



ATENDIMENTO AO CLIENTE

www.unimedpetropolis.com.br

Unimed 
Petrópolis



Agência Nacional de
Saúde Suplementar



GUIAS PADRÃO TISS

www.unimedpetropolis.com.br

Unimed 
Petrópolis

GUIA DE CONSULTA



Logo da Empresa		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890			
GUIA DE CONSULTA					
1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira		5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)		
7 - Nome		8 - Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado	11 - Código CNES		
12 - Nome do Profissional Executante		13 - Conselho Profissional	14 - Número no Conselho	15 - UF	16 - Código CBO
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)					
18 - Data do Atendimento		19 - Tipo de Consulta	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento	22 - Valor do Procedimento
23 - Observação / Justificativa					
24 - Assinatura do Profissional Executante			25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		

GUIA DE SADT



Logo de Empresa _____

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

2- Nº Guia no Prestador: **12345678901234567890**

1 - Registro ANB _____ 2 - Número da Guia Principal _____

4 - Data de Autorização _____ 5 - Sexo _____ 6 - Data de Validade da Guia _____ 7 - Número da Guia Adicional pela Operadora _____

Dados do Beneficiário

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

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora _____ 14 - Nome do Contratado _____

15 - Nome do Profissional Solicitante _____ 16 - Conselho Profissional _____ 17 - Número no Conselho _____ 18 - UF _____ 19 - Código CBO _____ 20 - Assinatura do Profissional Solicitante _____

Dados da Solicitação / Procedimento ou Item Assistencial Solicitado

21 - Código do Atendimento _____ 22 - Data de Solicitação _____ 23 - Indicação Clínica _____

24 - Tabeta	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Inic.	28 - Qtd. Aut.
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____

Dados do Contratado Executor

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento _____ 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____ 34 - Tipo de Consulta _____ 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento _____

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabeta	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acess.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPP _____ 51 - Nome do Profissional _____ 52 - Conselho Profissional _____ 53 - Número no Conselho _____ 54 - UF _____ 55 - Código CBO _____

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

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

58 - Observação / Justificativa _____

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

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

318

GUIA DE INTERNAÇÃO



Logo da Empresa _____ **GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO** 3- Nº Guia de Prestador: 12345678901234567890

1 - Registro ARES _____ 2 - Número da Guia Adquirido para Operadora _____

4 - Data de Autuação _____ 5 - Saúde _____ 6 - Data de Validade da Saúde _____

7 - Número da Carteira _____ 8 - Validade da Carteira _____ 9 - Alvará de Saúde _____

10 - Nome _____ 11 - Curso Nacional de Saúde _____

Dados de Contratação Solicitante

12 - Código da Operadora _____ 13 - Nome do Contratado _____

14 - Nome do Profissional Solicitante _____ 15 - Categoria Profissional _____ 16 - Número do Conselho _____ 17 - UF _____ 18 - Código CBO _____

19 - Código da Operadora / CNPJ _____ 20 - Nome do Hospital/Locais Solicitante _____ 21 - Data seguinte para internação _____

22 - Cessão de Atendimento _____ 23 - Tipo de Internação _____ 24 - Regime de Internação _____ 25 - Qtd. Diárias Solicitadas _____ 26 - Provabilidade uso de CPSE _____ 27 - Permissão de uso de epidemiológica _____

28 - Indicação Clínica _____

29 - CID 10 Principal _____ 30 - CID 10 (2) _____ 31 - CID 10 (3) _____ 32 - CID 10 (4) _____ 33 - Indicação de Acidente (ciclística ou atividade recreativa) _____

Procedimentos ou Serviços Ambulatoriais Solicitados

34 - Tabeta	35 - Código do Procedimento ou Serviço Ambulatorial	36 - Descrição	37 - Data Solic	38 - Qtd Act

Dados de Autorização

39 - Data Prevista de Admissão Hospitalar _____ 40 - Nome do Médico Autorizador _____ 41 - Tipo de Internação Solicitada _____

42 - Código da Operadora / CNPJ Autorizada _____ 43 - Nome do Hospital/Locais Autorizados _____ 44 - Código UNB _____

45 - Observação Justificativa _____

46 - Ponto de Solicitação _____ 47 - Assinatura do Profissional Solicitante _____ 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ 49 - Assinatura do Responsável pelo Solicitante _____

Campos 24 e 25: diárias e tipo de acomodação (campos obrigatórios para preenchimento)

Campo 29: Sem obrigatoriedade de carimbo.

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE OPME



Logo da Empresa		ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ORTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME		3.º Nº Data de Apresentação 12345678901234567890	
1 - Registro ANS	2 - Número de Guia Referenciada	3 - Raza	4 - Data de Autorização	5 - Número de Guia Autorizado para Operação	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira			8 - Nome		
Dados do Profissional Solicitante					
9 - Nome do Profissional Solicitante		10 - Telefone	11 - E-mail		
Dados do Cliente					
12 - Justificativa Técnica					
OPME Solicitadas					
13 - Quantidade	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Quantidade do material no fabricante	17 - Código	18 - Quantidade
19 - Registro ANS/MS do Material	20 - Referência do material no fabricante		21 - Nº Autorização de Funcionamento	22 - Valor Unitário Solicitado	23 - Valor Unitário Autorizado
24 - Quantidade do Material	25 - Data de Autorização	26 - Assinatura do Profissional Solicitante	27 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

GUIA DE PRORROGAÇÃO E/OU INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS



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

Logo da Operadora _____ 3. Nº Guia no Protocolo: 12345678901234567890

1. Registro AMB _____ 2. Número de Guia de Solicitação de Internação _____ 3. Data de Solicitação _____

4. Sessão _____ 5. Número de Guia Adicional para Operadora _____

Dados do Beneficiário

6. Número da Carteira _____ 7. Nome _____

Dados da Comissão Autorizadora

8. Código da Operadora _____ 9. Nome do Contratado _____

10. Nome do Profissional Solicitante _____ 11. Conselho Profissional _____ 12. Número no Conselho _____ 13. UF _____ 14. Código CBO _____

Dados da Solicitação

15. Data Solicitação Autorizadora _____ 16. Tipo de Autorização Solicitada _____

17. Informação Clínica

Procedimentos ou Item Assistencialmente Adicionais Solicitados

19 - Fator	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtd. Solic.	23 - Qtd. Aut.
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____

Dados da Autorização

18. Data Solicitação Autorizadora _____ 19. Tipo de Autorização Autorizada _____

20. Justificativa observadora

21. Observação / Justificativa

22. Data de Solicitação _____ 23. Assinatura do Profissional Solicitante _____ 24. Assinatura de Responsável pela Autorização _____

Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Novembro 2013 338

GUIA DE HONORÁRIOS



Logo da Empresa

GUIA DE HONORÁRIOS
 (Somente para pacientes internados)

Nº Guia no Prestador: **12345678901234567890**

1 - Razão ARES

2 - Nº Guia de Qualificação de Interação

4 - Data

0 - Número da Guia ARES/RSU para Operadora

6 - Número da Carteira

7 - Nome

8 - Alinhamento a RN

9 - Código na Operadora

11 - Nome do Hospital/Local

13 - Código CNES

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Código CNES

18 - Data do Início do Faturamento

19 - Data do Fim do Faturamento

Procedimentos Realizados											
17 - Data	18 - Hospital	19 - Hora Final	20 - Tabeta	21 - Código da Procedência	22 - Descrição	23 - Qtd.	24 - Vlr	25 - Vlr	26 - Valor RPD (Atores)	27 - Valor Gratuito - RN	28 - Valor Total - RN

29 - Seq. Int. 30 - Grau Part. 31 - Código na Operadora/CPF

32 - Nome do Profissional

33 - Conselho Profissional

34 - Número na Carteira

35 - UF

36 - Código CBO

37 - Observação / Justificativa

38 - Valor total dos honorários

39 - Data do envio

40 - Assinatura do Profissional Encarregado

Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Novembro 2013 357

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

3- Nº da no Prestador: **12345678901234567890**

Logo da Empresa

1- Registro AAB 2- Número de Guia de Solicitação de Internação

3- Data de Autorização 4- Data 5- Data de Validade do Bem 6- Número de Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário:

7- Número de Carteira 8- Validade de Carteira 9- Nome 10- Cód. Nacional de Saúde 11- Atendimento a RH

Dados do Contratado/Excusante:

12- Código de Operadora 13- Nome do Contratado 14- Código CNES

Dados da Internação:

15- Cidade de Atendimento 16- Tipo de Pacotamento 17- Data do Início do Pacotamento 18- Hora do Início do Pacotamento 19- Data do Fim do Pacotamento 20- Hora do Fim do Pacotamento 21- Tipo de Internação 22- Regime de Internação

23- CID 10 Principal 24- CID 10 (2) 25- CID 10 (3) 26- CID 10 (4) 27- Indicação de Assente (incluindo ou excluindo relacionado) 28- Método de Encaminhamento de Internação 29- Número de declaração de execução vivo 30- CID 10 Cód. 31- Número de declaração de óbito 32- Indicador U.O. de RH

Procedimentos e Exames Realizados

34- Data	35- Hora Inicial	36- Hora Final	37- Tabela	38- Código do Procedimento	39- Descrição	40- Qtd.	41- Utd.	42- Tax.	43- Valor Procedim.	44- Valor Unitário (R\$)	45- Valor Total (R\$)

Identificação da Equipe

46- Seq. Prof. 47- Grau Prof. 48- Código de Operadora/CPF 49- Nome do Profissional 50- Conselho Profissional 51- Número no Conselho 52- UF 53- Código CBO

54- Total de Procedimentos (R\$) 55- Total de Diárias (R\$) 56- Total de Taxas Aluguel (R\$) 57- Total de Materiais (R\$) 58- Total de CPME (R\$) 59- Total de Medicamentos (R\$) 60- Total de Insumos Medicinais (R\$) 61- Total Gerais (R\$)

62- Data de assinatura do contratado 63- Assinatura do contratado 64- Assinatura do(s) Autorizad(o) de Operadora

65- Observações / Justificativas

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA



Logo da Empresa: ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA Nº Data de Prestador: 12345678901234567890

1 - Registro AMB 2 - Número da Data Referenciada 4 - Sexo 5 - Data de Autorização 6 - Número da Data Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário: 7 - Número da Cartão 8 - Nome 9 - Idade 10 - Sexo

Dados do Profissional Substituto: 11 - Nome do Profissional Substituto 12 - Telefone 13 - E-mail

Diagnóstico Clínico: 14 - Data do diagnóstico 15 - CID-10 Principal 16 - CID-10 (2) 17 - CID-10 (3) 18 - CID-10 (4) 19 - Diagnóstico por Imagem 20 - Estadiamento 21 - ECOG 22 - Prescrição

22 - Diagnóstico Citopatológico 24 - Informações relevantes 25 - Tratamento Anterior 26 - Data de Realização 27 - Otimização 28 - Data de Aplicação

Prescrições Complementares:

29 - Data Prescrita	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Qtd.	34 - Data Prescrita	35 - Tabela	36 - Código do Procedimento	37 - Descrição	38 - Qtd.

34 - Número de Campos 35 - Doses por dia (em Gy) 36 - Doses Total (em Gy) 37 - Número de Sessões 38 - Data Prescrita para início da Administração

39 - Observações/Justificativas

40 - Data de Submissão 41 - Assinatura do Profissional Substituto 42 - Assinatura do Autorizador de Operações

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA



Lugar da Empresa: _____ ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA 3- nº Guia ao Prestador: 12345678901234567890

1 - Registro ANS _____ 2 - Número da Guia Referenciada _____ 4 - Escola _____ 5 - End. de Autorização _____ 6 - Número da Guia emitido pelo Operadora _____

Dados do Beneficiário

7 - Número da Cartão _____ 8 - Nome _____

9 - Idade (dig) _____ 10 - Altura (cm) _____ 11 - Superfície Corporal (qm) _____ 12 - Idade _____ 13 - Sexo _____

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante _____ 15 - Telefone _____ 16 - E-mail _____

Histórico Clínico

17 - Data de diagnóstico _____ 18 - CID 10 Principal _____ 19 - CID 10 (2) _____ 20 - CID 10 (3) _____ 21 - CID 10 (4) _____ 22 - Plano Terapêutico _____

23 - Estadiamento _____ 24 - Tipo de Quimioterapia _____ 25 - Fases de _____ 26 - ECG _____

27 - Diagnóstico Clíno-Neoplasiano _____ 28 - Informações adicionais _____

Medicamentos e Drogas solicitadas						Tratamentos Autorizados	
29 Data Prescrita para administração	30 Tabuleta	31 Código de Medicamento	32 Descrição	33 Dose	34 Via Adm.	35 Frequência	36 - Quimio
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____

37 - Observações / Justificativas _____

38 - Tratamentos Autorizados

37 - Descrição Referência _____

38 - Ano Encolada _____

39 - Data de Aplicação _____

40 - Assinatura de Responsável pela Autorização _____

41 - Número da Cláusula Previdente _____ 42 - Data Atual _____ 43 - Intervalo entre Cláusulas (em dias) _____ 44 - Data de Solicitação _____ 45 - Assinatura do Profissional Solicitante _____

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS



Logo da Empresa

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SPI/GADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS _____ 2 - Número da Guia Referenciada _____
 3 - Código na Operadora _____ 4 - Nome do Contratado _____ 5 - Código CNES _____

Despesas Realizadas

01-02	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código de Item	12-CODE	13-UNIDADE de Medida	14-FAVORIAS / AQUEC.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
01	____/____/____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
20-Descrição: _____										
02	____/____/____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
20-Descrição: _____										
03	____/____/____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
20-Descrição: _____										
04	____/____/____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
20-Descrição: _____										
05	____/____/____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
20-Descrição: _____										
06	____/____/____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
20-Descrição: _____										
07	____/____/____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
20-Descrição: _____										
08	____/____/____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
20-Descrição: _____										
09	____/____/____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
20-Descrição: _____										
10	____/____/____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
20-Descrição: _____										

21 - Total de Gases Médicos (R\$) _____ 22 - Total de Medicamentos (R\$) _____ 23 - Total de Materiais (R\$) _____ 24 - Total de OPMC (R\$) _____ 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____ 26 - Total de Diárias (R\$) _____ 27 - Total Geral (R\$) _____

Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Novembro 2013 364

DEMONSTRATIVO DE ANÁLISE DE CONTA



Logo da Empresa s/n° 12345678901234567890

DEMONSTRATIVO DE ANÁLISE DE CONTA

1 - Registro ANS _____ 2 - Nome de Operadora _____ 4 - CNPJ da Operadora _____ 5 - Data de emissão _____

6 - Código de Operadora _____ 7 - Nome da Condição _____ 8 - Código CNES _____

9 - Número da Lote _____ 10 - Número do Protocolo _____ 11 - Data do Protocolo _____ 12 - Código de Glorificação do Protocolo _____ 13 - Código da Situação do Protocolo _____

14 - Número de Guia no Prestador _____ 15 - Número de Guia Ativação pela Operadora _____ 16 - Saúde _____

17 - Nome do beneficiário _____ 18 - Número de Cofre _____

19 - Data do Início do Pagamento _____ 20 - Hora de Início do Pagamento _____ 21 - Data do Fim do Pagamento _____ 22 - Hora de Fim do Pagamento _____ 23 - Código da Glorificação da Guia _____ 24 - Código da Situação da Guia _____

25 - Data de Realização	26 - Valor	27 - Código do procedimento/ Sem assistência	28 - Descrição	29 - Grau de Participação	30 - Valor Informado Exatidão	31 - Quest. 32 - Valor Processado	33 - Valor Liberado	34 - Valor Glorif.	35 - Código da Glorif.
1	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
2	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
3	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
4	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
5	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
6	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
7	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
8	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
9	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
10	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
11	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
12	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
13	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
14	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
15	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
16	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
17	____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____

TOTAL de Guia

36 - Valor Informado de Guia (R\$) _____ 37 - Valor Processado de Guia (R\$) _____ 38 - Valor Liberado de Guia (R\$) _____ 39 - Valor Glorif. de Guia (R\$) _____

TOTAL do Protocolo

40 - Valor Informado do Protocolo (R\$) _____ 41 - Valor Processado do Protocolo (R\$) _____ 42 - Valor Liberado do Protocolo (R\$) _____ 43 - Valor Glorif. do Protocolo (R\$) _____

TOTAL Geral

44 - Valor Informado Geral (R\$) _____ 45 - Valor Processado Geral (R\$) _____ 46 - Valor Liberado Geral (R\$) _____ 47 - Valor Glorif. Geral (R\$) _____

Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Novembro 2013 388

GUIA DE RECURSOS DE GLOSAS



Logo de Empresa		GUIA DE RECURSO DE GLOSAS		Nº Guia no Prestador: 12345678901234567890									
1 - Registro ANS		2 - Nome da Operadora		3 - Objeto do Recurso		4 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora							
Dados do Contratado:				7 - Nome do Contratado									
5 - Código de Operadora		6 - Nome do Contratado											
Dados do recurso do protocolo:													
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código de Glosa do Protocolo		11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)		12 - Acatado					
Dados do recurso de guia:													
13 - Número da guia no prestador		14 - Número da guia atribuído pela operadora		15 - Data									
16 - Código de glosa da guia		17 - Justificativa (no caso de recurso integral da guia)		18 - Acatado									
Dados do recurso do procedimento de atendimento de alto custo:													
19 - Data de realização		20 - Data final período		21 - Tabela		22 - Procedimento/Item assistencial		23 - Descrição		24 - Data de Fato/Evento		25 - Código de glosa	
26 - Valor Recusado		27 - Justificativa do Prestador		28 - Valor Acatado		29 - Justificativa da Operadora							
30 - Valor Total Recusado (R\$)		31 - Valor Total Acatado (R\$)											
32 - Data do Recurso		33 - Assinatura do Contratado				34 - Data de Assinatura de Operadora		35 - Assinatura de Operadora					

GUIA DE DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO n.º 12345678901234567890

1 - Registro ANS [.....]		2 - Nome de Operadora [.....]		4 - CNPJ Operadora [.....]		4 - Data de Início [.../.../...]	
Dados do Prestador				6 - Código de Operadora [.....]		7 - Nome do Contratado [.....]	
Dados do Pagamento				8 - Data do Pagamento [.../.../...]		10 - Forma de Pagamento [.....]	
11 - Banco [.....]		13 - Agência [.....]		15 - Conta [.....]			
Dados do Resumo							
14 - Data do Protocolo [.../.../...]	16 - Número do Protocolo [.....]	18 - Número do Lote [.....]	17 - Valor Informado [.....]	19 - Valor Processado [.....]	20 - Valor Liberado [.....]	21 - Valor de Glosa [.....]	
Mínimo Bruto por Data de Pagamento							
21 - Valor Total Informado por Data de Pagamento (R\$) (soma do campo 17)		22 - Valor Total Processado por Data de Pagamento (R\$) (soma do campo 19)		23 - Valor Total Liberado por Data de Pagamento (R\$) (soma do campo 20)		24 - Valor Total Glosa por Data de Pagamento (R\$) (soma do campo 21)	
Dados Debitivos / Creditivos por Data de Pagamento							
25 - Indicação [.....]	26 - Código do Débito/Crédito [.....]	27 - Descrição do Débito/Crédito [.....]					28 - Valor (R\$) [.....]
Mínimo Líquido por Data de Pagamento							
29 - Valor Total de Débitos Debitivos por Data de Pagamento (R\$)		30 - Valor Total de Débitos Creditivos por Data de Pagamento (R\$)		31 - Valor Final a Receber por Data de Pagamento (R\$) (29-30+10)			
Mínimo Total do Demonstrativo - Bruto							
32 - Valor Total Informado (R\$) (soma do campo 21)		33 - Valor Total Processado (R\$) (soma do campo 22)		34 - Valor Total Liberado (R\$) (soma do campo 23)		35 - Valor Total Glosa (R\$) (soma do campo 24)	
Dados Debitivos / Creditivos do Demonstrativo							
36 - Indicação [.....]	37 - Código do Débito/Crédito [.....]	38 - Descrição do Débito/Crédito [.....]					39 - Valor (R\$) [.....]
Mínimo Total do Demonstrativo - Líquido							
40 - Valor Total de Débitos Debitivos (R\$)		41 - Valor Total de Débitos Creditivos (R\$)		42 - Valor Final a Receber (R\$) (34-40+41)			
43 - Observação / Justificativa [.....]							



Assuntos Relevantes

- Bloqueios
 - Pessoa Jurídica – ligar para (21) 2101-0004
 - Pessoa Física – ligar para 0800-9709039
- Procedimentos em “Estudo”
- Plano FAPES
- Prorrogações – prazo máximo de 48 horas úteis para solicitar
- Rasuras
- Guias de Solicitação de Internação - Intercâmbio



Obrigada!!

Rose Simas

rose@unimedpetropolis.com.br

www.unimedpetropolis.com.br

Unimed 
Petrópolis