 caracteres

Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.

Valores aceitos (tabela de domínio 32, faces do dente):

O	Oclusal
L	Lingual
M	Mesial
V	Vestibular
D	Distal
I	Incisal
P	Palatina

35 Quantidade de procedimentos

Obrigatório

Integer

Quantidade solicitada / executada do procedimento

Regra: Obrigatório.

36 Quantidade de unidades de serviço

Condicionado

Número · formato 5.2

Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.

37 Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor unitário do procedimento realizado

Regra: Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.

38 Valor da franquia do procedimento

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.

39 Indicador de autorização

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indicador de autorização para o procedimento.

Regra: Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.

40 Código do motivo de negativa

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Valores: tabela 38 da TUSS.

41 Data de realização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

42 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

43 Data de término do tratamento

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data prevista de término do tratamento odontológico

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.

44 Tipo de atendimento em odontologia

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 51, tipo de atendimento em odontologia):

1	Tratamento Odontológico
2	Exame Radiológico
3	Ortodontia
4	Urgência/Emergência
5	Auditoria

45 Tipo de faturamento

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

Valores aceitos (tabela de domínio 55, tipo de faturamento):

1	Parcial
2	Final
3	Complementar
4	Total

46 Total de unidades de serviços

Condicionado

Número · formato 8.2

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.

47 Valor total de procedimentos

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total de todos os procedimentos realizados.

Regra: Obrigatório.

48 Valor total de franquia da guia

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.

49 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

50 Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.

Regra: Obrigatório.

51 Assinatura do cirurgião-dentista solicitante

Obrigatório

Assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.

Regra: Obrigatório.

52 Data da assinatura do cirurgião-dentista

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.

Regra: Obrigatório.

53 Assinatura do cirurgião-dentista executante

Obrigatório

Assinatura do profissional que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

54 Data da assinatura do beneficiário ou seu responsável

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da assinatura do beneficiário ou responsável

Regra: Obrigatório.

55 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

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

Anexo de situação inicial (odontologia)

Registro da situação inicial da boca do beneficiário (dentes presentes, ausentes, cariados, restaurados e outros) antes do tratamento odontológico.

Pontos de atenção

- A situação de cada dente segue a tabela de domínio de situação inicial do dente.
- Esse registro é a referência da auditoria para validar os procedimentos cobrados depois.

Campos (16)

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 do anexo no prestador

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica o anexo 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 principal de tratamento odontológico

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da guia principal

Regra: Obrigatório.

4 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 identifica a guia no prestador.

17 Nome social

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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).

5 Nome do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

6 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

7 Identificação do dente

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 28, dentes):

11	Incisivo Central Superior Direito
12	Incisivo Lateral Superior Direito
13	Canino Superior Direito
14	Primeiro Pré-molar Superior Direito
15	Segundo Pré-molar Superior Direito
16	Primeiro Molar Superior Direito
17	Segundo Molar Superior Direito
18	Terceiro Molar Superior Direito
19	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Superior Direito
21	Incisivo Central Superior Esquerdo
22	Incisivo Lateral Superior Esquerdo
23	Canino Superior Esquerdo
24	Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo
25	Segundo Pré-molar Superior Esquerdo
26	Primeiro Molar Superior Esquerdo
27	Segundo Molar Superior Esquerdo
28	Terceiro Molar Superior Esquerdo
29	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Superior Esquerdo
31	Incisivo Central Inferior Esquerdo
32	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
33	Canino Inferior Esquerdo
34	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
35	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
36	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
37	Segundo Molar Inferior Esquerdo
38	Terceiro Molar Inferior Esquerdo
39	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Inferior Esquerdo
41	Incisivo Central Inferior Direito
42	Incisivo Lateral Inferior Direito
43	Canino Inferior Direito
44	Primeiro Pré-molar Inferior Direito
45	Segundo Pré-molar Inferior Direito
46	Primeiro Molar Inferior Direito
47	Segundo Molar Inferior Direito

48	Terceiro Molar Inferior Direito
49	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Inferior Direito
51	Incisivo Central Decíduo Superior Direito
52	Incisivo Lateral Decíduo Superior Direito
53	Canino Decíduo Superior Direito
54	Primeiro Molar Decíduo Superior Direito
55	Segundo Molar Decíduo Superior Direito
59	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Superior Direito
61	Incisivo Central Decíduo Superior Esquerdo
62	Incisivo Lateral Decíduo Superior Esquerdo
63	Canino Decíduo Superior Esquerdo
64	Primeiro Molar Decíduo Superior Esquerdo
65	Segundo Molar Decíduo Superior Esquerdo
69	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Superior Esquerdo
71	Incisivo Central Decíduo Inferior Esquerdo
72	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Esquerdo
73	Canino Decíduo Inferior Esquerdo
74	Primeiro Molar Decíduo Inferior Esquerdo
75	Segundo Molar Decíduo Inferior Esquerdo
79	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Inferior Esquerdo
81	Incisivo Central Decíduo Inferior Direito
82	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Direito
83	Canino Decíduo Inferior Direito
84	Primeiro Molar Decíduo Inferior Direito
85	Segundo molar Decíduo Inferior Direito
89	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Inferior Direito

8 Situação dentária inicial

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo com a tabela de domínio nº 44.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 44, situação dentária inicial):

H	Hígido
E	Extração indicada
A	Ausente
C	Cariado
R	Restaurado

9 Sinais clínicos de doença periodontal

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais

Regra: Obrigatório.

10 Indicador de alteração dos tecidos moles

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indicador de alteração dos tecidos moles

Regra: Obrigatório.

11 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

12 Local e Data

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Local e Data preenchido pelo profissional que executou o procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.

13 Assinatura do cirurgião-dentista executante

Obrigatório

Assinatura do profissional que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

14 Local e Data

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Local e data preenchido pelo Beneficiário ou responsável

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.

15 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

Versão online: paniquar.com/guias-tiss/anexo-de-situacao-inicial/ · Fonte: ANS, Componente de Conteúdo e Estrutura 202511 e TUSS 202609.

Guia de recurso de glosa odontológico

Contestação de glosas de procedimentos odontológicos, com dente, região e face do item recorrido.

Pontos de atenção

- Identifique o item pelo dente, região e face, como na guia original.
- Anexe imagens e o odontograma para sustentar a justificativa.

Campos (38)

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 de recurso de glosas 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 Nome da operadora

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.

Regra: Obrigatório.

4 Objeto do recurso de glosa

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.

Regra: 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.

5 Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora.

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

6 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

7 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

8 Número do lote

Obrigatório

Texto · até 12 caracteres

Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.

Regra: Obrigatório.

9 Número do protocolo

Obrigatório

Texto · até 12 caracteres

Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.

Regra: Obrigatório.

10 Código da glosa do protocolo

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.

Valores: tabela 38 da TUSS.

11 Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.

12 Resposta ao recurso do protocolo

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.

Regra: 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.

13 Número da guia no prestador

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número identificador da guia a que se refere o recurso.

Regra: 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.

14 Número da guia atribuído pela operadora

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.

Regra: 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.

15 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização emitida pela operadora.

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

38 Nome social 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).

16 Nome do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário.

Regra: Obrigatório.

17 Código da glosa da guia

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.

Valores: tabela 38 da TUSS.

18 Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.

19 Resposta ao recurso da guia

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Regra: 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.

20 Data de realização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

21 Identificação do dente ou região da boca

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

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.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região da boca.

22 Identificação da face do dente

Condicionado

Texto · até 5 caracteres

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.

23 **Quantidade de procedimentos realizados** Condicionado

Integer

Quantidade realizada do procedimento apresentado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

24 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

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

25 Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Condicionado

Texto · até 10 caracteres

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

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

26 Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

27 Código da glosa do procedimento

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Valores: tabela 38 da TUSS.

28 Valor recursado

Condicionado

Número · formato 8.2

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

29 Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

30 Valor acatado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.

Regra: Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)

31 Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento

Condicionado

Texto · até 150 caracteres

Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa

32 Valor total recursado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total apresentado de recurso

Regra: Obrigatório.

33 Valor total acatado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.

Regra: Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)

34 Data do recurso de glosa

Obrigatório

Data · DDMMAAAA

Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.

Regra: Obrigatório.

35 Assinatura do contratado

Obrigatório

Assinatura do prestador contratado.

Regra: Obrigatório.

36 Data da assinatura da operadora

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da assinatura da operadora.

Regra: Obrigatório.

37 Assinatura da operadora

Obrigatório

Assinatura da operadora.

Regra: Obrigatório.

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

Demonstrativo de pagamento odontológico

Versão do demonstrativo de pagamento para procedimentos odontológicos, com os valores pagos e glosados por procedimento.

Pontos de atenção

- Concilie por procedimento, dente e face.
- Os códigos de glosa seguem a tabela 38 da TUSS.

Campos (71)

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 do demonstrativo

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número identificador do demonstrativo

Regra: Obrigatório.

3 Nome da operadora

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde

Regra: Obrigatório.

4 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

Regra: Obrigatório.

5 Data inicial do período de processamento

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento

Regra: Obrigatório.

6 Data final do período de processamento

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento

Regra: Obrigatório.

7 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

8 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

9 CPF / CNPJ Contratado

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade.

Regra: Obrigatório.

10 Data do pagamento ao prestador

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data do pagamento ou data prevista para o pagamento

Regra: Obrigatório.

11 Banco de pagamento

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.

12 Agência bancária

Condicionado

Texto · até 7 caracteres

Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.

13 Conta bancária

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.

14 Número do lote

Obrigatório

Texto · até 12 caracteres

Número do lote informado pelo prestador

Regra: Obrigatório.

15 Número do protocolo

Obrigatório

Texto · até 12 caracteres

Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.

Regra: Obrigatório.

16 Número da guia no prestador

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número identificador da guia a que se refere a conta.

Regra: Obrigatório.

17 Número da guia atribuído pela operadora

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.

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

18 Indicação de recurso

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indicador de recurso.

Regra: Obrigatório.

19 Nome do profissional executante

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que executou o procedimento

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

20 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Regra: Obrigatório.

71 Nome social

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social 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).

21 Nome do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

22 Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Regra: Obrigatório.

23 Código do procedimento realizado

Obrigatório

Texto

Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.

Regra: Obrigatório.

24 Descrição do procedimento realizado

Obrigatório

Texto · até 150 caracteres

Descrição do procedimento realizado

Regra: Obrigatório.

25 Identificação do dente ou região da boca

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

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.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região da boca.

26 Identificação da face do dente

Condicionado

Texto · até 5 caracteres

Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.

Valores aceitos (tabela de domínio 32, faces do dente):

O	Oclusal
L	Lingual
M	Mesial
V	Vestibular
D	Distal
I	Incisal
P	Palatina

27 Data de realização

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Obrigatório.

28 Quantidade de procedimentos realizados

Obrigatório

Integer · 2 posições

Regra: Obrigatório.

29 Valor informado do procedimento ou item assistencial

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Regra: Obrigatório.

30 Valor processado do procedimento ou item assistencial

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado

Regra: Obrigatório.

31 Valor glosa/estorno do procedimento ou item assistencial

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Regra: Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)

32 Valor da franquia do procedimento

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento

Regra: Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

33 Valor liberado do procedimento ou item assistencial

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial

Regra: Obrigatório.

34 Código da glosa do procedimento

Condicionado

Texto

Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.

Valores: tabela 38 da TUSS.

35 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

36 Valor informado da guia

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais

Regra: Obrigatório.

37 Valor processado da guia

Obrigatório

Número · formato 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

Regra: Obrigatório.

38 Valor da glosa da guia

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais

Regra: Obrigatório. Quando não houver glosa na guia o campo deve ser preenchido com 0,0.

39 Valor total de franquia da guia

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados

Regra: Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

40 Valor liberado da guia

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia

Regra: Obrigatório.

41 Valor informado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias

Regra: Obrigatório.

42 Valor processado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 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.

Regra: Obrigatório.

43 Valor da glosa do protocolo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor glosado pela operadora no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias.

Regra: Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.

44 Valor total de franquia do protocolo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total da franquia do protocolo correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias

Regra: Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

45 Valor liberado do protocolo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Regra: Obrigatório.

46 Valor total informado por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.

Regra: Obrigatório.

47 Valor total processado por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 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.

Regra: Obrigatório.

48 Valor total glosa por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.

Regra: Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.

49 Valor total franquia por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 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.

Regra: Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

50 Valor total liberado por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 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.

Regra: Obrigatório.

51 Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.

Valores aceitos (tabela de domínio 37, indicador de débito e crédito):

1	Débito
2	Crédito

52 Código do débito ou crédito por data de pagamento

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.

Valores aceitos (tabela de domínio 27, débitos e créditos):

01	Imposto de renda retido na fonte (IRRF)
02	Imposto sobre serviços (ISS)
03	Instituto nacional de seguridade social (INSS)
04	Programa de integração social (PIS)
05	Contribuição sobre o financiamento da seguridade social (COFINS)
06	Contribuição sobre o lucro liquido (CSLL)
07	Descontos financeiros
08	Ajuste de pagamento anterior
09	Determinação judicial

53 Descrição de débitos ou créditos por data de pagamento

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Descrição de valores debitados ou creditados.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.

54 Valor dos débitos e créditos por data de pagamento

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor dos débitos e créditos complementares à conta

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.

55 Valor total dos demais débitos por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total dos demais débitos por data de pagamento

Regra: Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)

56 Valor total dos demais créditos

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total dos demais créditos por data de pagamento

Regra: Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)

57 Valor final a receber por data de pagamento

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor final a receber por data de pagamento

Regra: Obrigatório.

58 Valor total informado do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias.

Regra: Obrigatório.

59 Valor total processado do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias.

Regra: Obrigatório.

60 Valor total glosa do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias.

Regra: Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.

61 Valor total franquia do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total da franquia, correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias.

Regra: Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

62 Valor total liberado do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor previsto para pagamento ao prestador, correspondendo ao valor informado por data de pagamento menos o valor glosado.

Regra: Obrigatório.

63 Indicação de débito ou crédito geral

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.

Valores aceitos (tabela de domínio 37, indicador de débito e crédito):

1	Débito
2	Crédito

64 Código do débito ou crédito

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.

Valores aceitos (tabela de domínio 27, débitos e créditos):

01	Imposto de renda retido na fonte (IRRF)
02	Imposto sobre serviços (ISS)
03	Instituto nacional de seguridade social (INSS)
04	Programa de integração social (PIS)
05	Contribuição sobre o financiamento da seguridade social (COFINS)
06	Contribuição sobre o lucro liquido (CSLL)
07	Descontos financeiros
08	Ajuste de pagamento anterior
09	Determinação judicial

65 Descrição de débitos ou créditos

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Descrição de valores debitados ou creditados.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.

66 Valor dos débitos e créditos

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor dos débitos e créditos complementares à conta

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.

67 Valor total dos demais débitos do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total dos demais débitos do demonstrativo

Regra: Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)

68 Valor total dos demais créditos do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total dos demais créditos do demonstrativo

Regra: Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)

69 Valor final a receber do demonstrativo

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor final a receber de demonstrativo

Regra: Obrigatório.

70 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

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

Regra: Opcional.

Versão online: paniquar.com/guias-tiss/demonstrativo-de-pagamento-odontologico/ · Fonte: ANS, Componente de Conteúdo e Estrutura 202511 e TUSS 202609.

Guia de comprovante presencial

Comprovação da presença do beneficiário em um atendimento vinculado a uma guia principal, com a assinatura do beneficiário ou responsável e do prestador. É usada conforme as regras de cada operadora.

Pontos de atenção

- O comprovante se vincula à guia principal pelo número da guia.
- Registre a data de realização e colete a assinatura do beneficiário ou responsável no dia do atendimento.

Campos (17)

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.

3 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

4 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

5 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante

Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

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

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

6 Nome do profissional executante

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que executou o procedimento

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

7 Conselho profissional do executante

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código do conselho profissional do executante 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)

8 Número do executante no conselho profissional

Obrigatório

Texto · até 15 caracteres

Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.

Regra: Obrigatório.

9 UF do conselho do profissional executante

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, 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

10 Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante

Obrigatório

Texto · até 6 caracteres

Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, 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

11 Data de realização

Obrigatório

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Obrigatório.

12 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

13 Nome do beneficiário / nome social do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

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

Regra: Obrigatório.
Deve ser preenchido com o nome social do beneficiário quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).

14 Número da guia principal

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da guia principal

Regra: Obrigatório.

15 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

16 Data da assinatura do prestador contratado

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da assinatura do prestador contratado.

Regra: Obrigatório.

17 Assinatura do contratado

Obrigatório

Assinatura do prestador contratado.

Regra: Obrigatório.

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