



PADRÃO TISS

conteúdo & **estrutura**

novembro 2013

 **ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar



Índice

Parte I - Lista das mensagens padronizadas	5
Parte II - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde	9
Cabeçalho das mensagens	11
Verificação de elegibilidade	13
Resposta à verificação de elegibilidade	14
Comunicação de internação ou alta do beneficiário	16
Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário	17
Solicitação de autorização para realização de procedimentos	19
Autorização para realização de procedimentos	64
Solicitação de status de autorização	97
Situação do status de autorização	98
Envio de lote de anexos	138
Recebimento de lote de anexos	150
Envio de lote de guias para cobrança	162
Recebimento de lote de guias de cobrança	191
Solicitação de status do protocolo	198
Situação do protocolo	199

Índice

Parte II - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde (continuação)	
Solicitação de cancelamento de guia	218
Resposta a solicitação de cancelamento da guia	219
Recurso de glosa	220
Recebimento do recurso de glosa	227
Resposta ao recurso de glosa	230
Solicitação de status do recurso de glosa	239
Solicitação de demonstrativos de retorno	240
Demonstrativos de retorno para o prestador	242
Parte III - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	263
Parte IV - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e beneficiários de planos de saúde	300
Parte V - Formulários do Plano de Contingência	311

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte I - Lista das mensagens padronizadas

Relação das mensagens padronizadas

Verificação de elegibilidade

Resposta à verificação de elegibilidade

Solicitação de autorização para realização de procedimentos

Autorização para realização de procedimentos

Envio de lote de anexos

Recebimento de lote de anexos

Solicitação de status de autorização

Situação do status de autorização

Envio de lote de guias para cobrança

Recebimento de lote de guias de cobrança

Solicitação de status do protocolo

Situação do protocolo

Recurso de glosa

Recebimento do recurso de glosa

Resposta ao recurso de glosa

Solicitação de status do recurso de glosa

Solicitação de demonstrativos de retorno

Demonstrativos de retorno para o prestador

Comunicação de internação ou alta do beneficiário

Resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário

Solicitação de cancelamento de guia

Resposta a solicitação de cancelamento da guia

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

Relação das mensagens padronizadas

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

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

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

Legenda do Cabeçalho das Mensagens

Cabeçalho das mensagens

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação da mensagem					
Tipo de transação	String			Nome do tipo de transação.	Obrigatório.
Sequencial da transação	String	12		Identificador da transação eletrônica	Obrigatório.
Data de registro da transação eletrônica	Date	8	DDMMAAAA	Data de registro da transação eletrônica	Obrigatório.
Hora de registro da transação	Time	8	HH:MM:SS	Hora de registro da transação eletrônica	Obrigatório.
Código da mensagem de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Versão do padrão	String	7		Versão do Padrão TISS em que a transação está ocorrendo	Obrigatório.
Login	String	20		Login do prestador de serviços que está encaminhando a mensagem na operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador consumir webservice da operadora sem a utilização de certificado digital.
Senha	String	20		Senha do prestador de serviços que está encaminhando a mensagem na operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador consumir webservice da operadora sem a utilização de certificado digital.
Identificação da origem da mensagem					
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.

Legenda do Cabeçalho das Mensagens

Cabeçalho das mensagens

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do destino da mensagem					
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Verificação de Elegibilidade (verificaElegibilidade)

Mensagem : Verificação de elegibilidade (verificaElegibilidade) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário.	Opcional.
Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso a informação conste na carteira do beneficiário.

Legenda da Mensagem de Resposta à Verificação de Elegibilidade (respostaElegibilidade)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso a informação conste na carteira do beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Indicador de elegibilidade	String	1		Indicador da elegibilidade do beneficiário para a realização do procedimento.	Obrigatório. Preencher com S -sim caso o beneficiário esteja elegível e com N -não em caso contrário.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando o indicador de elegibilidade for igual a N-não, para informar o motivo de negativa da elegibilidade.

Legenda da Mensagem de Resposta à Verificação de Elegibilidade (respostaElegibilidade)

Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o indicador de elegibilidade for igual a N-não, para informar o motivo de negativa da elegibilidade.
---------------------------------	--------	-----	--	--	---

Legenda da Mensagem de Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário (comunicacaoInternacao)

Mensagem : Comunicação de internação ou alta do beneficiário (comunicacaoInternacao) - Fluxo : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data do evento	Date	8	DDMMAAAA	Data de ocorrência do evento (data da internação ou data da alta)	Obrigatório.
Tipo do evento	String	1		Tipo de evento referente à comunicação (internação ou alta)	Obrigatório.
Motivo de encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser informado se o comunicado for de encerramento da internação.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Condicionado. Deve ser informado se o comunicado for de início de internação.

Legenda da Mensagem de Resposta à Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário (reciboComunicação)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Status do comunicado	String	1		Indica o status do comunicado de internação ou encerramento da internação do beneficiário.	Obrigatório. Preencher com S-sim caso o comunicado do prestador tenha sido processado corretamente ou N-não em caso contrário.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data do evento	Date	8	DDMMAAAA	Data de ocorrência do evento (data da internação ou data da alta)	Obrigatório.
Tipo do evento	String	1		Tipo de evento referente à comunicação (internação ou alta)	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta à Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário (reciboComunicação)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Motivo de encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Código do motivo de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o status do comunicado enviado pelo prestador for igual a N-não, para informar o retorno do comunicado.
Descrição do motivo de retorno	String	500		Descrição da mensagem de retorno à comunicação encaminhada pelo prestador, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o status do comunicado enviado pelo prestador for igual a N-não, para informar o retorno de negativa do comunicado.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Solicitação de SP/SADT					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicional. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicional. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou	Opcional.
Solicitação de SP/SADT (anexo de quimioterapia)					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Solicitação de SP/SADT (anexo de radioterapia)					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Solicitação de SP/SADT (anexo de OPME)					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Especificação do material solicitado	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor do unitário material solicitado	Numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.

Solicitação de Internação

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme <u>tabela de domínio nº 24.</u>	Obrigatório.
Código do contratado solicitado na operadora	String	14		Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do <u>beneficiário</u>	Obrigatório.
Nome do hospital / local solicitado	String	70		Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do <u>beneficiário.</u>	Obrigatório.
Data sugerida para internação	Date	8	DDMMAAAA	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme <u>tabela de domínio nº 23.</u>	Obrigatório.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme <u>tabela de domínio nº 57.</u>	Obrigatório.
Regime de internação	String	1		Código regime de internação conforme <u>tabela de domínio nº 41.</u>	Obrigatório.
Quantidade de diárias solicitadas	Integer	2		Número de dias de internação solicitadas <u>pelo prestador</u>	Obrigatório.
Indicador de previsão de uso de OPME	String	1		Indica se há previsão de utilização de OPME na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso destes materiais.
Indicador de previsão de uso de quimioterápico	String	1		Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste <u>tipo de medicamento.</u>
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando <u>a solicitação.</u>	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.

Solicitação de Internação (anexo de quimioterapia)

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Solicitação de Internação (anexo de radioterapia)					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Solicitação de Internação (anexo de OPME)

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Especificação do material solicitado	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor do unitário material solicitado	Numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicional. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicional. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Solicitação de Prorrogação

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na Operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Quantidade de diárias adicionais solicitadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.	Condicional. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.
Tipo da acomodação solicitada	String	2		Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicional. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.

Solicitação de Prorrogação (anexo de quimioterapia)

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento <u>quimioterápico</u>	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo <u>prestador, conforme tabela de domínio.</u>	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no <u>tratamento quimioterápico.</u>	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a <u>serem administradas no dia.</u>	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o <u>beneficiário foi submetido anteriormente.</u>	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou <u>justificativas que julgue necessário</u>	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.

Solicitação de Prorrogação (anexo de radioterapia)

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Solicitação de Prorrogação (anexo de OPME)

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
--------------	--------	---	--	--	--------------

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Especificação do material solicitado	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor do unitário material solicitado	Numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicional. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Solicitação de Odontologia

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.	Obrigatório.
Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Telefone do beneficiário	String	11		Número do telefone do beneficiário	Obrigatório.
Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Número no CRO do solicitante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.	Condicional. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicional. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicional. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número no CRO do contratado executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.
UF do conselho do prestador contratado executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Número no CRO do profissional executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido no caso da realização do procedimento já ter acontecido no momento da solicitação
Data de término do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicional. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
Tipo de atendimento em odontologia	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.
Total de unidades de serviços	Numérico	6,2		Somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de franquia da guia	Numérico	6,2		Valor total da franquia/coparticipação correspondendo ao somatório do valor da franquia/coparticipação dos procedimentos executados	Condicional. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o

Solicitação de Odontologia (anexo situação inicial)

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Obrigatório.
Situação dentária inicial	String	1		Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo com a tabela de domínio nº 44.	Obrigatório.
Sinais clínicos de doença periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos (solicitacaoProcedimento)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de alteração dos tecidos moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na <u>mensagem enviada pelo prestador</u>
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.

Autorização para Internação

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador <u>de serviços.</u>	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida <u>pela operadora.</u>	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do hospital / local autorizado	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código ainda
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Data provável da admissão hospitalar	Date	8	DDMMAAAA	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Quantidade de diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Autorização para Internação (anexo de quimioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização para Internação (anexo de radioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização de serviços

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento u item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Autorização de serviços (anexo de quimioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização de serviços (anexo de radioterapia)

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização de prorrogação

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade de diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.

Autorização de prorrogação (anexo de quimioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização de prorrogação (anexo de radioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServicos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização de odontologia

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais autorizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.

Legenda da Mensagem de Autorização para Realização de Procedimentos (autorizacaoServiços)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	2		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento autorizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento autorizado	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Solicitação do Status da Autorização (solicitaStatusAutorização)

Mensagem : Solicitação de status de autorização (solicitaStatusAutorização) - Direção : Prestador para Operadora

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário.	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.

Autorização para Internação

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do hospital / local autorizado	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais,
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Data provável da admissão hospitalar	Date	8	DDMMAAAA	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela
Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela
Quantidade de diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Autorização para Internação (anexo de quimioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
-----------------------------	--------	----	--	--	--------------

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica,	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização para Internação (anexo de radioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da <u>autorização do procedimento</u> .
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme <u>tabela de domínio nº 87</u> .	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade do procedimento solicitado	Número	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização de serviços

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento u item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUISS
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUISS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.

Autorização de serviços (anexo de quimioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Número	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização de serviços (anexo de radioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

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

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da <u>autorização do procedimento</u> .
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de <u>domínio</u> .
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Número	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização de prorrogação

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUISS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUISS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário.	Opcional.
Quantidade de diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.

Autorização de prorrogação (anexo de quimioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo <u>profissional solicitante</u>	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o <u>tratamento quimioterápico</u>	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme <u>tabela de domínio nº 87.</u>	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de <u>domínio.</u>	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Número	3,2		Doses previstas do medicamento no <u>tratamento quimioterápico.</u>	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de <u>domínio nº 62.</u>	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido <u>anteriormente.</u>	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi <u>realizado</u>	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização de prorrogação (anexo de radioterapia)

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade do procedimento solicitado	Número	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Autorização de odontologia

Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais autorizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento autorizado, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade autorizada do procedimento	Integer	2		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento autorizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento autorizado	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Situação do Status da Autorização (situacaoAutorizacao)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Anexo de Situação Inicial em Odontologia					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Obrigatório.
Situação dentária inicial	String	1		Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo com a tabela de domínio nº 44.	Obrigatório.
Sinais clínicos de doença periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Obrigatório.
Indicador de alteração dos tecidos moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Anexo de Radioterapia					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Anexo de Quimioterapia					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Anexo de OPME					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lotes de Anexos (loteAnexos)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do unitário material solicitado	Numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Especificação do material solicitado	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.

Informações do lote

Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data de envio do lote de anexos	Date	8	DDMMAAAA	Data de envio do lote de anexos para a operadora.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Quantidade de anexos clínicos	Integer	3		Número de anexos clínicos que compõem o lote	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou	Opcional.
Anexo de OPME					

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do material	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do unitário material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, , quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Anexo de Quimioterapia					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do
Anexo de Radioterapia					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Anexo de Situação Inicial de Odontologia					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Anexos (recebimentoAnexo)

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

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Obrigatório.
Situação dentária inicial	String	1		Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo com a tabela de domínio nº 44.	Obrigatório.
Sinais clínicos de doença periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Obrigatório.
Indicador de alteração dos tecidos moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Guias de SP/SADT					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicional. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Tipo de atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de óbito.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 1.00
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.
Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.
Valor total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o somatório de todas as diárias cobradas	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicional. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens <u>de gases medicinais utilizados</u>	Condicional. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens <u>assistenciais utilizados</u>	Obrigatório.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Guias de SP/SADT (outras despesas)					
Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança <u>mensurável em horas.</u>
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança <u>mensurável em horas.</u>
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do item assistencial utilizado	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Quantidade do item assistencial utilizado	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Unidade de Medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1.00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.
Valor total dos itens assistenciais utilizados	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório.
Descrição do item assistencial utilizado	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Guia de Resumo de Internação					

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia de solicitação de Internação	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.
Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.
Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Número da Declaração de Nascido Vivo	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicional. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
Diagnóstico de óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Número da Declaração de Óbito	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	Condicional. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da mãe

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de declaração de óbito de recém-nato.	String	1		Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.	Condicional. Deve ser preenchido quando o campo Número da Declaração de Óbito for preenchido. Preencher com S - SIM caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N - Não caso a declaração de óbito informada seja da mãe.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Obrigatório.
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Condicional. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.
Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes.
Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Guia de Resumo de Internação (outras despesas)					
Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.
Código do item assistencial utilizado	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.
Quantidade do item assistencial utilizado	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.
Unidade de Medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1.00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.
Valor total dos itens assistenciais utilizados	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do item assistencial utilizado	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de outros itens de despesa.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Guia de Honorários					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado nesta quia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta quia.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1.00.
Valor unitário do procedimento realizado.	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Valor total dos honorários	Numérico	8,2		Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Data de emissão da guia	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Guia de Consulta					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Guia de Tratamento Odontológico					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicional. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.	Obrigatório.
Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Telefone do beneficiário	String	11		Número do telefone do beneficiário	Obrigatório.
Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Número no CRO do solicitante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme <u>tabela de domínio nº 24.</u>	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que <u>executou o procedimento.</u>	Obrigatório.
Número no CRO do contratado executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.
UF do conselho do prestador contratado executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme <u>tabela de domínio nº 59.</u>	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Número no CRO do profissional executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Data de término do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
Tipo de atendimento em odontologia	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Total de unidades de serviços	Numérico	8,2		Somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de franquia da guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Envio de Lote de Guias para Cobrança (loteGuias)

Mensagem : Envio de lote de guias para cobrança (loteGuias) - Direção : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.
Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Condicional. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Número do anexo atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica o anexo atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número ao anexo, independente do número que o identifica no prestador.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Situação dentária inicial	String	1		Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo com a tabela de domínio nº 44.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Sinais clínicos de doença periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Condicional. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Indicador de alteração dos tecidos moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Condicional. Deve ser preenchido em caso de envio do anexo de situação inicial.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Informações do Lote					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Data de envio do lote de guias de cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data de envio do lote de guias de cobrança para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Valor total do protocolo	numérico	8,2		Valor total do protocolo enviado pelo prestador	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Descrição da glosa do protocolo	String	500		Descrição do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da glosa do protocolo	numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Informações das guias médicas					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações das guias médicas (variáveis de retorno opcional na mensagem)					
Valor processado da guia	numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Caso não haja valor glosado o campo deve ser preenchido com 0,0.
valor liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de glosa da guia.
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de glosa da guia.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Unidade de Medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Quantidade de procedimentos realizados	numérico	3,2		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Valor total de procedimentos	numérico	6,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento,

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição motivo de glosa do procedimento	String	500		Descrição do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor glosa do procedimento ou item assistencial	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Informações das guias odontológicas					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações das guias odontológicas (variáveis de retorno opcional na mensagem)					
Valor processado da guia	numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Caso não haja valor de glosa, o campo deve ser preenchido com 0,0.
valor liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de glosa da guia.
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de glosa da guia.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança (recebimentoLote)

Mensagem : Recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca, conforme tabela de domínio nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor do procedimento realizado	numérico	6,2		Valor do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Descrição da glosa do procedimento ou item assistencial	String	500		Descrição do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Valor da glosa do procedimento	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.

Legenda da Mensagem de Solicitação do Status do Protocolo (solicitacaoStatusProtocolo)

Mensagem : Solicitação de status do protocolo (solicitacaoStatusProtocolo) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que <u>executou o procedimento</u> .	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador para o qual está sendo solicitado o status.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situacaoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Situação do Protocolo					
registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Status do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Data de envio do lote de guias de cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data de envio do lote de guias de cobrança para a operadora.	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	numérico	8,2		Valor do lote utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote/protocolo	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor da glosa do protocolo	numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor liberado do protocolo	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Código da mensagem de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de retorno	String	500		Descrição da mensagem de retorno conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Informações das guias médicas					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Valor processado da guia	numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Valor liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Unidade de Medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	numérico	3,2		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Obrigatório.
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Valor total por procedimento realizado	numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o percentual de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Condicionado. Deve ser preenchido na cobrança de outros itens de despesa.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1,00.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor glosa do procedimento ou item assistencial	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Descrição da glosa do procedimento ou item	String	500		procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do
Informações das guias odontológicas					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Valor processado da guia	numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Valor liberado da guia	numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca, conforme tabela de domínio nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total por procedimento realizado	numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados e o valor unitário.	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional .
Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Descrição da glosa do procedimento ou item assistencial	String	500		Descrição do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Valor da glosa do procedimento	numérico	8,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Situação do Protocolo de Anexo					
registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Status do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Data de envio do lote de anexos	Date	8	DDMMAAAA	Data de envio do lote de anexos para a operadora.	Obrigatório.
Código da mensagem de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de retorno	String	500		Descrição da mensagem de retorno conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum retorno à comunicação enviada pelo prestador
Situação do Protocolo de Anexo de OPME					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade autorizada do material	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Valor do material solicitado	numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante.
Valor do unitário material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante.
Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Situação do Protocolo de Anexo de Quimioterapia					
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do
Situação do Protocolo de Anexo de Radioterapia					

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Status da solicitação	String	1		Código do status da solicitação, conforme tabela de domínio nº 45.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Situação do Protocolo (situacaoProtocolo)

Mensagem : Situação do protocolo (situaçãoProtocolo) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Descrição do motivo de negativa	String	500		Descrição da mensagem de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Cancelamento de Guia (cancelaGuia)

Mensagem : Solicitação de cancelamento de guia (cancelaGuia) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de guia	String	1		Identificador do tipo de guia a que se refere o cancelamento conforme tabela de domínio nº 56	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número do protocolo cobrança no qual a guia foi encaminhada para a operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso o tipo de guia seja igual a 2 - Faturamento.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia a ser cancelada no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a ser cancelada.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Legenda da Mensagem de Resposta a Solicitação de Cancelamento de Guia (reciboCancelaGuia)

Mensagem : Resposta a solicitação de cancelamento de guia (reciboCancelaGuia) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Tipo de guia	String	1		Identificador do tipo de guia a que se refere o cancelamento conforme tabela de domínio nº 56.	Obrigatório.
Status do cancelamento	String	1		Indicador do status do cancelamento, conforme tabela de domínio nº 46.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Recurso de Glosa					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia de recurso de glosas no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2 e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data inicial do período ou data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Data final do período	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Recurso de Glosa Odontológica					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.
Número da guia de recurso de glosas no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador utilize mais de uma vez o mesmo número de guia no mesmo lote e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Legenda da Mensagem de Recurso de Glosa (recursoGlosa)

Mensagem : Recurso de glosa (recursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor recusado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor total recusado	Numérico	8,2		Valor total apresentado de recurso	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Recurso de Glosa (recebimentoRecursoGlosa)

Mensagem : Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Protocolo de Recebimento					
Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias de recurso de glosa encaminhado pelo prestador .	Obrigatório.
Data do envio do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi enviado pelo prestador .	Obrigatório.
Data do recebimento do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi recebido pela operadora.	Obrigatório.
Número do lote de cobrança a qual se refere o recurso de glosa	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento .	Obrigatório.
Número do protocolo de cobrança ao qual se refere o recurso	String	12		Número do protocolo de cobrança ao qual se refere o recurso de glosa.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Recurso de Glosa (recebimentoRecursoGlosa)

Mensagem : Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Número total de guias enviadas para recurso	Integer	3		Número total de guias enviadas para recurso	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora tenha atribuído número a guia a que se refere o recurso.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Data final do período	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial e quando a conta for referente à internação.

Legenda da Mensagem de Recebimento de Recurso de Glosa (recebimentoRecursoGlosa)

Mensagem : Recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor Total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na <u>mensagem enviada pelo prestador</u>
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.
Recibo de glosa					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de <u>Recurso de Guia</u> .
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Resposta ao recurso do protocolo	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora tenha atribuído número a guia a que se refere o recurso.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Resposta ao recurso da guia	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora tenha atribuído número a guia a que se refere o recurso.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Data final do período	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.
Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Recibo de glosa odontológica					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que identifica a guia no prestador.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Objeto do recurso de glosa	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Resposta ao recurso do protocolo	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Resposta ao recurso da guia	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório.
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicional. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero)
Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo
Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias de recurso de glosa encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do envio do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi enviado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do recebimento do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi recebido pela operadora.	Obrigatório.
Número do lote de cobrança a qual se refere o recurso de glosa	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora, ao qual se refere o recurso de glosa.	Obrigatório.
Recibo de glosa status					
Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias de recurso de glosa encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do envio do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi enviado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do recebimento do recurso de glosa	String	20		Data em que o recurso de glosa foi recebido pela operadora.	Obrigatório.
Número do lote de cobrança a qual se refere o recurso de glosa	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora, ao qual se refere o recurso de glosa.	Obrigatório.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do protocolo da situação do recurso de glosa	String	12		Número do protocolo dado pela operadora à solicitação da situação do recurso de glosa.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Resposta ao Recurso de Glosa (respostaRecursoGlosa)

Mensagem : Resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da situação do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data na qual a situação do recurso de glosa está sendo informada pela operadora.	Obrigatório.
Status do protocolo do recurso de glosa	String	1		Código do status do protocolo do recurso de glosa, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação do Status do Recurso de Glosa (solicitacaoStatusRecursoGlosa)

Mensagem : Solicitação de status do recurso de glosa (solicitacaoStatusRecursoGlosa) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do protocolo de envio do recurso de glosa	String	12		Número do protocolo de envio do recurso de glosa	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Demonstrativo de Retorno (solicitacaoDemonstrativoRetorno)

Mensagem : Solicitação de demonstrativos de retorno (solicitacaoDemonstrativoRetorno) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Solictação de demonstrativo de pagamento					
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que <u>executou o procedimento.</u>	Obrigatório.
Data da solicitação do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está solicitando o demonstrativo para a operadora.	Obrigatório.
Tipo de demonstrativo de retorno	String	1		Código do tipo de demonstrativo solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio nº 53.	Obrigatório. Preencher com 1 - para solicitação de Demonstrativo de Pagamento ou 3- para solicitação de Demonstrativo de Pagamento Odontológico.
Data de pagamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de pagamento para a qual o prestador está solicitando o demonstrativo.	Obrigatório.
Competência de pagamento	String	6	AAAAMM	Competência de pagamento para a qual o prestador está solicitando o demonstrativo.	Obrigatório.
Solictação de demonstrativo de análise de conta					
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que <u>executou o procedimento.</u>	Obrigatório.
Data da solicitação do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está solicitando o demonstrativo para a operadora.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Solicitação de Demonstrativo de Retorno (solicitacaoDemonstrativoRetorno)

Mensagem : Solicitação de demonstrativos de retorno (solicitacaoDemonstrativoRetorno) - Fluxo : Prestador para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador para o qual está sendo solicitado o demonstrativo.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Mensagem de erro					
Código da mensagem de erro	String	4		Código da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador
Descrição da mensagem de erro	String	500		Descrição da mensagem de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a operadora for informar algum erro na mensagem enviada pelo prestador.

Demonstrativo de Análise de Conta

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do protocolo da cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.
Status do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da guia.
Status da guia	String	1		Código do status da guia, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório. Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.
Valor Informado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor processado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor glosa do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor informado da guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.
Valor processado da guia	Numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.
Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia.	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote.	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	Numérico	8,2		Valor do protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote.	Obrigatório.
Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo.	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado do protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.
Valor informado geral	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor processado geral	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor liberado geral	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor geral da glosa	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado nos protocolos ou guias apresentados no demonstrativo.
Descrição da glosa do protocolo	String	500		Descrição do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa
Descrição da glosa da guia	String	500		Descrição do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da guia.

Demonstrativo de Pagamento

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Forma de pagamento ao prestador	String	1		Código da forma como será efetuado o pagamento dos serviços ao prestador, conforme tabela de domínio nº 34.	Obrigatório.
Banco de pagamento	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta bancária	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Data do protocolo da cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	Numérico	8,2		Valor do lote/protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado na data de pagamento.
Valor total informado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total processado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Liberado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Glosa por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Código do débito ou crédito por data de pagamento	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Descrição de débitos ou créditos por data de pagamento	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados por data de pagamento	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Valor dos débitos e créditos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor dos débitos ou créditos complementares à conta por data de pagamento	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de demais débitos por data de pagamento	Numérico o	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total de demais créditos por data de pagamento	Numérico o	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta por data de pagamento. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados na data de pagamento.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor final a receber por data de pagamento	Numérico o	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem a data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total informado do demonstrativo	Numérico o	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os	Obrigatório.
Valor total processado do demonstrativo	Numérico o	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor total liberado do demonstrativo	Numérico o	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor total da glosa do demonstrativo	Numérico o	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação de débito ou crédito geral	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Código do débito ou crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Descrição de débitos ou créditos	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Valor dos débitos e créditos	Numérico	6,2		Valor dos débitos ou créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Valor total de demais débitos do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total de demais créditos do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor final a receber do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem o demonstrativo.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o	Opcional.

Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na	Obrigatório.
Número do demonstrativo	String	20		Número identificador do demonstrativo	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data inicial do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Data final do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
CPF / CNPJ Contratado	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade.	Obrigatório.
Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Banco de pagamento	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Conta bancária	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Número do lote	String	12		Número do lote informado pelo prestador	Obrigatório.
Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Indicação de recurso	String	1		Indicador de recurso.	Obrigatório.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do dente	String	2		Identificação da denteição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente.
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da bocade acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca.
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado	Obrigatório.
Valor informado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório.
Valor processado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado	Obrigatório.
Valor glosa/estorno do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Valor informado da guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor processado da guia	Numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Quando não houver glosa na guia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total de franquia da guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o <u>valor glosado da guia</u>	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das <u>guias</u>	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	Numérico	8,2		Valor do protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias.	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores glosados das <u>guias</u> .	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total de franquia do protocolo	Numérico	8,2		Valor total da franquia do protocolo correspondendo ao somatório do valor <u>da franquia das guias</u>	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0.0.
Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por protocolo. Corresponde ao valor processado do protocolo menos o valor glosado do protocolo.	Obrigatório.
Valor total informado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total processado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total glosa por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total da franquia por data de pagamento correspondendo ao somatório do valor da franquia de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total liberado por data de	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento	Obrigatório.
Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento	String	1		Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Código do débito ou crédito por data de pagamento	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Descrição de débitos ou créditos por data de pagamento	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor dos débitos e créditos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares à conta	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Valor total dos demais débitos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor total dos demais débitos por data de pagamento	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total dos demais créditos	Numérico	6,2		Valor total dos demais créditos por data de pagamento	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor final a receber por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor final a receber por data de pagamento	Obrigatório.
Valor total informado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias.	Obrigatório.
Valor total processado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado,	Obrigatório.
Valor total glosa do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com
Valor total franquia do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total da franquia, correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0.0.
Valor total liberado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador, correspondendo ao valor processado por data de pagamento menos o valor glosado.	Obrigatório.
Indicação de débito ou crédito geral	String	1		Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do débito ou crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Descrição de débitos ou créditos	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Valor dos débitos e créditos	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Valor total dos demais débitos do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor total dos demais débitos do demonstrativo	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total dos demais créditos do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor total dos demais créditos do demonstrativo	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor final a receber do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor final a receber de demonstrativo	Obrigatório.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.

Situação demonstrativo

Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
--------------	--------	---	--	--	--------------

Legenda da Mensagem de Demonstrativos de Retorno para o Prestador (demonstrativosRetorno)

Mensagem : Demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosRetorno) - Fluxo : Operadora para Prestador					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data inicial do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Data final do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Número do protocolo de envio da cobrança	String	12		Número do protocolo de cobrança ao qual se refere a solicitação do demonstrativo de retorno.	Obrigatório.
Número do protocolo da solicitação do demonstrativo de retorno	String	12		Número do protocolo dado pela operadora à solicitação do demonstrativo de retorno.	Obrigatório.
Tipo de demonstrativo de retorno	String	1		Código do tipo de demonstrativo solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio nº 53.	Obrigatório.
Data da situação do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a situação do demonstrativo está sendo informada.	Obrigatório.
Situação do demonstrativo	String	1		Código da situação do demonstrativo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

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

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cabeçalho						
Tipo de transação	001	String	13		Tipo de transação da mensagem que está sendo enviada	Obrigatório.
Número do lote	002	String	12		Número do lote atribuído pela operadora para identificar a remessa do arquivo de monitoramento. Este número de lote deve ser único por competência.	Obrigatório.
Competência dos dados	003	String	6	AAAAMM	Mês/ano a que se referem os dados que estão contidos no lote	Obrigatório.
Data de registro da transação	004	Date	8	AAAAMMDD	Data da geração do arquivo	Obrigatório.
Hora de registro da transação	005	Time	6	HHMMSS	Hora da geração do arquivo	Obrigatório.
Registro ANS	006	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Versão do padrão	007	String	7		Versão do padrão TISS para o envio de dados para ANS.	Obrigatório.
Indicação de competência sem movimento de inclusão						
Código do motivo de não envio de registros de inclusão	008	String	4		Código do motivo de não envio de registros de inclusão, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Informações do atendimento						

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador do tipo de registro	009	String	1		Indica o tipo do registro que está sendo enviado à ANS	Obrigatório. Deve ser preenchido com: 1- Inclusão 2- Alteração 3- Exclusão
Versão do padrão utilizada pelo prestador	010	String	8		Identificação da versão do Padrão TISS utilizada pelo prestador para envio da guia.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem da guia for igual a 1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada), 2 (Rede Própria - Cooperados) ou 3 (Rede Própria - Demais prestadores).
Indicador de envio em papel	011	String	1		Indica que a guia de cobrança foi enviada exclusivamente em papel para operadora.	Obrigatório. Preencher com S (Sim) quando a origem da guia for igual a 1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada), 2 (Rede Própria - Cooperados) ou 3 (Rede Própria - Demais prestadores).
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	012	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador executante não tenha ainda o código do CNES, deve informar 99999999

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador da identificação do prestador executante	013	String	1		Indicador da identificação prestador executante, sendo: 1-CNPJ 2-CPF	Obrigatório.
Número de cadastro do prestador executante na Receita Federal	014	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador executante dependendo da natureza da entidade	Obrigatório.
Município de localização do prestador executante	015	String	7		Código IBGE do município de localização do prestador executante.	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	016	String	15		Número do cartão nacional de saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde
Sexo do beneficiário	017	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada..	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Cartão Nacional de Saúde não seja preenchido.
Data de nascimento do beneficiário	018	Date	8	DDMMAAAA	Data de nascimento do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Cartão Nacional de Saúde não seja preenchido.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Município de residência do beneficiário	019	String	7		Código IBGE do município de residência do beneficiário.	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Cartão Nacional de Saúde não seja preenchido.
Número de identificação do plano do beneficiário na ANS	020	String	20		Número de registro do plano do beneficiário (RPS) ou número de cadastro do plano do beneficiário (SCPA) na ANS.	Obrigatório.
Tipo de guia	021	String	1		Identifica o tipo de guia que está sendo informada, conforme tabela de domínio nº 54.	Obrigatório. 1 - Consulta 2 - SP/SADT 3 - Resumo de Internação 4 - Tratamento Odontológico 5 - Honorários
Origem da guia	022	String	1		Identifica qual foi a origem da guia que está sendo informada, conforme tabela de domínio nº 40.	Obrigatório. 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados 3 - Rede Própria - Demais prestadores 4 - Reembolso ao beneficiário

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia no prestador	023	String	20		Número atribuído pelo prestador de serviços que identifica a guia	Obrigatório. Quando a origem da guia for igual a 1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada), 2 (Rede Própria - Cooperados) ou 3 (Rede Própria - Demais prestadores), o campo deve ser preenchido com o número da guia no prestador. Quando a origem da guia à saúde for igual a 4- Reembolso ao beneficiário, o campo deve ser preenchido com '00000000000000000000' (zeros)

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

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

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

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

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia de solicitação de internação	026	String	20		Número da Guia de Solicitação de Internação que deu origem a internação do beneficiário.	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 2-SP/SADT e tratar-se de paciente internado, 3-Internação ou 5-Honorários e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da solicitação	027	Date	8	DDMMAAAA	Data na qual o procedimento foi solicitado à operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora para a realização do procedimento ou utilização do item assistencial. Quando o tipo de guia for igual a 2- SP/SADT deve ser informada a data da solicitação que originou o atendimento e quando o tipo de guia for igual a 3- Internação, deve ser informada a data da solicitação que originou a internação.
Data da autorização	028	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora para a realização do procedimento ou utilização do item assistencial. Quando o tipo de guia for igual a 3- Internação, deve ser informada a data da autorização que originou a internação.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de realização ou data inicial do período de atendimento	029	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado ou data inicial da internação.	Obrigatório. Quando o tipo de guia for igual a 3-Internação e o tipo de faturamento for igual a 3-Total ou 1-Parcial (Primeira cobrança), a data da internação é a data do início do faturamento da guia da resumo de internação.
Data de início do faturamento	030	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento	Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças parciais. Quando o tipo de guia for igual a 3-Internação e o tipo de faturamento for igual a 3-Total ou 1-Parcial (Primeira cobrança), esta data é a data da internação.
Data final do período de atendimento ou data do fim do faturamento	031	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação ou data do fim do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças de internação ou cobranças parciais. Quando o tipo de guia for igual a 3-Internação e o tipo de faturamento for igual a 3-Total ou 1-Parcial (Última Cobrança), esta data é a data da saída da internação.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do protocolo da cobrança	032	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de de cobrança com a guia principal da conta enviada pelo prestador.	Obrigatório.
Data do pagamento	033	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora efetuou o pagamento ao prestador executante ou o reembolso ao beneficiário.	Condicional. Deve ser preenchido quando for efetuado o pagamento ao prestador executante ou o reembolso ao beneficiário.
Tipo de consulta	034	String	1		Código do tipo de consulta realizada conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada.	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 1-Consulta ou 2-SP/SADT e a origem da conta for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada. Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	035	String	7		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 1-Consulta e a origem da conta for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada. Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	036	String	1		Indica se o atendimento foi prestado a recém-nato no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 1-Consulta, 2-SP/SADT ou 3-Internação, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

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

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

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

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

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

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Regime de internação	040	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio na versão que a guia foi enviada.	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 3-Internação e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada. Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da
Diagnóstico principal	041	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	042	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Terceiro diagnóstico	043	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	044	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Tipo de atendimento	045	String	2		Código do tipo de atendimento conforme tabela de domínio na versão que a guia foi enviada.	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 2-SP/SADT e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada. Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de faturamento	046	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia conforme tabela de domínio na versão que a guia foi enviada.	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual 3-Internação ou 4-Tratamento Odontológico e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de diárias de acompanhante	047	Numérico	3		Número de diárias de acompanhante	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de conta for igual 3-Internação e houver pagamento de acompanhante e a origem da guia for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de diárias de UTI	048	Numérico	3		Número de diárias de UTI	Condicionado. Deve ser preenchido para os eventos de internação quando houver utilização de UTI e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Motivo de encerramento	049	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de guia for igual a 2-SP/SADT ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada. Para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da
Valor informado da guia	050	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador executante ou valor solicitado de reembolso pelo beneficiário.	Obrigatório.
Valor processado da guia	051	Numérico	8,2		Valor total processado pela operadora. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor de glosa da guia.	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago de procedimentos	052	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados pago ao prestador executante ou reembolsado ao beneficiário.	Obrigatório. Quando não houver valor de procedimentos pago na guia informada ou quando a origem da conta for 4-reembolso e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago de diárias	053	Numérico	8,2		Valor total das diárias pago ao prestador executante ou reembolsado ao beneficiário.	Obrigatório. Quando não houver valor de diárias na guia informada ou quando a origem da conta for 4-reembolso e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago de taxas e aluguéis	054	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis pago ao prestador executante ou reembolsado ao beneficiário.	Obrigatório. Quando não houver valor de taxas ou aluguéis na guia informada ou quando a origem da conta for igual a 4-"Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total pago de materiais	055	Numérico	8,2		Valor total dos materiais pago ao prestador executante ou reembolsado ao beneficiário.	Obrigatório. Quando não houver valor de materiais na guia informada ou quando a origem da guia for igual a 4- "Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago de OPME	056	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais selecionados pago ao prestador executante.	Obrigatório. Quando não houver valor de OPME na guia informada ou quando a origem da guia for igual a 4- "Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago de medicamentos	057	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos pago ao prestador executante ou reembolsado ao beneficiário.	Obrigatório. Quando não houver valor de medicamentos na guia informada ou quando a origem da guia for igual a 4- "Reembolso ao beneficiário" e a operadora não tiver conhecimento do valor específico, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de glosa	058	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Quando não houver glosa ou quando a origem da guia for igual a 4- "Reembolso ao beneficiário", o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago	059	Numérico	8,2		Valor total pago ao prestador executante ou reembolsado ao beneficiário.	Obrigatório. Quando o pagamento não tiver sido realizado, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero).
Valor total pago diretamente aos fornecedores	060	Numérico	8,2		Valor total pago pela operadora diretamente aos fornecedores.	Obrigatório. Quando não houver valor pago aos fornecedores, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero)
Valor total pago em tabela própria da operadora	061	Numérico	8,2		Valor total pago de procedimentos e itens assistenciais identificados	Obrigatório. Quando não houver valor pago em
Informações de nascimento e óbito						

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da Declaração de Nascido Vivo	062	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem do evento de atenção à saúde for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores e tratar-se de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Número da Declaração de Óbito	063	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do	Condicionado. Deve ser preenchido quando a origem
Informações dos procedimentos e itens assistenciais						

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	064	String	2		Código da tabela TUSS de identificação dos procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do grupo do procedimento ou item assistencial	065	String	3		Código TUSS identificador do grupo de procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 63.	Condicional. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma consolidada, de acordo com a tabela de domínio nº 64.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	066	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma individualizada, de acordo com a tabela de domínio nº 64. Ou ainda quando for

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do dente	067	String	2		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes na vigente versão que a guia foi enviada.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.
Identificação da região da boca	068	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões vigente na versão que a guia foi enviada.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a uma região da boca, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.
Identificação da face do dente	069	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio vigente na versão que a guia foi enviada.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento, conforme regra de preenchimento vigente na versão que a guia foi enviada.

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade informada de procedimentos ou itens assistenciais	070	Integer	4		Quantidade do procedimento realizado ou item assistencial informada pelo prestador executante.	Obrigatório.
Valor informado de procedimentos ou itens assistenciais	071	Numérico	6,2		Valor do procedimento, item assistencial ou do grupo informado pelo prestador executante ou valor solicitado de reembolso pelo beneficiário.	Obrigatório.
Quantidade paga de procedimentos ou itens assistenciais	072	Integer	4		Quantidade do procedimento ou item assistencial paga pela operadora.	Obrigatório. Quando não houver quantidade paga ao prestador ou reembolsada ao beneficiário, o campo deve ser preenchido com 0,0
Valor pago ao prestador executante ou reembolsado ao beneficiário.	073	Numérico	6,2		Valor pago do procedimento, item assistencial individualizado ou do grupo pago ao prestador executante ou reembolsado ao beneficiário.	Obrigatório. Quando não houver valor pago ao prestador ou reembolsado ao beneficiário, o campo deve ser preenchido com 0,0
Valor pago diretamente ao fornecedor	074	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial individualizado ou do grupo pago diretamente pela operadora ao fornecedor.	Obrigatório. Quando não houver valor pago ao fornecedor, o campo deve ser preenchido com 0,0 (zero)
Número de cadastro do fornecedor na Receita Federal	075	String	14		Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do fornecedor do item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido quando o item assistencial for pago diretamente pela operadora ao fornecedor

Legenda da Mensagem de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS)

Mensagem : Envio de dados para ANS (operadoraParaANS) - Fluxo : Operadora para ANS						
Termo	Identificador do campo na ANS	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
076	HASH	String			Código HASH MD-5 da mensagem enviada	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Retorno do Envio de Dados para ANS (ansParaOperadora)

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cabeçalho					
Tipo de transação	String	13		Tipo de transação da mensagem que está sendo enviada	Obrigatório.
Número do lote	String	12		Número do lote atribuído pela operadora para identificar a remessa do arquivo de monitoramento. Este número de lote deve ser único por competência.	Obrigatório.
Competência dos dados	String	6	AAAAMM	Mês/ano a que se referem os dados que estão contidos no lote	Obrigatório.
Data de registro da transação	Date	8	AAAAMMDD	Data da geração do arquivo	Obrigatório.
Hora de registro da transação	Time	6	HHMMSS	Hora da geração do arquivo	Obrigatório.
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Versão do padrão	String	7		Versão do padrão TISS para o envio de dados para ANS.	Obrigatório.
Arquivo rejeitado					
Nome do arquivo	String	20		Nome do arquivo enviado pela operadora	Obrigatório.
Código do motivo de rejeição	String	4		Código do motivo de rejeição do arquivo, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Resumo do processamento					
Nome do arquivo	String	20		Nome do arquivo enviado pela operadora.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador executante não tenha ainda o código do CNES, deve informar 99999999.

Legenda da Mensagem de Retorno do Envio de Dados para ANS (ansParaOperadora)

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador da identificação do prestador executante	String	1		Indicador da identificação prestador executante, sendo: 1-CNPJ 2-CPF	Obrigatório.
Número de cadastro do prestador executante na Receita Federal	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador executante dependendo da natureza da entidade	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número atribuído pelo prestador de serviços que identifica a guia.	Obrigatório. Quando a origem da guia for igual a 1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada), 2 (Rede Própria - Cooperados) ou 3 (Rede Própria - Demais prestadores), o campo deve ser preenchido com o número da guia principal do evento de atenção à saúde enviada pelo prestador. Quando a origem da guia for igual a 4-Reembolso ao beneficiário, o campo deve ser preenchido com '00000000000000000000' (zeros)

Legenda da Mensagem de Retorno do Envio de Dados para ANS (ansParaOperadora)

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

Legenda da Mensagem de Retorno do Envio de Dados para ANS (ansParaOperadora)

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do reembolso na operadora	String	20		Número atribuído pela operadora para identificar o reembolso ao beneficiário.	Obrigatório. Quando a origem da conta for igual a 4 (Reembolso ao beneficiário) deve ser preenchido com o número que identifica o reembolso na operadora. Quando a origem da conta for igual a 1 (Rede Contratada, referenciada ou credenciada), 2 (Rede Própria - Cooperados) ou 3 (Rede Própria - Demais prestadores), o campo deve ser preenchido '00000000000000000000' (zeros)
Data do processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do processamento do registro operadora.	Obrigatório.
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo no arquivo enviado pela operadora, conforme legenda da mensagem de envio dos dados da operadora para ANS (operadoraParaANS)	Obrigatório.
Código do erro	String	4		Código do motivo de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item	String	2		Código da tabela TUSS de identificação dos procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Código do grupo do procedimento ou item	String	3		Código TUSS identificador do grupo de procedimentos ou itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver
Código do procedimento realizado ou item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver

Legenda da Mensagem de Retorno do Envio de Dados para ANS (ansParaOperadora)

Mensagem : Retorno do envio de dados para ANS (ansParaOperadora) - Fluxo : ANS para Operadora					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do dente	String	2		Identificação da dentição permanente ou decidua segundo tabela de domínio de	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o
Identificação da região da boca	String	4		Identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o
Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Identificador do campo na ANS	String	3		Número que identifica o campo no arquivo enviado pela operadora.	Obrigatório.
Código do erro	String	4		Código do motivo de erro, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
Total de registros incluídos	Numérico	5		Número total de registros incluídos na base da ANS após o processamento do arquivo.	Obrigatório.
Total de registros alterados	Numérico	5		Número total de registros alterados na base da ANS após o processamento do arquivo.	Obrigatório.
Total de registros excluídos	Numérico	5		Número total de registros excluídos da base da ANS após o processamento do arquivo.	Obrigatório.
Total de registros com erro	Numérico	5		Número total de registros que apresentaram erro após o processamento do arquivo.	Obrigatório.
Código da mensagem de retorno	String	4		Código da mensagem de retorno, conforme tabela de domínio nº 38.	Obrigatório.
HASH	String			Código HASH MD-5 da mensagem enviada	Obrigatório.

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

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

Legenda da Mensagem de Envio de dados para o beneficiário

Mensagem : Envio de dados para o beneficiário - Fluxo : Operadora para beneficiário					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório
Nome fantasia da operadora	String	70		Nome fantasia da operadora do plano	Obrigatório
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999.
Número de cadastro do prestador executante na Receita Federal	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade	Obrigatório
Razão social ou nome do prestador	String	70		Razão social ou nome do prestador dependendo da natureza da entidade	Obrigatório
Município de localização do prestador	String	7		Código IBGE do município de localização do prestador.	Obrigatório
Nome do município de localização do prestador	String	50		Nome do município de localização do prestador.	Obrigatório
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário	Obrigatório
Nome do beneficiário	String	60		Nome do beneficiário	Obrigatório
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do cartão nacional de saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Número de identificação do plano do beneficiário na ANS	String	20		Número de registro do plano do beneficiário (RPS) ou número de cadastro do plano do beneficiário (SCPA) na ANS.	Obrigatório
Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.	Obrigatório

Legenda da Mensagem de Envio de dados para o beneficiário

Mensagem : Envio de dados para o beneficiário - Fluxo : Operadora para beneficiário					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do tipo de evento de atenção à saúde	String	25		Descrição do tipo de evento de atenção à saúde que está sendo informado, conforme tabela de domínio nº 54.	Obrigatório. 1 - Consulta 2 - SP/SADT 3 - Internação 4 - Tratamento Odontológico
Data de realização ou data inicial do período de atendimento	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado ou data inicial da internação.	Obrigatório.
Data final do período de atendimento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças de Internação.
Descrição do tipo de consulta	String	50		Descrição do tipo de consulta realizada conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1- Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de dados para o beneficiário

Mensagem : Envio de dados para o beneficiário - Fluxo : Operadora para beneficiário					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1- Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Descrição da ocupação do executante	String	70		Descrição da ocupação do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 1- Consulta ou 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de dados para o beneficiário

Mensagem : Envio de dados para o beneficiário - Fluxo : Operadora para beneficiário					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do caráter do atendimento	String	20		Descrição do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 2- SP/SADT ou 3-Internação ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Descrição do tipo de Internação	String	15		Descrição do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de dados para o beneficiário

Mensagem : Envio de dados para o beneficiário - Fluxo : Operadora para beneficiário					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Descrição do tipo de atendimento	String	50		Descrição do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 2-SP/SADT e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Número de diárias de acompanhante	Numérico	3		Número de diárias de acompanhante	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual 3-Internação e houver pagamento de acompanhante e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

Legenda da Mensagem de Envio de dados para o beneficiário

Mensagem : Envio de dados para o beneficiário - Fluxo : Operadora para beneficiário					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número de diárias de UTI	Número	3		Número de diárias de UTI	Condicionado. Deve ser preenchido para os eventos de internação quando houver utilização de UTI e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Descrição do motivo de encerramento	String	100		Descrição do motivo da saída da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento for igual a 2- SP/SADT ou 3-Internação e a origem do evento for igual a 1 - Rede Contratada, referenciada ou credenciada, 2 - Rede Própria - Cooperados ou 3 - Rede Própria - Demais prestadores. Para os eventos de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário, deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.
Código do grupo do procedimento ou item assistencial	String	3		Código TUSS identificador do grupo de procedimentos ou itens assistenciais, conforme tabela de domínio nº 63.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma consolidada.

Legenda da Mensagem de Envio de dados para o beneficiário

Mensagem : Envio de dados para o beneficiário - Fluxo : Operadora para beneficiário					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código TUSS identificador do procedimento realizado ou item assistencial utilizado no evento de atenção à saúde, que deve ser enviado de forma individualizada, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver procedimentos ou itens assistenciais que devem ser enviados de forma individualizada.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	500		Descrição do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador	Obrigatório
Descrição da identificação do dente ou região da boca	String	70		Descrição da 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 nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região da boca
Identificação da face do dente	String	10		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o tipo de evento de atenção à saúde for igual a 4-Tratamento Odontológico e for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório

Legenda da Mensagem de Informação para o Beneficiário acerca da Negativa de Autorização

Mensagem : Informação acerca da negativa de autorização - Fluxo : Operadora para beneficiário					
Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Número do protocolo da solicitação de justificativa de negativa	String	12		Número atribuído pela operadora à solicitação de justificativa de negativa feita pelo beneficiário .	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número do contrato do beneficiário	String	20		Número do contrato ao qual o beneficiário aderiu.	Obrigatório.
Número de identificação do plano do beneficiário na ANS	String	20		Número de registro do plano do beneficiário (RPS) ou número de cadastro do plano do beneficiário (CCPA) - ANS	Obrigatório.
Nome do plano do beneficiário	String	70		Nome do plano do beneficiário.	Obrigatório.
Data de assinatura do contrato	Date	8	DDMMAAAA	Data de adesão do contrato pelo beneficiário	Obrigatório.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicional. Deve ser preenchido caso a solicitação esteja vinculada a um determinado prestador.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento assistencial	Condicional. Deve ser preenchido caso a solicitação esteja vinculada a um determinado prestador.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que solicitou o procedimento ou item assistencial	Obrigatório.

Legenda da Mensagem de Informação para o Beneficiário acerca da Negativa de Autorização

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

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte V - Formulários do Plano de Contingência

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	4	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Data de validade da carteira	5	Validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
Indicador de atendimento ao recém-nato	6	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Legenda da Guia de Consulta

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

Legenda da Guia de Consulta

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

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	22	Valor do procedimento	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Observação / Justificativa	23	Observação/ Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Assinatura do profissional executante	24	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	25	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.

1 - Registro ANS
 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
 5 - Senha
 6 - Data de Validade da Senha
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
 21 - Caráter do Atendimento
 22 - Data da Solicitação
 23 - Indicação Clínica

24-Tabela	25-Código do Procedimento ou Item Assistencial	26-Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora
 30 - Nome do Contratado
 31 - Código CNES

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											

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

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

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

58-Observação / Justificativa

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

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

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	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.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

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

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

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

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

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

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

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

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	31	Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Tipo de atendimento	32	Tipo de Atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de acidente ou doença relacionada	33	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tipo de consulta	34	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.
Motivo de Encerramento	35	Motivo de Encerramento do Atendimento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de óbito.
Data de realização	36	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Hora inicial da realização do procedimento	37	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora final da realização do procedimento	38	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	39	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Código do procedimento realizado	40	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Descrição do procedimento realizado	41	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Quantidade de procedimentos realizados	42	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via de acesso	43	Via	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	44	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Fator de redução ou acréscimo	45	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 1,00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	46	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Valor total por procedimento realizado	47	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Sequencial de referência do procedimento realizado	48	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau de participação do profissional	49	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código do contratado executante na operadora	50	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Nome do profissional executante	51	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho profissional do executante	52	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Número do executante no conselho profissional	53	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
UF do conselho do profissional executante	54	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	55	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Data de realização	56	Data de realização de procedimentos em série	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados.
Assinatura do beneficiário ou responsável	57	Assinatura do beneficiário ou responsável na realização de procedimentos em série				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	58	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Valor total de procedimentos	59	Total de Procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Valor total de taxas e aluguéis	60	Total de Taxas Diversas e Aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.
Valor total de materiais	61	Total de Materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Valor total de OPME	62	Total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de medicamentos	63	Total de Medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Valor total de gases medicinais	64	Total Gases Medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Valor do total geral	65	Total Geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	66	Assinatura do responsável pela Autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	67	Assinatura do Beneficiário ou Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	68	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

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

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	15	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	16	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	17	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	18	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Código do contratado solicitado na operadora	19	Código na operadora / CNPJ	String	14		Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.
Nome do hospital / local solicitado	20	Nome do hospital / local	String	70		Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

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

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

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

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

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

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

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

Logo da Operadora

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

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Conselho
Profissional

13 - Número no Conselho

14 - UF

15 - Código CBO

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

17 - Tipo da Acomodação Solicitada

18 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

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

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia de solicitação de internação.	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

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

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

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

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de diárias adicionais autorizadas	24	Qtde. diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
Tipo da acomodação autorizada	25	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	26	Justificativa da Operadora	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Observação / Justificativa	27	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	28	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	29	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	30	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo da acomodação autorizada	Tipo da acomodação autorizada	25	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Justificativa da Operadora	Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	26	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Justificativa da Operadora	Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	26	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Observação/Justificativa	Observação / Justificativa	27	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Data da solicitação	28	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional solicitante	29				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização	30				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização
 ____/____/____

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha
 ____/____/____

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira
 ____/____/____

10- Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12-Atendimento a RN

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNES

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento

17 - Tipo de Faturamento

18- Data do Início do Faturamento
 ____/____/____

19- Hora do Início do Faturamento
 ____:____

20- Data do Fim do Faturamento
 ____/____/____

21- Hora do Fim do Faturamento
 ____:____

22- Tipo de Internação

23- Regime de Internação

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 (2)

26 - CID 10 (3)

27 - CID 10 (4)

28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

29 - Motivo de Encerramento da Internação

30-Número da declaração de nascido vivo

31 - CID 10 Óbito

32 - Numero da declaração de óbito

33 -Indicador D.O. de RN

Procedimentos e Exames Realizados

34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Téc	43-Fator Red/Acresc	44-Valor Unitário (R\$)	45-Valor Total (R\$)
01-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
02-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
03-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
04-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
05-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
06-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
07-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
08-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
09-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Identificação da Equipe

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

54 - Total de Procedimentos (R\$) _____

55 - Total de Diárias (R\$) _____

56 - Total de Taxase Aluguéis (R\$) _____

57 - Total de Materiais (R\$) _____

58 - Total de OPME (R\$) _____

59 - Total de Medicamentos (R\$) _____

60 - Total de Gases Medicinais (R\$) _____

61 - Total Geral (R\$) _____

62- Data da assinatura do contratado
 ____/____/____

63- Assinatura do contratado

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

65 - Observações / Justificativa

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia de solicitação de internação.	String	20		Número da guia de solicitação de Internação	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

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

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	15	Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Caráter do atendimento	16	Caráter do Atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	17	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Hora do início do faturamento	19	Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Data do fim do faturamento	20	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Tipo de internação	22	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de internação	23	Regime de Internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Diagnóstico principal	24	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	25	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	26	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	27	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação de acidente ou doença relacionada	28	Indicação de Acidente	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Motivo de Encerramento	29	Motivo de Encerramento da Internação	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Número da Declaração de Nascido Vivo	30	Número da Declaração de Nascido Vivo	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
Diagnóstico de óbito	31	CID10 Óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Número da Declaração de Óbito	32	Número da Declaração de Óbito	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	Condicionado. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da mãe.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

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

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de procedimentos realizados	40	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	41	Via	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	42	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	43	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	44	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor total por procedimento realizado	45	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Sequencial de referência do procedimento realizado	46	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau de participação do profissional	47	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	48	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional executante	49	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Obrigatório.
Conselho profissional do executante	50	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	51	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	52	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	53	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Valor total de procedimentos	54	Total de Procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de diárias	55	Total de Diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
Valor total de taxas e aluguéis	56	Total de Taxas e Aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.
Valor total de materiais	57	Total de Materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Valor total de OPME	58	Total de OPME	Numérico	8,2		Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes.
Valor total de medicamentos	59	Total de Medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Valor total de gases medicinais	60	Total Gases Medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Valor do total geral	61	Total Geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Data da assinatura do prestador contratado	62	Data da assinatura do contratado	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	63	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do auditor da operadora	64	Assinatura do(s) auditor(es) da operadora				Assinatura do auditor da operadora	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria <i>in loco da operadora</i> .
Observação / Justificativa	65	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	5	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	6	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	7	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	8	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	9	Código na operadora	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	10	Nome do hospital / local	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	11	Código CNES	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Código do contratado executante na operadora	12	Código do contratado na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	13	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

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

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de procedimentos realizados	23	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	24	Via	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	25	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	26	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1,00.
Valor unitário do procedimento realizado.	27	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor total por procedimento realizado	28	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Grau de participação do profissional	30	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	31	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional executante	32	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Conselho profissional do executante	33	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	34	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	35	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	36	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	37	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Valor total dos honorários	38	Valor Total dos Honorários	Numérico	8,2		Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Data de emissão da guia	39	Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Sequencial de referência do procedimento realizado	29	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.

Logo da Empresa

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 - Código CNES

Despesas Realizadas

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

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)

22 - Total de Medicamentos (R\$)

23 - Total de Materiais (R\$)

24 - Total de OPME (R\$)

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

26 - Total de Diárias (R\$)

27 - Total Geral (R\$)

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia referenciada	2	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual esse anexo está vinculado.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	3	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	4	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	5	Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Código da despesa	6	CD	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data de realização	7	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	8	Hora inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final da realização do procedimento	9	Hora final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

Legenda do Anexo de Outras Despesas

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

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	18	Referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	19	Nº autorização de funcionamento da empresa	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Descrição do item assistencial utilizado	20	Descrição	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Valor total de gases medicinais	21	Total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero).
Valor total de medicamentos	22	Total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Obrigatório. Caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero).
Valor total de materiais	23	Total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

Legenda do Anexo de Outras Despesas

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

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Data da autorização	5	data de autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	9	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

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

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	4	senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com <u>emissão de senha.</u>
Registro ANVISA do material	21	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Código de referência do material no fabricante	22	Referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	23	Nº autorização de funcionamento	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Especificação do material solicitado	24	Especificação do material	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do <u>material solicitado.</u>
Observação / Justificativa	25	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	26	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade autorizada do material	19	quantidade autorizada	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	27	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Valor do unitário material autorizado	20	valor unitário autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes
Assinatura do responsável pela autorização	28	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso do beneficiário	9	Peso(kg)	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	10	Altura	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	11	Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	12	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	13	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	15	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	16	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	17	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	18	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	19	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	20	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	21	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	22	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	23	Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	24	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	25	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	26	Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	27	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	28	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para administração do tratamento	29	Data prevista para Administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	31	Código do medicamento	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	33	Doses	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	34	Via adm	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	35	Frequência	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cirurgia	36	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	37	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	38	Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	39	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação / Justificativa	40	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	41	Número de ciclos previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	42	Ciclo atual	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	43	Intervalo entre ciclos	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Data da solicitação	44	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do profissional solicitante	45	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	46	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Idade do beneficiário	9	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	10	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	12	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	13	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	14	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	15	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	16	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Terceiro diagnóstico	17	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	18	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	19	Diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio
Estadiamento do tumor	20	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	21	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	22	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	23	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações relevantes	24	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	25	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	26	Data de Realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	27	Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação da última quimioterapia	28	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista para realização do procedimento	29	Data prevista	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento solicitado	31	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Quantidade do procedimento solicitado	33	Qtde	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	34	Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	35	Dose por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	36	Dose total	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	37	Número de dias	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	38	Data revista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	39	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	40	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do profissional solicitante	41	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	42	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	2	Nº	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	4	CNPJ Operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	5	Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	8	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	9	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	10	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do protocolo da cobrança	11	Data do protocolo	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	12	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.
Status do protocolo	13	Código da situação do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	14	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	15	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	16	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a guia referida.
Nome do beneficiário	17	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	18	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do início do faturamento	19	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do início do faturamento	20	Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Data do fim do faturamento	21	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do fim do faturamento	22	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Código da glosa da guia	23	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da guia.
Status da guia	24	Código da situação da guia	String	1		Código do status da guia, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Data de realização	25	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório. Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	26	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	27	Código do procedimento / item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	28	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo
Grau de participação do profissional	29	Grau de participação	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.
Valor Informado do procedimento ou item assistencial	30	Valor informado	Númerico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo
Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	31	Qtde executada	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado do procedimento ou item assistencial	32	Valor processado	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	33	Valor liberado	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor glosa do procedimento ou item assistencial	34	Valor glosa	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Código da glosa do procedimento	35	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor informado da guia	36	Valor informado da guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado da guia	37	Valor processado da guia	Numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.
Valor liberado da guia	38	Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia.	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	39	Valor glosa da guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Valor informado do protocolo	40	Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote.	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	41	Valor processado do protocolo	Numérico	8,2		Valor do protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor liberado do protocolo	42	Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	43	Valor glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado do protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.
Valor informado geral	44	Valor informado geral	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo	Obrigatório.
Valor processado geral	45	Valor processado geral	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor liberado geral	46	Valor liberado geral	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor geral da glosa	47	Valor glosa geral	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado nos protocolos ou guias apresentados no demonstrativo.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia de recurso de glosas no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	4	Objeto do recurso	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	5	Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	8	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	9	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	10	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	11	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1
Resposta ao recurso do protocolo	12	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia no prestador	13	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2.
Número da guia atribuído pela operadora	14	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2 e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	15	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Código da glosa da guia	16	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	17	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Resposta ao recurso da guia	18	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data inicial do período ou data de realização	19	Data inicial/ data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Data final do período	20	Data final do período	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	21	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	22	Código do procedimento / item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	23	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Grau de participação do profissional	24	Grau de participação	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa do procedimento	25	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor recusado	26	Valor recusado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	27	Justificativa do Prestador	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor acatado	28	Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recusado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	29	Justificativa da Operadora	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recusado	30	Valor total recusado	Numérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Valor total acatado	31	Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.
Data do recurso de glosa	32	Data do recurso	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do contratado	33	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da operadora	34	Data da assinatura da Operadora	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.
Assinatura da operadora	35	Assinatura da Operadora				Assinatura da operadora.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	2	Nº	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	4	CNPJ Operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão do demonstrativo	5	Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	8	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do pagamento ao prestador	9	Data do pagamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Forma de pagamento ao prestador	10	Forma de Pagamento	String	1		Código da forma como será efetuado o pagamento dos serviços ao prestador, conforme tabela de domínio nº 34.	Obrigatório.
Banco de pagamento	11	Banco	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	12	Agência	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta bancária	13	Conta	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Data do protocolo da cobrança	14	Data do protocolo	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Número do protocolo	15	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	16	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	17	Valor Informado	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	18	Valor Processado	Numérico	8,2		Valor do lote/protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor liberado do protocolo	19	Valor Liberado	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da glosa do protocolo	20	Valor da Glosa	Numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado na data de pagamento.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

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

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

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

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total processado do demonstrativo	33	Valor total processado	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor total liberado do demonstrativo	34	Valor Total Liberado	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor total da glosa do demonstrativo	35	Valor Total Glosa	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Indicação de débito ou crédito geral	36	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Código do débito ou crédito	37	Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Descrição de débitos ou créditos	38	Descrição do Débito/Crédito	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor dos débitos e créditos	39	Valor	Numérico	6,2		Valor dos débitos ou créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Valor total de demais débitos do demonstrativo	40	Valor Total de Demais Débitos	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total de demais créditos do demonstrativo	41	Valor Total de Demais Créditos	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor final a receber do demonstrativo	42	Valor Final a Receber	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem o demonstrativo.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	43	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicional. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	8	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do plano de saúde do beneficiário	9	Plano	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme	Obrigatório.
Empresa	10	Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Data de validade da carteira	11	Validade da Carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido se a carteira do beneficiário tiver data de validade.
Cartão Nacional de Saúde	12	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Nome do beneficiário	13	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Telefone do beneficiário	14	Telefone	String	11		Número do telefone do beneficiário	Obrigatório.
Nome do titular do plano	15	Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.
Indicador de atendimento ao recém-nato	16	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	17	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Número no CRO do solicitante	18	Número no CRO	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
UF do conselho do profissional solicitante	19	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	20	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código do contratado executante na operadora	21	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	22	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número no CRO do contratado executante	23	Número no CRO	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do prestador contratado executante	24	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	25	Código CNES	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999.
Nome do profissional executante	26	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Número no CRO do profissional executante	27	Número no CRO	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
UF do conselho do profissional executante	28	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	29	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento solicitado	31	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Identificação do dente ou região da boca	33	Dente/Região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Identificação da face do dente	34	Face	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos	35	Qtde	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.
Quantidade de unidades de serviço	36	Qtde US	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	37	Valor	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor da franquia do procedimento	38	Franquia	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Indicador de autorização	39	Aut	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento
Código do motivo de negativa	40	Cod. Negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Data de realização	41	Data de Realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Assinatura do beneficiário ou responsável	42	Assinatura				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de término do tratamento	43	Data de Término do Tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
Tipo de atendimento em odontologia	44	Tipo de Atendimento	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de faturamento	45	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Total de unidades de serviços	46	Total Quantidade US	Numérico	8,2		Somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
Valor total de procedimentos	47	Valor Total	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total de franquia da guia	48	Valor total franquia guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Observação / Justificativa	49	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante	50	Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do cirurgião-dentista solicitante	51	Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				Assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	Obrigatório.
Data da assinatura do cirurgião-dentista	52	Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do cirurgião-dentista executante	53	Assinatura do Cirurgião-Dentista				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data da assinatura do beneficiário ou seu responsável	54	Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do beneficiário ou responsável	Obrigatório.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do beneficiário ou responsável	55	Assinatura do Beneficiário ou Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data do carimbo da empresa	56	Data do carimbo da Empresa	Date	8	DDMMAAAA	Data do carimbo identificador da empresa	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel caso haja exigência da empresa à qual pertence o beneficiário.

ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO SITUAÇÃO INICIAL

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

Logo da Empresa

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal de Tratamento Odontológico

4 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Nome

6 - Número da Carteira

Situação Inicial

Situação inicial																
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Situação inicial																

LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

8 - SITUAÇÃO INICIAL:
 A - Ausente
 E - Extração Indicada
 H - Hígido
 C - Cariado
 R - Restaurado

9 - Sinais clínicos de doença periodontal?

Sim Não

10 - Alteração dos tecidos moles?

Sim Não

11 - Observação / Justificativa

12 - Local e Data

13 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

16 - Local, Data e Carimbo da Empresa

14 - Local e Data

15 - Assinatura do Beneficiário / Responsável

Legenda do Anexo de Situação Inicial - Odontologia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal de tratamento odontológico	3	Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	4	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que identifica a guia no prestador.
Nome do beneficiário	5	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	6	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Identificação do dente	7	Dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Obrigatório.
Situação dentária inicial	8	Situação Dentária Inicial	String	1		Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Situação Inicial - Odontologia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Sinais clínicos de doença periodontal	9	Sinais Clínicos de Doença Periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Obrigatório.
Indicador de alteração dos tecidos moles	10	Alteração dos Tecidos Moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Obrigatório.
Observação / Justificativa	11	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Local e Data	12	Local e Data	Date	8	DDMMAAAA	Local e Data preenchido pelo profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.
Assinatura do cirurgião-dentista	13	Assinatura do Cirurgião-Dentista				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Local e Data	14	Local e Data	Date	8	DDMMAAAA	Local e data preenchido pelo Beneficiário ou responsável	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.
Assinatura do beneficiário ou responsável	15	Assinatura do Beneficiário/ Responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Local, Data e Carimbo da Empresa	16	Local, Data e Carimbo da Empresa	Date	8	DDMMAAAA	Local do atendimento, data e carimbo identificador da empresa contratante do plano coletivo	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel, quando se tratar de plano coletivo.

Logo da Operadora

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO - TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº 12345678901234567890

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

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

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

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

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

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

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

35-Observação / Justificativa

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

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

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

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

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

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

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

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

70 - Observação

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do demonstrativo	2	Nº	String	20		Número identificador do demonstrativo	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	4	CNPJ operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data inicial do período de processamento	5	Data de início do processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Data final do período de processamento	6	Data fim do processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	7	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	8	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
CPF / CNPJ Contratado	9	CPF / CNPJ Contratado	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do pagamento ao prestador	10	Data do pagamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Banco de pagamento	11	Banco	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência bancária	12	Agência	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta bancária	13	Conta	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Número do lote	14	Número do lote	String	12		Número do lote informado pelo prestador	Obrigatório.
Número do protocolo	15	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	16	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	17	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Indicação de recurso	18	Recurso	String	1		Indicador de recurso.	Obrigatório.
Nome do profissional executante	19	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	20	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	21	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	22	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	23	Código do procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	24	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Identificação do dente ou região da boca	25	Dente/Região	String	4		Identificação da denteção permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região da boca.
Identificação da face do dente	26	Face	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Data de realização	27	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Quantidade de procedimentos realizados	28	Qtde	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor informado do procedimento ou item assistencial	29	Valor informado	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório.
Valor processado do procedimento ou item assistencial	30	Valor processado	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado	Obrigatório.
Valor glosa/estorno do procedimento ou item assistencial	31	Valor glosa/estorno	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Valor da franquia do procedimento	32	Valor da franquia	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado do procedimento ou item assistencial	33	Valor liberado	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Código da glosa do procedimento	34	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Observação / Justificativa	35	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor informado da guia	36	Valor total informado guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor processado da guia	37	Valor total processado guia	Numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor da glosa da guia	38	Valor total glosa guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Quando não houver glosa na guia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total de franquia da guia	39	Valor total franquia guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado da guia	40	Valor total liberado guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor processado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Valor informado do protocolo	41	Valor total informado protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

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

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total processado por data de pagamento	47	Valor total processado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total glosa por data de pagamento	48	Valor total glosa por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia por data de pagamento	49	Valor total franquia por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total da franquia por data de pagamento correspondendo ao somatório do valor da franquia de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total liberado por data de pagamento	50	Valor total liberado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento	51	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do débito ou crédito por data de pagamento	52	Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Descrição de débitos ou créditos por data de pagamento	53	Descrição	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Valor dos débitos e créditos por data de pagamento	54	Valor	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Valor total dos demais débitos por data de pagamento	55	Valor total dos demais débitos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor total dos demais débitos por data de pagamento	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total dos demais créditos	56	Valor total dos demais créditos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor total dos demais créditos por data de pagamento	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor final a receber por data de pagamento	57	Valor final a receber por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor final a receber por data de pagamento	Obrigatório.
Valor total informado do demonstrativo	58	Valor total informado	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias.	Obrigatório.
Valor total processado do demonstrativo	59	Valor total processado	Numérico	8,2		Valor utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total glosa do demonstrativo	60	Valor total glosa	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia do demonstrativo	61	Valor total franquia	Numérico	8,2		Valor total da franquia, correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total liberado do demonstrativo	62	Valor total liberado	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador, correspondendo ao valor processado por data de pagamento menos o valor glosado.	Obrigatório.
Indicação de débito ou crédito geral	63	Indicação	String	1		Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Código do débito ou crédito	64	Código do débito/crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Descrição de débitos ou créditos	65	Descrição	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Valor dos débitos e créditos	66	Valor	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares à conta	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total dos demais débitos do demonstrativo	67	Valor total dos demais débitos	Numérico	6,2		Valor total dos demais débitos do demonstrativo	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0.00 (zero)
Valor total dos demais créditos do demonstrativo	68	Valor total dos demais créditos	Numérico	6,2		Valor total dos demais créditos do demonstrativo	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0.00 (zero)
Valor final a receber do demonstrativo	69	Valor final a receber	Numérico	6,2		Valor final a receber de demonstrativo	Obrigatório.
Observação / Justificativa	70	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.
Número da guia de recurso de glosas no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Objeto do recurso de glosa	4	Objeto do recurso	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	5	Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código do contratado executante na operadora	6	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	7	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	8	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	9	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	10	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	11	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Resposta ao recurso do protocolo	12	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	13	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de <u>apresentação de recurso para a</u>
Número da guia atribuído pela operadora	14	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador utilize mais de uma vez o mesmo número de guia no

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	15	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Nome do beneficiário	16	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Código da glosa da guia	17	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	18	Justificativa	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Resposta ao recurso da guia	19	Acatado	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Data de realização	20	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Identificação do dente ou região da boca	21	Dente/Região	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região da boca.
Identificação da face do dente	22	Face	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Quantidade de procedimentos realizados	23	Qtde	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	24	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	25	Código do procedimento / item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	26	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa do procedimento	27	Código da glosa	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor recusado	28	Valor recusado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	29	Justificativa do Prestador	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor acatado	30	Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recusado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	31	Justificativa da Operadora	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recusado	32	Valor total recusado	Numérico	8,2		Valor total apresentado de recurso	Obrigatório.
Valor total acatado	33	Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor da guia ou do procedimento recusado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Data do recurso de glosa	34	Data do recurso	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do contratado	35	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da operadora	36	Data da assinatura da Operadora	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.
Assinatura da operadora	37	Assinatura da Operadora				Assinatura da operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Comprovante Presencial

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	3	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	4	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	5	Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	6	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do executante	7	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	8	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Comprovante Presencial

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional executante	9	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	10	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data de realização	11	Data do atendimento				Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	12	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	13	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da guia principal	14	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	15	Assinatura				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data da assinatura do prestador contratado	16	Data de Assinatura do Contratado	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	17	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.



Ministério da
Saúde



Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro-RJ 20021-040

www.ans.gov.br
Disque-ANS: 0800 701-9656