

TISS Manual de Instruções

Troca de Informação em Saúde Suplementar



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	03
2. ORIENTAÇÕES GERAIS	04
2.1 Entrega de guias	04
2.2 Numeração de guias Pacotes	04
2.3 Autorização e cobrança	04
3. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	05
3.1 Modelo do cartão de identificação do beneficiário Hapvida	05
3.2 Legenda do cartão de identificação do beneficiário Hapvida	05
4. FORMULÁRIOS	06
4.1 Capa de Processo	06
4.1.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	06
4.1.2 Modelo da Capa de Processo	06
4.2 Guia de Consulta	07
4.2.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	07
4.2.2 Modelo da Guia de Consulta	07
4.2.3 Legenda de preenchimento da Guia de Consulta	08
4.3 Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SP/SADT	11
4.3.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	11
4.3.2 Modelo da Guia de SP/SADT (Frente e Verso)	12
4.3.3 Legenda de preenchimento da Guia de SP/SADT	13
4.4 Guia de Solicitação de Internação	20
4.4.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	20
4.4.2 Modelo da Guia de Solicitação de Internação (Frente e Verso)	20
4.4.3 Legenda de preenchimento da Guia de Solicitação de Internação	22
4.5 Guia de Resumo de Internação	26
4.5.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	26
4.5.2 Modelo da Guia de Resumo de Internação (Frente e Verso)	26
4.5.3 Legenda de preenchimento da Guia de Resumo de Internação	28
4.6 Guia de Honorário Individual	34
4.6.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	34
4.6.2 Modelo da Guia de Honorário Individual	34
4.6.3 Legenda de preenchimento da Guia de Honorário Individual	35
4.7 Guia de Outras Despesas	38
4.7.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	38
4.7.2 Modelo da Guia de Outras Despesas	38
4.7.3 Legenda de preenchimento da Guia de Outras Despesas	39

1. INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Resolução Normativa nº. 114, de 26 de outubro de 2005, estabeleceu um padrão obrigatório de Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

O objetivo desse padrão é conhecer o perfil da população assistida pela saúde suplementar, a partir da avaliação da assistência à saúde (caráter clínico, epidemiológico ou administrativo), e contribuir para o planejamento do setor.

O padrão TISS, obrigatório para todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços, é dividido em quatro partes: Conteúdo e Estrutura; Representação de Conceitos em Saúde; Segurança e Comunicação.

O padrão de conteúdo e estrutura e o de representação de conceitos em saúde devem ser implantados até 31 de maio de 2007, exceto para os prestadores de odontologia, enquanto o padrão de segurança e o de comunicação será implantado de forma gradual, de acordo com os prazos estabelecidos pela ANS.

A Hapvida acredita que a padronização das informações beneficiará a todos os atores envolvidos nesse processo: ANS, Operadoras e Prestadores de Serviços. Dessa forma, para facilitar o processo operacional de seus prestadores para que a implantação ocorra da melhor forma possível, elaborou este manual contendo as principais orientações sobre a TISS.

Recomendamos observar as orientações descritas neste manual, principalmente no que se refere ao preenchimento dos campos obrigatórios das guias, pois evitará eventuais dificuldades no processo de autorização e/ou pagamento das contas.

Contamos com o seu apoio na implantação do padrão TISS e colocamo-nos a disposição para mais esclarecimentos através da nossa Central de Atendimento nos telefones 4002 3633 ou 0300 313 3633.

2. ORIENTAÇÕES GERAIS

2.1. Entrega de Guias

A entrega de guias padrão TISS obedecerá à mesma regra adotada para as guias antigas, observando o calendário já acordado com a Hapvida.

Ressaltamos que os prestadores que encaminharem as cobranças de forma eletrônica não estão dispensados da entrega de guias impressas e dos demais documentos referentes aos atendimentos prestados.

2.2. Numeração de Guias

O padrão TISS prevê duas numerações para as guias: a do prestador e a da operadora.

Dessa forma, o prestador poderá utilizar numeração própria para as suas guias. Porém, o **número da Guia Principal** a ser informado na Guia de SP/SADT (campo 3) e o número da **Guia de Solicitação** requerido nas guias de Resumo de Internação e Honorário Individual (ambas no campo 3) **deverá ser preenchido, exclusivamente, com o número fornecido pela Hapvida no momento da autorização.** Vide orientações nas legendas de preenchimento das referidas guias, neste manual.

A numeração da Hapvida será disponibilizada da seguinte forma:

- Nos arquivos de retorno das solicitações eletrônicas de procedimentos;
- Nas autorizações manuais de procedimentos, retornadas por papel ou telefone, para os prestadores que não estão obrigados à comunicação eletrônica.

A numeração impressa nos formulários padrão TISS emitidos pela Hapvida (gráfica e/ou site), para os prestadores que não utilizam guia própria, será considerada como numeração do prestador.

2.3. PACOTES – Autorização e Cobrança

Orientamos que, para toda e qualquer solicitação de autorização e faturamento de procedimentos negociados com a Hapvida sob a forma de pacote, deverá ser informado no campo Tabela das guias TISS o código 98 - Tabela Própria de Pacotes (conforme tabela de domínio).

3. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Objetivando facilitar o preenchimento de alguns campos das guias apresentamos os dados constantes em nosso Cartão de Identificação.

3.1. Modelo de cartão de Identificação do Beneficiário Hapvida.



3.2. Legenda do Cartão de Identificação do Beneficiário Hapvida.

ITENS	DESCRIÇÃO
1	Nome do plano contratado pelo beneficiário.
2	Número do cartão de identificação do beneficiário.
3	Nome do beneficiário.
4	Período de validade do cartão de identificação do beneficiário.
5	Número do registro da Hapvida na ANS.

4. FORMULÁRIOS

4.1. Capa de Processo

4.1.1. Definição e finalidade de utilização do formulário

A Capa de Processo é um formulário criado pela Hapvida que tem a finalidade de protocolar a entrega de guias. Ele deve ser utilizado para entrega de todas as guias.

4.1.2. Modelo da Capa de Processo

TIPO DE DOCUMENTO		QTDE. PROCDS.	QTDE. DOCS.	VALOR CORRESP.
- REGISTRO DE CONSULTA				R\$
- GUIAS DE EXAMES				R\$
- GUIAS DE FISIOT./NEBULIZAÇÃO				R\$
- GUIAS DE PEQ. ATEND.				R\$
- GUIAS DE INTERNAÇÃO				R\$
- OUTROS				R\$
VALOR TOTAL				R\$
VALOR POR EXTENSO (.....				

CONTRIBUINTE DO INSS COMO PRESTADOR AUTÔNOMO?		NO CASO AFIRMATIVO	
() SIM	() NÃO	- INFORMAR VALOR BASE DO CÁLCULO DA CONTRIBUIÇÃO R\$	
		- ANEXAR COMPROVANTE, AUTENTICAÇÃO DO ÚLTIMO PAGAMENTO:	

BANCO:	AGÊNCIA	Nº CONTA CORRENTE	ALTERAÇÃO
			() SIM () NÃO

CREDENCIADO ASSINATURA COM CARIMBO	DATA	HAPVIDA ASSINATURA COM CARIMBO	DATA RECEB.	VISTO ANALISTA
---------------------------------------	------	-----------------------------------	-------------	----------------

MATRIZ: Fortaleza-CE (85) 255.9090 - Fax: 255.9045 - DDG 0800-993633 e-mail: hapvida@bm.net - FILIAIS: Natal-RN (84) 211.9299 - Juazeiro do Norte-CE (88) 512.1515 - Belém-PA (91) 242.0026 - Mossoró-RN (84) 316.1170
Teresina-PI (86) 221.2144 - São Luiz-MA (98) 221.0904 - Campina Grande-PB (83) 321.9200 - João Pessoa-PB (83) 225.2570 - Feira de Santana-BA (75) 623.5970 - Salvador-BA (71) 321.2503 - Maceió-AL (82) 327.4900 - Manaus-AM (92) 236.9517

4.2. Guia de Consulta

4.2.1. Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Consulta tem a finalidade de ser utilizada exclusivamente na execução de consultas eletivas sem nenhum procedimento associado.

Consultas de referência, urgência/emergência, domiciliar, ou consultas eletivas realizadas juntamente com outro procedimento deverão ser cobradas através da guia SP/SADT.

4.2.2. Modelo da Guia de Consulta

Hapvida		GUIA DE CONSULTA		2- Nº 10000154	
1 - Registro ANS ANS nº 36825-3		3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____			
DADOS DO BENEFICIÁRIO					
4 - Número da Carteira ____		5 - Plano ____		6 - Validação da Carteira ____/____/____	
7 - Nome ____				8 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____	
DADOS DO CONTRATADO					
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____		10 - Nome do Contratado ____		11 - Código CNEB ____	
12 - T.Log. ____	13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento ____		16 - Município ____	17 - UF ____	18 - Código IBGE ____
20 - Nome do Profissional Elocutante ____		21 - Conselho Profissional ____	22 - Número no Conselho ____	23 - UF ____	24 - Código CBO S ____
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS					
25 - Tipo de Doença ____ A - Aguda C - Crônica		26 - Tempo de Doença ____ A - Anos M - Meses D - Dias		27 - Indicação de Acidente ____ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
28 - CID 10 Principal ____	29 - CID 10 (2) ____	30 - CID 10 (3) ____	31 - CID 10 (4) ____		
DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO					
32 - Data do Atendimento ____/____/____		33 - Código da Tabela ____		34 - Código do Procedimento ____	
35 - Tipo de Consulta ____ 1 - Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-Natal		36 - Tipo de Saída ____ 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta			
37 - Observação ____					
38 - Data e Assinatura do Médico ____			39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____		
ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR: 1. O prazo de entrega de guias para cobrança é de até 90 (noventa) dias após a data do atendimento. 2. O prazo para solicitação de revisão de pagamento é de até 30 (trinta) dias após a data do pagamento.					

4.2.3. Legenda de preenchimento da Guia de Consulta

Nº. DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRIÇÃO / ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número do registro da Hapvida na ANS.	OBRIGATÓRIO
2	Nº. da Guia	Informar o número da guia.	OBRIGATÓRIO
3	Data de Emissão da Guia	Informar a data de preenchimento do formulário.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
4	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
5	Plano	Informar o nome do plano do beneficiário atendido. Vide orientações no item Identificação do Beneficiário.	OBRIGATÓRIO
6	Validade da Carteira	Informar a validade da carteira do beneficiário.	OPCIONAL
7	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATORIO
8	Número do Cartão Nacional de Saúde	Informar o número do CNS – Cartão Nacional de Saúde do beneficiário atendido.	OPCIONAL
DADOS DO CONTRATADO			
9	Código na Operadora / CNPJ / CPF	Informar o CNPJ (caso Pessoa Jurídica) ou CPF (caso Pessoa Física) do prestador contratado. Exemplos: Contratado como Pessoa Física – Informar o CPF; Membro de Cooperativas (cooperados) – Informar o CNPJ da cooperativa contratada da qual o executante faz parte; Membro de Corpo Clínico – Informar o CNPJ do hospital ou da clínica contratada à qual o executante do serviço está vinculado.	OBRIGATÓRIO
10	Nome do Contratado	Informar a razão social (caso Pessoa Jurídica) ou nome (caso Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
11	Código CNES	Informar o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do prestador contratado, registrado nos campos 9 e 10.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 9 e 10 for hospital.
12	T. Log.	Informar o tipo de logradouro correspondente ao endereço do prestador contratado, conforme a tabela de domínio TIPO DE LOGRADOURO. Exemplos: Código 008 – para avenida; Código 081 – para rua.	OPCIONAL
13-14-15	Logradouro – Número - Complemento	Informar o nome completo do logradouro, número e complemento correspondentes ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
16	Município	Informar o município correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
17	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
18	Código IBGE	Informar o código do IBGE do município correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
19	CEP	Informar o CEP correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
20	Nome do Profissional Executante	Informar o nome do profissional executante.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 9 e 10 for Pessoa Jurídica.

21	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional executante, conforme a tabela de domínio CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: • Médicos – informar o código CRM .	OBRIGATÓRIO
22	Número do Conselho	Informar o número do conselho profissional do executante.	OBRIGATÓRIO
23	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional executante.	OBRIGATÓRIO
24	Código CBO S	Informar o Código Brasileiro de Ocupação em Saúde correspondente a especialidade da consulta realizada, conforme a tabela de domínio CBO-S (ESPECIALIDADES).	OPCIONAL
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS			
25	Tipo de Doença	Informar o tipo de doença registrando uma das opções: • A – para tipo de doença Aguda; • C – para tipo de doença Crônica.	OPCIONAL
26	Tempo de Doença	Informar o tempo da doença referido pelo paciente. Preencher os dois primeiros campos com a quantidade (tempo) e o terceiro campo com o indicador de A (ano), M (mês) ou D(dia), conforme exemplos abaixo: • Se 2 anos – informar: 02 – A; • Se 1 ano e 6 meses – informar: 18 – M; • Se 15 dias – informar: 15 – D.	OPCIONAL
27	Indicação de Acidente	Quando o motivador da consulta for um tipo de acidente, preencher o campo com uma das opções: • 0 - para acidente ou doença relacionada ao trabalho; • 1 – para acidente de trânsito; • 2 – para qualquer outro tipo de acidente que não seja relacionado ao trabalho ou trânsito.	OBRIGATÓRIO quando o atendimento for decorrente de acidente.
28	CID 10 Principal	Informar o Código Internacional de Doença – CID 10 do diagnóstico principal.	OPCIONAL
29	CID 10 (2)	Informar o CID10 referente ao segundo diagnóstico.	OPCIONAL
30	CID 10 (3)	Informar o CID10 referente ao terceiro diagnóstico.	OPCIONAL
31	CID 10 (4)	Informar o CID 10 referente ao quarto diagnóstico	OPCIONAL
DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO			
32	Data do Atendimento	Informar a data de realização da consulta.	OBRIGATÓRIO
33	Código da Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente a consulta realizada, conforme a tabela de domínio TABELAS. Exemplos: • Código 02 – Lista de Procedimentos Médicos AMB 92 – quando a tabela negociada com a Hapvida for a THM / AMB 92; • Código 06 – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – quando a tabela negociada com a Hapvida for a CBHPM	OBRIGATÓRIO
34	Código de Procedimento	Informar o código correspondente à consulta realizada de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO

35	Tipo de Consulta	Informar qual o tipo de consulta registrando uma das opções: • 1 – Primeira Consulta; • 2 – Seguimento; • 3 – Pré-Natal.	OBRIGATÓRIO
36	Tipo de Saída	Informar o tipo de saída registrando uma das opções: • 1 – Retorno - quando houver indicação de retorno para continuidade do tratamento; • 2 – Retorno SADT - quando houver indicação para realizar exame ou tratamento e retorno para continuidade do tratamento; • 3 – Referência - quando houver indicação para outro profissional da mesma especialidade ou não, para dar continuidade ao tratamento; • 4 – Internação - quando houver indicação de internação para continuidade do tratamento; • 5 – Alta - paciente com alta, sem necessidade de dar continuidade ao tratamento.	OBRIGATÓRIO
37	Observação	Registrar outras informações inerentes ao atendimento realizado, caso seja necessário.	OPCIONAL
ASSINATURAS / CONFIRMAÇÕES DOS SERVIÇOS PRESTADOS			
38	Data e Assinatura do Médico	Registrar data e assinatura do prestador executante.	OBRIGATÓRIO
39	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Registrar data e assinatura do beneficiário atendido ou de seu responsável.	OBRIGATÓRIO

4.3. GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT

4.3.1. Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de SP/SADT deve ser utilizada no atendimento de diversos tipos de eventos (em regime ambulatorial, domiciliar ou internado): remoção, pequena cirurgia, terapias, exames, atendimento domiciliar, SADT internado, quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS), bem como para as consultas de: referência, urgência /emergência, eletiva com procedimento agregado (Ex. Consulta + Eletrocardiograma).

Esta guia compreende os processos de solicitação, autorização, desde que necessária, e faturamento dos procedimentos, conforme discriminados a seguir:

SOLICITAÇÃO:

- Utilizar o formulário para **solicitar todo e qualquer tipo de serviço** em regime de internação, ambulatorial ou domiciliar, **exceto para a solicitação da internação e prorrogação de diárias;**
- Consulta de referência (consulta realizada por indicação de outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento);
- Intercorrências e honorários necessários durante a internação do paciente. Ressaltamos que a cobrança dos honorários de pacientes internados, solicitados e/ou autorizados através da guia de SP/SADT deverão ser cobradas através da Guia de Honorário Individual ou da Guia de Resumo de Internação (quando o hospital for responsável pelo faturamento);
- Quando houver necessidade de solicitar mais de 5 (cinco) procedimentos/serviços distintos, preencher outra guia de SP/SADT.

FRENTE DO FORMULÁRIO

VERSO DO FORMULÁRIO

OPM SOLICITADO(S)					
72 - Tabela	73 - Código do OPM	74 - Descrição do OPM	75 - Qto.	76 - Fabricante	77 - Valor Unitário - R\$
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					

OPM UTILIZADOS						
78 - Tabela	79 - Código do OPM	80 - Descrição do OPM	81 - Qto.	82 - Código de Barras	83 - Valor Unitário - R\$	84 - Valor Total - R\$
1 -						
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
6 -						
7 -						
8 -						
9 -						

ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR:	
1 - O prazo de entrega de guias para cobrança é de até 90 (noventa) dias após a data do atendimento;	
2 - O prazo para solicitação de extrato de pagamento é de até 30 (trinta) dias após a data do pagamento;	

Nº 1000016

4.3.3. Legenda de preenchimento da Guia de SP/SADT

Nº. DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRIÇÃO / ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número do registro da Hapvida na ANS.	OBRIGATÓRIO
2	Nº. da Guia	Informar o número da guia.	OBRIGATÓRIO
3	Nº. Guia Principal	Informar o número da guia principal fornecido pela Hapvida, conforme orientações abaixo: NA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO: - Se o paciente estiver internado (em hospital ou domicílio) informar o número da Guia de Solicitação de Internação gerado pela Hapvida por ocasião da autorização da internação. - Se o paciente é ambulatorial o número será fornecido pela Hapvida na resposta da autorização.	OBRIGATÓRIO quando o serviço for realizado para paciente internado ou quando o serviço for autorizado.
4	Data da Autorização	Informar a data da autorização do procedimento.	OPCIONAL
5	Senha	Informar o número da senha do procedimento autorizado.	OBRIGATÓRIO quando o procedimento for autorizado.
6	Data de Validade da Senha	Informar a data de validade da senha.	OPCIONAL
7	Data de Emissão da Guia	Informar a data de preenchimento do formulário.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
8	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
9	Plano	Informar o nome do plano do beneficiário atendido. Vide orientações no item Identificação do Beneficiário.	OBRIGATÓRIO
10	Validade da Carteira	Informar a validade da carteira do beneficiário.	OPCIONAL
11	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATORIO
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Informar o número do CNS – Cartão Nacional de Saúde do beneficiário atendido.	OPCIONAL
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE			
13	Código na Operadora / CNPJ / CPF	Informar o CNPJ (caso Pessoa Jurídica) ou CPF (caso Pessoa Física) do contratado solicitante. Exemplos: Contratado como Pessoa Física – Informar o CPJ; Membro de Cooperativas (cooperados) – Informar o CNPJ da cooperativa contratada da qual o solicitante faz parte; Membro de Corpo Clínico – Informar o CNPJ do hospital ou da clínica contratada à qual o solicitante do serviço está vinculado.	OBRIGATÓRIO
14	Nome do Contratado	Informar a razão social (caso Pessoa Jurídica) ou nome (caso Pessoa Física) do solicitante do serviço.	OBRIGATÓRIO
15	Código CNES	Informar o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do prestador, registrado nos campos 13 E 14.	OPCIONAL
16	Nome do Profissional Solicitante	Informar o nome do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO quando o prestador informado nos campos 13 e 14 for Pessoa Jurídica.
17	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional solicitante, conforme a tabela de domínio CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: Médicos – informar o código CRM.	OBRIGATÓRIO

18	Número do Conselho	Informar o número do conselho profissional do solicitante.	OBRIGATÓRIO
19	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
20	Código CBO S	Informar o Código Brasileiro de Ocupação em Saúde correspondente a especialidade do médico solicitante, conforme a tabela de domínio CBO-S (ESPECILIADEDES).	OPCIONAL
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS			
21	Data/Hora da Solicitação	Informar a data e hora da solicitação do serviço.	OPCIONAL
22	Caráter da Solicitação	Informar o caráter da solicitação registrando uma das opções: E – para Eletiva; U – para Urgência/Emergência	OBRIGATÓRIO
23	CID 10	Informar o Código Internacional de Doença – CID 10 correspondente à patologia que motivou a solicitação do procedimento.	OBRIGATÓRIO para procedimentos cirúrgicos, terapias e/ou procedimentos em série.
24	Indicação Clínica	Informar a justificativa/motivo para a solicitação do procedimento.	OBRIGATÓRIO
25	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao procedimento solicitado, conforme a tabela de domínio TABELAS. Exemplos: Código 02 – Lista de Procedimentos Médicos AMB 92 – quando a tabela negociada com a Hapvida for a THM / AMB 92; Código 06 – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – quando a tabela negociada com a Hapvida for a CBHPM; Código 98 – Tabela Própria de Pacotes – quando o serviço solicitado for negociado com a Hapvida sob forma de pacote.	OBRIGATÓRIO
26	Código do Procedimento	Informar o código do procedimento solicitado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO
27	Descrição	Informar a descrição do procedimento solicitado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO
28	Qtde. Solic.	Informar a quantidade do procedimento solicitado.	OBRIGATÓRIO
29	Qtde. Autor.	Informar a quantidade autorizada pela Hapvida para o procedimento solicitado.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
30	Código na Operadora / CNPJ / CPF	Informar o CNPJ (caso Pessoa Jurídica) ou CPF (caso Pessoa Física) do prestador contratado. Exemplos: Contratado como Pessoa Física – Informar o CPF; Membro de Cooperativas (cooperados) – Informar o CNPJ da cooperativa contratada da qual o executante faz parte; Membro de Corpo Clínico – Informar o CNPJ do hospital ou da clínica contratada à qual o executante do serviço está vinculado.	OBRIGATÓRIO
31	Nome do Contratado	Informar a razão social (caso Pessoa Jurídica) ou nome (caso Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
32	T. Log.	Informar o tipo de logradouro correspondente ao endereço do prestador contratado, conforme a tabela de domínio TIPO DE LOGRADOURO. Exemplos: Código 008 – para avenida; Código 081 – para rua.	OPCIONAL

33-34-35	Logradouro – Número - Complemento	Informar o nome completo do logradouro, número e complemento correspondentes ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
36	Município	Informar o município correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
37	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
38	Código IBGE	Informar o código do IBGE do município correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
39	CEP	Informar o CEP correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
40	Código CNES	Informar o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do prestador contratado, registrado nos campos 30 e 31.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 30 e 31 for hospital.
40 a	Código na Operadora/CNPJ / CPF do Exec. Complementar	Informar o CPF do profissional executante.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 30 e 31 for Pessoa Jurídica e que este não seja executante do serviço.
41	Nome do Profissional Executante / Complementar	Informar o nome do profissional executante.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 30 e 31 for Pessoa Jurídica e que este não seja executante do serviço.
42	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional executante, conforme a tabela de domínio. CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplos: CRM - médicos; CREFITO – fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 30 e 31 for Pessoa Física ou quando os campos 40a e 41 forem preenchidos.
43	Número no Conselho	Informar o número do conselho profissional do executante.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 30 e 31 for Pessoa Física ou quando os campos 40a e 41 forem preenchidos.
44	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional executante.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 30 e 31 for Pessoa Física ou quando os campos 40a e 41 forem preenchidos.
45	Código CBO S	Informar o Código Brasileiro de Ocupação em Saúde correspondente a especialidade do profissional executante, conforme a tabela de domínio CBO-S (ESPECILIDADES).	OPCIONAL
DADOS DO ATENDIMENTO			
45 a	Grau de Participação	Informar o código correspondente ao grau de participação do profissional na equipe médica executante do procedimento realizado, conforme a tabela de domínio GRAU DE PARTICIPAÇÃO. Exemplos: Cirurgião – informar o código 00 ; Pediatra na sala de parto – informa o código 10 ; Plantão de UTI – informar o código 13 ;	OBRIGATÓRIO quando houver procedimentos em equipe.

		Visita médica – informar o código 12 ; Fisio/Fono/Psico/TO – não preencher o campo.	
46	Tipo de Atendimento	Informar o tipo de atendimento realizado registrando uma das opções: 01 – Remoção; 02 – Pequena Cirurgia; 03 – Terapias; 04 – Consulta; 05 – Exame; 06 – Atendimento Domiciliar; 07 – SADT Internado; 08 – Quimioterapia; 09 – Radioterapia; 10 – TRS-Terapia Renal Substitutiva Quando houver necessidade de marcar mais de uma opção, nos atendimentos ambulatoriais, registrar a principal, ou seja, a que originou as demais. Exemplo: Consulta + Exames – marcar a opção 04 – Consulta.	OBRIGATÓRIO
47	Indicação de Acidente	Quando o motivador da consulta for um tipo de acidente, preencher o campo com uma das opções: 0 – para acidente ou doença relacionada ao trabalho; 1 – para acidente de trânsito; 2 – para qualquer outro tipo de acidente que não seja relacionado ao trabalho ou trânsito.	OBRIGATÓRIO quando o atendimento for decorrente de acidente.
48	Tipo de Saída	Informar o tipo de saída registrando uma das opções: 1 – Retorno - quando houver indicação de retorno para continuidade do tratamento; 2 – Retorno SADT - quando houver indicação para realizar exame ou tratamento e retorno para continuidade do tratamento; 3 – Referência - Quando houver indicação para outro profissional de mesma especialidade ou não, para dar continuidade ao tratamento; 4 – Internação - quando houver indicação de internação para continuidade do tratamento; 5 – Alta - paciente com alta, sem necessidade de dar continuidade ao tratamento; 6 – Óbito - quando o paciente for a óbito.	OBRIGATÓRIO
CONSULTA DE REFERÊNCIA			
49	Tipo de Doença	Informar o tipo de doença registrando uma das opções: A – para tipo de doença Aguda; C – para tipo de doença Crônica.	OPCIONAL
50	Tempo de Doença	Informar o tempo da doença referido pelo paciente. Preencher os dois primeiros campos com a quantidade (tempo) e o terceiro campo com o indicador de A (ano), M (mês) ou D(dia), conforme exemplos abaixo: Se 2 anos – informar: 02 – A; Se 1 ano e 6 meses – informar: 18 – M; Se 15 dias – informar: 15 – D.	OPCIONAL
PROCEDIMENTOS E EXAMES EM SÉRIE			
51	Data	Informar a data de realização do Procedimento.	OBRIGATÓRIO
52	Hora Inicial	Informar a hora inicial da realização do procedimento.	OBRIGATÓRIO quando o procedimento cobrado for cirúrgico.
53	Hora Final	Informar a hora final da realização do	OBRIGATÓRIO

		procedimento.	quando o procedimento cobrado for cirúrgico.
54	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao procedimento realizado, conforme a tabela de domínio TABELAS. Exemplos: Código 02 – Lista de Procedimentos Médicos AMB 92 – quando a tabela negociada com a Hapvida for a THM / AMB 92; Código 06 – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – quando a tabela negociada com a Hapvida for a CBHPM; Código 98 – Tabela Própria de Pacotes – quando o serviço solicitado for negociado com a Hapvida sob forma de pacote.	OBRIGATÓRIO
55	Código do Procedimento	Informar o código do procedimento realizado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO
56	Descrição	Informar a descrição do procedimento realizado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO
57	Qtde.	Informar a quantidade do procedimento realizado.	OBRIGATÓRIO
58	Via	Em caso de procedimento cirúrgico informar a via de acesso utilizada, registrando uma das opções: U – para via ÚNICA; M – para MESMA VIA; D – para DIFERENTES VIAS.	OPCIONAL
59	Téc.	Informar a técnica utilizada registrando uma das opções: C – para técnica CONVENCIONAL; V – para técnica de VIDEOLAPAROSCOPIA.	OPCIONAL
60	% Red/Acréscimo	Informar o valor percentual referente à redução ou acréscimo a ser considerado. Exemplos: Para acréscimo de 30% (trinta por cento) - informar 1,30; Para redução de 30% (trinta por cento) - informar 0,70; Cirurgia pela mesma via de acesso (50% - cinquenta por cento) - informar 0,50; Cirurgia por via de acesso diferente (70% - setenta por cento) - informar 0,70.	OPCIONAL
61	Valor Unitário – R\$	Informar o valor unitário do procedimento realizado.	OPCIONAL
62	Valor Total – R\$	Informar o valor total do procedimento, multiplicando a quantidade realizada (campo 57) pelo valor unitário (campo 61).	OBRIGATÓRIO
63	Data e Assinatura de Procedimento em Série	Registrar a data da realização de cada procedimento em série cobrado e a assinatura do beneficiário atendido ou de seu responsável. As especificações do procedimento cobrado deverão ser registradas nos campos 51 a 62.	OBRIGATÓRIO quando for realizado procedimento em série.
64	Observação	Registrar outras informações inerentes atendimento realizado, caso seja necessário.	OPCIONAL
65	Total de Procedimentos – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos Procedimentos e Exames Realizados.	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de procedimento e/ou exame.
66	Total de Taxas e Aluguéis – R\$	Informar o somatório dos valores totais das taxas e aluguéis. OBSERVAÇÃO: As taxas e aluguéis poderão ser faturados através deste formulário (campos 51 ao 62) ou da Guia de Outras	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de taxas e aluguéis.

		Despesas. A Guia de Outras Despesas, caso seja utilizada, deverá ser anexada a esta guia.	
67	Total de Materiais – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos materiais. OBSERVAÇÃO: Os materiais deverão ser faturados na Guia de Outras Despesas. A Guia de Outras Despesas, caso seja utilizada, deverá ser anexada a esta guia.	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de materiais.
68	Total de Medicamentos – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos medicamentos. OBSERVAÇÃO: Os medicamentos deverão ser faturados na Guia de Outras Despesas. A Guia de Outras Despesas, caso seja utilizada, deverá ser anexada a esta guia.	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de medicamentos.
69	Total de Diárias – R\$	Existindo a necessidade de cobrança de diárias o faturamento da conta deverá ser realizado através da Guia de Resumo de Internação.	
70	Total de Gases Medicinais – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos gases medicinais. OBSERVAÇÃO: Os gases poderão ser faturados através deste formulário (campos 45 ao 56) ou da Guia de Outras Despesas. A Guia de Outras Despesas, caso seja utilizada, deverá ser anexada a esta guia.	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de gases medicinais.
71	Total Geral da Guia – R\$	Informar o somatório dos campos 65 ao 70 acrescido do total geral dos OPM (campo 85).	OBRIGATÓRIO
OPM SOLICITADOS			
72	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao OPM solicitado, conforme a tabela de domínio TABELAS.	OPCIONAL
73	Código do OPM	Informar o código do OPM solicitado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO quando for solicitado OPM.
74	Descrição do OPM	Informar a descrição do OPM solicitado.	OBRIGATÓRIO quando for solicitado OPM.
75	Qtde.	Informar a quantidade do OPM solicitado.	OBRIGATÓRIO quando for solicitado OPM.
76	Fabricante	Informar o nome do fabricante do OPM solicitado.	OPCIONAL
77	Valor Unitário – R\$	Informar o valor unitário do OPM solicitado.	OPCIONAL
OPM UTILIZADOS			
78	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao OPM utilizado, conforme a tabela de domínio TABELAS.	OPCIONAL
79	Código do OPM	Informar o código do OPM utilizado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
80	Descrição do OPM	Informar a descrição do OPM utilizado.	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
81	Qtde.	Informar a quantidade do OPM utilizado.	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
82	Código de Barras	Informar o código de barras do OPM utilizado.	OPCIONAL
83	Valor Unitário – R\$	Informar o valor unitário do OPM utilizado.	OPCIONAL
84	Valor Total – R\$	Informar o valor total do OPM utilizado, multiplicando a quantidade utilizada (campo 81) pelo valor unitário (campo 83).	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
85	Total OPM – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos OPM (campo 84).	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
ASSINATURAS / CONFIRMAÇÕES DOS SERVIÇOS PRESTADOS			

86	Data e Assinatura do Solicitante	Registrar a data e assinatura do solicitante do serviço.	OBRIGATÓRIO
87	Data e Assinatura do Responsável Pela Autorização	Registrar a data e assinatura do responsável pela autorização.	OPCIONAL
88	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Registrar a data e assinatura do beneficiário atendido ou responsável.	OBRIGATÓRIO
89	Data e Assinatura do Prestador Executante	Registrar a data e assinatura do prestador executante.	OBRIGATÓRIO

4.4. GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

4.4.1. Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Solicitação de Internação tem a finalidade de ser utilizada exclusivamente para solicitar internação hospitalar e domiciliar. Demais procedimentos necessários durante a internação do paciente, que não tenham sido solicitados no momento do pedido de internação, deverão ser solicitados através da Guia de SP/SADT, exceto solicitação de prorrogação de internação.

O pedido de prorrogação será feito pelos prestadores de serviço de forma devidamente acordada com a operadora e a autorização deverá ser registrada no verso desta guia, até a elaboração da padronização da Guia de Pedido de Prorrogação a ser realizada pelo COPISS.

4.4.2. Modelo da Guia de Solicitação de Internação

FRENTE DO FORMULÁRIO

Hapvida		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO				Nº 10000166	
1 - Registro ANS ANS nº 36825-3		2 - Data de Autorização		3 - Sema		4 - Data de Validade da Sema	
5 - Data de Emissão da Guia		6 - Data de Autorização		7 - Data de Autorização		8 - Data de Autorização	
9 - DADOS DO BENEFICIÁRIO		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Plano	
13 - Número da Carteira		14 - Validade da Carteira		15 - Nome do Contratado Solicitante		16 - Nome do Contratado	
17 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		18 - Nome do Profissional Solicitante		19 - Conselho Profissional		20 - Número no Conselho	
21 - Código CINES		22 - UF		23 - Código CBO S		24 - DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
25 - Código na Operadora / CNPJ		26 - Nome do Prestador		27 - Caracter de Internação		28 - Tipo de Internação	
29 - Regime de Internação		30 - Cite. Diárias Solicitadas		31 - Indicação Clínica		32 - Tipo de Doença	
33 - CID 10 Principal		34 - CID 10 (2)		35 - CID 10 (3)		36 - CID 10 (4)	
37 - CID 10 (5)		38 - CID 10 (6)		39 - CID 10 (7)		40 - CID 10 (8)	
41 - CID 10 (9)		42 - CID 10 (10)		43 - CID 10 (11)		44 - CID 10 (12)	
45 - CID 10 (13)		46 - CID 10 (14)		47 - CID 10 (15)		48 - CID 10 (16)	
49 - CID 10 (17)		50 - CID 10 (18)		51 - CID 10 (19)		52 - CID 10 (20)	
53 - CID 10 (21)		54 - CID 10 (22)		55 - CID 10 (23)		56 - CID 10 (24)	
57 - CID 10 (25)		58 - CID 10 (26)		59 - CID 10 (27)		60 - CID 10 (28)	
61 - CID 10 (29)		62 - CID 10 (30)		63 - CID 10 (31)		64 - CID 10 (32)	
65 - CID 10 (33)		66 - CID 10 (34)		67 - CID 10 (35)		68 - CID 10 (36)	
69 - CID 10 (37)		70 - CID 10 (38)		71 - CID 10 (39)		72 - CID 10 (40)	
73 - CID 10 (41)		74 - CID 10 (42)		75 - CID 10 (43)		76 - CID 10 (44)	
77 - CID 10 (45)		78 - CID 10 (46)		79 - CID 10 (47)		80 - CID 10 (48)	
81 - CID 10 (49)		82 - CID 10 (50)		83 - CID 10 (51)		84 - CID 10 (52)	
85 - CID 10 (53)		86 - CID 10 (54)		87 - CID 10 (55)		88 - CID 10 (56)	
89 - CID 10 (57)		90 - CID 10 (58)		91 - CID 10 (59)		92 - CID 10 (60)	
93 - CID 10 (61)		94 - CID 10 (62)		95 - CID 10 (63)		96 - CID 10 (64)	
97 - CID 10 (65)		98 - CID 10 (66)		99 - CID 10 (67)		100 - CID 10 (68)	
101 - CID 10 (69)		102 - CID 10 (70)		103 - CID 10 (71)		104 - CID 10 (72)	
105 - CID 10 (73)		106 - CID 10 (74)		107 - CID 10 (75)		108 - CID 10 (76)	
109 - CID 10 (77)		110 - CID 10 (78)		111 - CID 10 (79)		112 - CID 10 (80)	
113 - CID 10 (81)		114 - CID 10 (82)		115 - CID 10 (83)		116 - CID 10 (84)	
117 - CID 10 (85)		118 - CID 10 (86)		119 - CID 10 (87)		120 - CID 10 (88)	
121 - CID 10 (89)		122 - CID 10 (90)		123 - CID 10 (91)		124 - CID 10 (92)	
125 - CID 10 (93)		126 - CID 10 (94)		127 - CID 10 (95)		128 - CID 10 (96)	
129 - CID 10 (97)		130 - CID 10 (98)		131 - CID 10 (99)		132 - CID 10 (100)	
133 - CID 10 (101)		134 - CID 10 (102)		135 - CID 10 (103)		136 - CID 10 (104)	
137 - CID 10 (105)		138 - CID 10 (106)		139 - CID 10 (107)		140 - CID 10 (108)	
141 - CID 10 (109)		142 - CID 10 (110)		143 - CID 10 (111)		144 - CID 10 (112)	
145 - CID 10 (113)		146 - CID 10 (114)		147 - CID 10 (115)		148 - CID 10 (116)	
149 - CID 10 (117)		150 - CID 10 (118)		151 - CID 10 (119)		152 - CID 10 (120)	
153 - CID 10 (121)		154 - CID 10 (122)		155 - CID 10 (123)		156 - CID 10 (124)	
157 - CID 10 (125)		158 - CID 10 (126)		159 - CID 10 (127)		160 - CID 10 (128)	
161 - CID 10 (129)		162 - CID 10 (130)		163 - CID 10 (131)		164 - CID 10 (132)	
165 - CID 10 (133)		166 - CID 10 (134)		167 - CID 10 (135)		168 - CID 10 (136)	
169 - CID 10 (137)		170 - CID 10 (138)		171 - CID 10 (139)		172 - CID 10 (140)	
173 - CID 10 (141)		174 - CID 10 (142)		175 - CID 10 (143)		176 - CID 10 (144)	
177 - CID 10 (145)		178 - CID 10 (146)		179 - CID 10 (147)		180 - CID 10 (148)	
181 - CID 10 (149)		182 - CID 10 (150)		183 - CID 10 (151)		184 - CID 10 (152)	
185 - CID 10 (153)		186 - CID 10 (154)		187 - CID 10 (155)		188 - CID 10 (156)	
189 - CID 10 (157)		190 - CID 10 (158)		191 - CID 10 (159)		192 - CID 10 (160)	
193 - CID 10 (161)		194 - CID 10 (162)		195 - CID 10 (163)		196 - CID 10 (164)	
197 - CID 10 (165)		198 - CID 10 (166)		199 - CID 10 (167)		200 - CID 10 (168)	
201 - CID 10 (169)		202 - CID 10 (170)		203 - CID 10 (171)		204 - CID 10 (172)	
205 - CID 10 (173)		206 - CID 10 (174)		207 - CID 10 (175)		208 - CID 10 (176)	
209 - CID 10 (177)		210 - CID 10 (178)		211 - CID 10 (179)		212 - CID 10 (180)	
213 - CID 10 (181)		214 - CID 10 (182)		215 - CID 10 (183)		216 - CID 10 (184)	
217 - CID 10 (185)		218 - CID 10 (186)		219 - CID 10 (187)		220 - CID 10 (188)	
221 - CID 10 (189)		222 - CID 10 (190)		223 - CID 10 (191)		224 - CID 10 (192)	
225 - CID 10 (193)		226 - CID 10 (194)		227 - CID 10 (195)		228 - CID 10 (196)	
229 - CID 10 (197)		230 - CID 10 (198)		231 - CID 10 (199)		232 - CID 10 (200)	
233 - CID 10 (201)		234 - CID 10 (202)		235 - CID 10 (203)		236 - CID 10 (204)	
237 - CID 10 (205)		238 - CID 10 (206)		239 - CID 10 (207)		240 - CID 10 (208)	
241 - CID 10 (209)		242 - CID 10 (210)		243 - CID 10 (211)		244 - CID 10 (212)	
245 - CID 10 (213)		246 - CID 10 (214)		247 - CID 10 (215)		248 - CID 10 (216)	
249 - CID 10 (217)		250 - CID 10 (218)		251 - CID 10 (219)		252 - CID 10 (220)	
253 - CID 10 (221)		254 - CID 10 (222)		255 - CID 10 (223)		256 - CID 10 (224)	
257 - CID 10 (225)		258 - CID 10 (226)		259 - CID 10 (227)		260 - CID 10 (228)	
261 - CID 10 (229)		262 - CID 10 (230)		263 - CID 10 (231)		264 - CID 10 (232)	
265 - CID 10 (233)		266 - CID 10 (234)		267 - CID 10 (235)		268 - CID 10 (236)	
269 - CID 10 (237)		270 - CID 10 (238)		271 - CID 10 (239)		272 - CID 10 (240)	
273 - CID 10 (241)		274 - CID 10 (242)		275 - CID 10 (243)		276 - CID 10 (244)	
277 - CID 10 (245)		278 - CID 10 (246)		279 - CID 10 (247)		280 - CID 10 (248)	
281 - CID 10 (249)		282 - CID 10 (250)		283 - CID 10 (251)		284 - CID 10 (252)	
285 - CID 10 (253)		286 - CID 10 (254)		287 - CID 10 (255)		288 - CID 10 (256)	
289 - CID 10 (257)		290 - CID 10 (258)		291 - CID 10 (259)		292 - CID 10 (260)	
293 - CID 10 (261)		294 - CID 10 (262)		295 - CID 10 (263)		296 - CID 10 (264)	
297 - CID 10 (265)		298 - CID 10 (266)		299 - CID 10 (267)		300 - CID 10 (268)	
301 - CID 10 (269)		302 - CID 10 (270)		303 - CID 10 (271)		304 - CID 10 (272)	
305 - CID 10 (273)		306 - CID 10 (274)		307 - CID 10 (275)		308 - CID 10 (276)	
309 - CID 10 (277)		310 - CID 10 (278)		311 - CID 10 (279)		312 - CID 10 (280)	
313 - CID 10 (281)		314 - CID 10 (282)		315 - CID 10 (283)		316 - CID 10 (284)	
317 - CID 10 (285)		318 - CID 10 (286)		319 - CID 10 (287)		320 - CID 10 (288)	
321 - CID 10 (289)		322 - CID 10 (290)		323 - CID 10 (291)		324 - CID 10 (292)	
325 - CID 10 (293)		326 - CID 10 (294)		327 - CID 10 (295)		328 - CID 10 (296)	
329 - CID 10 (297)		330 - CID 10 (298)		331 - CID 10 (299)		332 - CID 10 (300)	
333 - CID 10 (301)		334 - CID 10 (302)		335 - CID 10 (303)		336 - CID 10 (304)	
337 - CID 10 (305)		338 - CID 10 (306)		339 - CID 10 (307)		340 - CID 10 (308)	
341 - CID 10 (309)		342 - CID 10 (310)		343 - CID 10 (311)		344 - CID 10 (312)	
345 - CID 10 (313)		346 - CID 10 (314)		347 - CID 10 (315)		348 - CID 10 (316)	
349 - CID 10 (317)		350 - CID 10 (318)		351 - CID 10 (319)		352 - CID 10 (320)	
353 - CID 10 (321)		354 - CID 10 (322)		355 - CID 10 (323)		356 - CID 10 (324)	
357 - CID 10 (325)		358 - CID 10 (326)		359 - CID 10 (327)		360 - CID 10 (328)	
361 - CID 10 (329)		362 - CID 10 (330)		363 - CID 10 (331)		364 - CID 10 (332)	
365 - CID 10 (333)		366 - CID 10 (334)		367 - CID 10 (335)		368 - CID 10 (336)	
369 - CID 10 (337)		370 - CID 10 (338)		371 - CID 10 (339)		372 - CID 10 (340)	
373 - CID 10 (341)		374 - CID 10 (342)		375 - CID 10 (343)		376 - CID 10 (344)	
377 - CID 10 (345)		378 - CID 10 (346)		379 - CID 10 (347)		380 - CID 10 (348)	
381 - CID 10 (349)		382 - CID 10 (350)		383 - CID 10 (351)		384 - CID 10 (352)	
385 - CID 10 (353)		386 - CID 10 (354)		387 - CID 10 (355)		388 - CID 10 (356)	
389 - CID 10 (357)		390 - CID 10 (358)		391 - CID 10 (359)		392 - CID 10 (360)	
393 - CID 10 (361)		394 - CID 10 (362)		395 - CID 10 (363)		396 - CID 10 (364)	
397 - CID 10 (365)		398 - CID 10 (366)		399 - CID 10 (367)		400 - CID 10 (368)	
401 - CID 10 (369)		402 - CID 10 (370)		403 - CID 10 (371)		404 - CID 10 (372)	
405 - CID 10 (373)		406 - CID 10 (374)		407 - CID 10 (375)		408 - CID 10 (376)	
409 - CID 10 (377)		410 - CID 10 (378)		411 - CID 10 (379)		412 - CID 10 (380)	
413 - CID 10 (381)		414 - CID 10 (382)		415 - CID 10 (383)		416 - CID 10 (384)	
417 - CID 10 (385)		418 - CID 10 (386)		419 - CID 10 (387)		420 - CID 10 (388)	
421 - CID 10 (389)		422 - CID 10 (390)		423 - CID 10 (391)		424 - CID 10 (392)	
425 - CID 10 (393)		426 - CID 10 (394)		427 - CID 10 (395)		428 - CID 10 (396)	
429 - CID 10 (397)		430 - CID 10 (398)		431 - CID 10 (399)		432 - CID 10 (400)	
433 - CID 10 (401)		434 - CID 10 (402)		435 - CID 10 (403)		436 - CID 10 (404)	
437 - CID 10 (405)		438 - CID 10 (406)		439 - CID 10 (407)		440 - CID 10 (408)	
441 - CID 10 (409)		442 - CID 10 (410)		443 - CID 10 (411)		444 - CID 10 (412)	
445 - CID 10 (413)		446 - CID 10 (414)		447 - CID 10 (415)		448 - CID 10 (416)	
449 - CID 10 (417)		450 - CID 10 (418)		451 - CID 10 (419)		452 - CID 10 (420)	
453 - CID 10 (421)		454 - CID 10 (422)		455 - CID 10 (423)		456 - CID 10 (424)	
457 - CID 10 (425)		458 - CID 10 (426)		459 - CID 10 (427)		460 - CID 10 (428)	
461 - CID 10 (429)		462 - CID 10 (430)		463 - CID 10 (431)		464 - CID 10 (432)	
465 - CID 10 (433)		466 - CID 10 (434)		467 - CID 10 (435)		468 - CID 10 (436)	
469 - CID 10 (437)		470 - CID 10 (438)		471 - CID 10 (439)		472 - CID 10 (440)	
473 - CID 10 (441)		474 - CID 10 (442)		475 - CID 10 (443)		476 - CID 10 (444)	
477 - CID 10 (445)		478 - CID 10 (446)		479 - CID 10 (447)		480 - CID 10 (448)	
481 - CID 10 (449)		482 - CID 10 (450)		483 - CID 10 (451)		484 - CID 10 (452)	
485 - CID 10 (453)		486 - CID 10 (454)		487 - CID 10 (455)		488 - CID 10 (456)	
489 - CID 10 (457)		490 - CID 10 (458)		491 - CID 10 (459)		492 - CID 10 (460)	
493 - CID 10 (461)		494 - CID 10 (462)		495 - CID 10 (463)		496 - CID 10 (464)	
497 - CID 10 (465)		498 - CID 10 (466)		499 - CID 10 (467)		500 - CID 10 (468)	
501 - CID 10 (469)		502 - CID 10 (470)		503 - CID 10 (471)		504 - CID 10 (472)	
505 - CID 10 (473)		506 - CID 10 (474)		507 - CID 10 (475)		508 - CID 10 (476)	
509 - CID 10 (477)		510 - CID 10 (478)		511 - CID 10 (479)		512 - CID 10 (480)	
513 - CID 10 (481)		514 - CID 10 (482)		515 - CID 10 (483)		516 - CID 10 (484)	
517 - CID 10 (485)		518 - CID 10 (486)		519 - CID 10 (487)		520 - CID 10 (488)	
521 - CID 10 (489)		522 - CID 10 (490)		523 - CID 10 (491)		524 - CID 10 (492)	
525 - CID 10 (493)		526 - CID 10 (494)		527 - CID 10 (495)		528 - CID 10 (496)	
529 - CID 10 (497)		530 - CID 10 (498)		531 - CID 10 (499)			

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO									
55 - Data ____/____/____		56 - Senha _____		57 - Responsável pela Autorização _____					
58 - Tipo Acomod. ____		59 - Acomodação _____		60 - Cide Autorizada ____					
61-Tabela	62 - Código do Procedimento ____		63 - Descrição _____				64-Cide Solic. ____		65-Cide Autor. ____
	____		_____				____		____
	____		_____				____		____
66-Tabela	67 - Código do OPM ____		68 - Descrição do OPM _____		69 - Cide ____	70 - Fabricante _____	71 - Valor Unitário - R\$ ____		
	____		_____		____	_____	____		
	____		_____		____	_____	____		
55 - Data ____/____/____		56 - Senha _____		57 - Responsável pela Autorização _____					
58 - Tipo Acomod. ____		59 - Acomodação _____		60 - Cide Autorizada ____					
61-Tabela	62 - Código do Procedimento ____		63 - Descrição _____				64-Cide Solic. ____		65-Cide Autor. ____
	____		_____				____		____
	____		_____				____		____
66-Tabela	67 - Código do OPM ____		68 - Descrição do OPM _____		69 - Cide ____	70 - Fabricante _____	71 - Valor Unitário - R\$ ____		
	____		_____		____	_____	____		
	____		_____		____	_____	____		
55 - Data ____/____/____		56 - Senha _____		57 - Responsável pela Autorização _____					
58 - Tipo Acomod. ____		59 - Acomodação _____		60 - Cide Autorizada ____					
61-Tabela	62 - Código do Procedimento ____		63 - Descrição _____				64-Cide Solic. ____		65-Cide Autor. ____
	____		_____				____		____
	____		_____				____		____
66-Tabela	67 - Código do OPM ____		68 - Descrição do OPM _____		69 - Cide ____	70 - Fabricante _____	71 - Valor Unitário - R\$ ____		
	____		_____		____	_____	____		
	____		_____		____	_____	____		

4.4.3. Legenda de preenchimento da Guia de Solicitação de Internação

Nº. DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRIÇÃO / ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número do registro da Hapvida na ANS.	OBRIGATÓRIO
2	Nº. da Guia	A numeração impressa nos formulários padrão TISS emitidos pela Hapvida (gráfica e/ou site), para os prestadores que não utilizam guia própria, será considerada como numeração do prestador, portanto não podem ser utilizados para vincular a guia de SP/SADT, Resumo de Internação e Honorário Individual. O número de guia gerado pela Hapvida, por ocasião da resposta da autorização da internação, é o que deverá ser considerado como: Número da Guia Principal - a ser formado na Guia de SP/SADT (campo 3); Número da Guia de Solicitação - requerido nas guias de Resumo de Internação e Honorário Individual (ambas no campo 3).	OBRIGATÓRIO
3	Data da Autorização	Informar a data da autorização da internação.	OPCIONAL
4	Senha	Informar o número da senha da internação autorizada.	OBRIGATÓRIO
5	Data de Validade da Senha	Informar a data de validade da senha.	OPCIONAL
6	Data de Emissão da Guia	Informar a data de preenchimento do formulário.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
7	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
8	Plano	Informar o nome do plano do beneficiário atendido. Vide orientações no item Identificação do Beneficiário .	OBRIGATÓRIO
9	Validade da Carteira	Informar a validade da carteira do beneficiário.	OPCIONAL
10	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATORIO
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	Informar o número do CNS – Cartão Nacional de Saúde do beneficiário atendido.	OPCIONAL
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE			
12	Código na Operadora / CNPJ / CPF	Informar o CNPJ (caso Pessoa Jurídica) ou CPF (caso Pessoa Física) do contratado solicitante. Exemplos: Contratado como Pessoa Física – Informar o CPJ; Membro de Cooperativas (cooperados) – Informar o CNPJ da cooperativa contratada da qual o solicitante faz parte; Membro de Corpo Clínico – Informar o CNPJ do hospital ou da clínica contratada à qual o solicitante do serviço está vinculado.	OBRIGATÓRIO
13	Nome do Contratado	Informar a razão social (caso Pessoa Jurídica) ou nome (caso Pessoa Física) do solicitante do serviço.	OBRIGATÓRIO
14	Código CNES	Informar o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do prestador contratado, registrado nos campos 12 e 13.	OPCIONAL
15	Nome do Profissional Solicitante	Informar o nome do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO quando o prestador informado nos campos 12 e 13 for Pessoa Jurídica.
16	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional solicitante, conforme a tabela de domínio CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: Médicos – informar o código CRM .	OBRIGATÓRIO
17	Número do Conselho	Informar o número do conselho profissional	OBRIGATÓRIO

		do solicitante.	
18	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
19	Código CBO S	Informar o Código Brasileiro de Ocupação em Saúde correspondente a especialidade do médico solicitante, conforme a tabela de domínio CBO-S (ESPECIALIDADES).	OPCIONAL
DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO			
20	Código na Operadora / CNPJ	Informar o CNPJ do hospital sugerido para realização da internação.	OPCIONAL
21	Nome do Prestador	Informar a razão social do hospital sugerido para realização da internação.	OPCIONAL
22	Caráter da Solicitação	Informar o caráter da solicitação registrando uma das opções: E – para Eletiva; U – para Urgência/Emergência	OBRIGATÓRIO
23	Tipo de Internação	Informar o tipo da internação Registrando uma das opções: 1 – Clínica; 2 – Cirúrgica; 3 – Obstétrica; 4 – Pediátrica; 5 – Psiquiátrica.	OBRIGATÓRIO
24	Regime de Internação	Informar o regime da internação registrando uma das opções: 1 – Hospitalar; 2 – Hospital-dia; 3 – Domiciliar.	OBRIGATÓRIO
25	Qtde. Diárias Solicitadas	Informar a quantidade de diárias solicitadas. ATENÇÃO: O tipo de diária (apartamento, UTI etc.) deverá ser discriminado nos Procedimentos Solicitados, campos 34 a 37.	OBRIGATÓRIO
26	Indicação Clínica	Informar a justificativa/motivo para a solicitação da internação.	OBRIGATÓRIO
HIPOTHESES DIAGNÓSTICAS			
27	Tipo de Doença	Informar o tipo de doença registrando uma das opções: A – para tipo de doença Aguda; C – para tipo de doença Crônica.	OPCIONAL
28	Tempo de Doença Referida pelo Paciente	Informar o tempo da doença referido pelo paciente. Preencher os dois primeiros campos com a quantidade (tempo) e o terceiro campo com o indicador de A (ano), M (mês) ou D(dia), conforme exemplos abaixo: Se 2 anos – informar: 02 – A; Se 1 ano e 6 meses – informar: 18 – M; Se 15 dias – informar: 15 – D.	OBRIGATORIO
29	Indicação de Acidente	Quando o motivador da consulta for um tipo de acidente, preencher o campo com uma das opções: 0 – para acidente ou doença relacionada ao trabalho; 1 – para acidente de trânsito; 2 – para qualquer outro tipo de acidente que não seja relacionado ao trabalho ou trânsito.	OBRIGATÓRIO quando o atendimento for decorrente de acidente.
30	CID 10 Principal	Informar o Código Internacional de Doença – CID 10 do diagnóstico principal.	OBRIGATÓRIO
31	CID 10 (2)	Informar o CID10 referente ao segundo diagnóstico.	OPCIONAL
32	CID 10 (3)	Informar o CID10 referente ao terceiro diagnóstico.	OPCIONAL
33	CID 10 (4)	Informar o CID 10 referente ao quarto diagnóstico.	OPCIONAL
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
34	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao procedimento solicitado, conforme a tabela de domínio TABELAS. Exemplos: Código 02 – Lista de Procedimentos	OPCIONAL

		Médicos AMB 92 - quando a tabela negociada com a Hapvida for a THM / AMB 92; Código 06 - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - quando a tabela negociada com a Hapvida for a CBHPM; Código 98 - Tabela Própria de Pacotes - quando o serviço solicitado for negociado com a Hapvida sob forma de pacote.	
35	Código do Procedimento	Informar o código do procedimento solicitado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida. ATENÇÃO: O tipo de diária solicitado (apartamento, UTI etc.) deverá ser discriminado nos Procedimentos Solicitados, campos 34 a 37.	OBRIGATÓRIO
36	Descrição	Informar a descrição do procedimento solicitado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida. ATENÇÃO: O tipo de diária solicitado (apartamento, UTI etc.) deverá ser discriminado nos Procedimentos Solicitados, campos 34 a 37.	OBRIGATÓRIO
37	Qtde. Solic.	Informar a quantidade do serviço solicitado.	OBRIGATÓRIO
38	Qtde. Autor.	Informar a quantidade autorizada pela Hapvida.	OBRIGATÓRIO
OPM SOLICITADOS			
39	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao OPM solicitado, conforme a tabela de domínio TABELAS.	OPCIONAL
40	Código do OPM	Informar o código do OPM solicitado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO quando for solicitado OPM.
41	Descrição do OPM	Informar a descrição do OPM solicitado.	OBRIGATÓRIO quando for solicitado OPM.
42	Qtde.	Informar a quantidade do OPM solicitado.	OBRIGATÓRIO quando for solicitado OPM.
43	Fabricante	Informar o nome do fabricante do OPM solicitado.	OPCIONAL
44	Valor Unitário - R\$	Informar o valor unitário do OPM solicitado.	OPCIONAL
DADOS DA AUTORIZAÇÃO			
45	Data Provável da Admissão Hospitalar	Informar a data provável para admissão hospitalar. Essa informação deverá ser registrada pelo profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
46	Qtde. Diárias Autorizadas	Informar a quantidade de diárias autorizadas pela Hapvida. ATENÇÃO: A Quantidade autorizada de diárias estará discriminada no campo 38. Neste campo será registrado o somatório das diárias autorizadas no campo 38.	OBRIGATÓRIO
47	Tipo de Acomodação Autorizada	Informar o código do tipo da acomodação autorizada. Exemplos: Código 01 - Enfermaria - para beneficiário cuja acomodação contratada é enfermaria; Código 07 - Apartamento - para beneficiário cuja acomodação contratada é apartamento.	OPCIONAL
48	Código na Operadora / CNPJ	Informar o CNPJ do hospital autorizado pela Hapvida para realizar a internação.	OBRIGATÓRIO
49	Nome do Prestador Autorizado	Informar a Razão Social do hospital autorizado pela Hapvida para realizar a internação.	OBRIGATÓRIO
50	Código CNES	Informar o CNES - Cadastro Nacional de	OPCIONAL

		Estabelecimento de Saúde do hospital autorizado pela Hapvida para realizar a internação.	
51	Observação	Registrar outras informações inerentes à internação, caso seja necessário.	OPCIONAL
52	Data e Assinatura do Médico Solicitante	Registrar a data e assinatura do médico solicitante.	OBRIGATÓRIO
53	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Registrar a data e assinatura do beneficiário atendido ou responsável.	OBRIGATÓRIO
54	Data e Assinatura do Responsável Pela Autorização	Registrar a data e assinatura do responsável pela autorização.	OPCIONAL
PRORROGAÇÃO – CAMPOS 55 A71 – VERSO DA GUIA			
55	Data	Informar a data da autorização da prorrogação da internação.	OBRIGATÓRIO
56	Senha	Informar a senha correspondente à autorização da prorrogação da internação.	OPCIONAL
57	Responsável pela Autorização	Registrar o nome do responsável pela autorização da prorrogação da internação.	OBRIGATÓRIO
58	Tipo de Acomodação	Informar o código do tipo da acomodação autorizada. Exemplos: Código 01 – Enfermaria - para beneficiário cuja acomodação contratada é enfermaria; Código 07 – Apartamento - para beneficiário cuja acomodação contratada é apartamento.	OPCIONAL
59	Acomodação	Informar a descrição da acomodação autorizada, de acordo com o código informado no campo 58.	OPCIONAL
60	Qtde. Autorizada	Informar a quantidade de diária autorizada na prorrogação.	OBRIGATÓRIO
61	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao procedimento solicitado, conforme a tabela de domínio TABELAS.	OPCIONAL
62	Código do Procedimento	Informar o código do procedimento solicitado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO
63	Descrição	Informar a descrição do procedimento solicitado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO
64	Qtde. Solic.	Informar a quantidade do serviço solicitado.	OBRIGATÓRIO
65	Qtde. Autor.	Informar a quantidade autorizada pela Hapvida.	OBRIGATÓRIO
66	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao OPM solicitado, conforme a tabela de domínio TABELAS.	OPCIONAL
67	Código do OPM	Informar o código do OPM solicitado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OPCIONAL
68	Descrição OPM	Informar a descrição do OPM solicitado.	OPCIONAL
69	Qtde.	Informar a quantidade do OPM solicitado.	OPCIONAL
70	Fabricante	Informar o nome do fabricante do OPM solicitado.	OPCIONAL
71	Valor Unitário – R\$	Informar o valor unitário do OPM solicitado.	OPCIONAL

[illegible]

4.5.3. Legenda de preenchimento da Guia de Resumo de Internação

Nº. DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRIÇÃO / ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número do registro da Hapvida na ANS.	OBRIGATÓRIO
2	Nº. da Guia	Informar o número da guia.	OBRIGATÓRIO
3	Nº. Guia de Solicitação	Informar o número da guia de solicitação.	OPCIONAL
4	Data da Autorização	Informar a data da autorização da internação.	OPCIONAL
5	Senha	Informar o número da senha da correspondente à autorização da internação.	OBRIGATÓRIO
6	Data de Validade da Senha	Informar a data de validade da senha.	OPCIONAL
7	Data de Emissão da Guia	Informar a data de preenchimento do formulário.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
8	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
9	Plano	Informar o nome do plano do beneficiário atendido. Vide orientações no item Identificação do Beneficiário .	OBRIGATÓRIO
10	Validade da Carteira	Informar a validade da carteira do beneficiário.	OPCIONAL
11	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Informar o número do CNS – Cartão Nacional de Saúde do beneficiário atendido.	OPCIONAL
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
13	Código na Operadora / CNPJ	Informar o CNPJ do hospital responsável pela internação.	OBRIGATÓRIO
14	Nome do Contratado	Informar a razão social do hospital responsável pela internação.	OBRIGATÓRIO
15	Código CNES	Informar o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do hospital responsável pela internação.	OBRIGATÓRIO
16	T. Log.	Informar o tipo de logradouro correspondente ao endereço do prestador contratado, conforme a tabela de domínio TIPO DE LOGRADOURO. Exemplos: Código 008 – para avenida; Código 081 – para rua.	OPCIONAL
17-18-19	Logradouro – Número – Complemento	Informar o nome completo do logradouro, número e complemento correspondentes ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
20	Município	Informar o município correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
21	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
22	Código IBGE	Informar o código do IBGE do município correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
23	CEP	Informar o CEP correspondente ao endereço do prestador contratado.	OPCIONAL
DADOS DA INTERNAÇÃO			
24	Caráter da Internação	Informar o caráter da internação registrando uma das opções: E – para internação Eletiva; U – para internação Urgência/Emergência.	OBRIGATÓRIO
25	Tipo de Acomodação Autorizada	Informar o código do tipo da acomodação autorizada. Exemplos: Código 01 – Enfermaria - para beneficiário cuja acomodação contratada é enfermaria; Código 07 – Apartamento - para beneficiário cuja acomodação contratada é apartamento.	OBRIGATÓRIO
26	Data/Hora da Internação	Informar a data/hora da internação. Em caso de cobrança de parciais da internação, informar a data/hora inicial do período	OBRIGATÓRIO

		correspondente a parcial que está sendo cobrada.	
27	Data/Hora da Saída da Internação	Informar a data/hora da saída da internação. Em caso de cobrança de parciais da internação, informar a data/hora final do período correspondente a parcial que está sendo cobrada.	OBRIGATÓRIO
28	Tipo de Internação	Informar o tipo da internação Registrando uma das opções: 1 – Clínica; 2 – Cirúrgica; 3 – Obstétrica; 4 – Pediátrica; 5 – Psiquiátrica.	OBRIGATÓRIO
29	Regime de Internação	Informar o regime da internação registrando uma das opções: 1 – Hospitalar; 2 – Hospital-dia; 3 – Domiciliar.	OBRIGATÓRIO
30	Internação Obstétrica	Preencher o campo em caso de internação obstétrica. Selecionar com um "X" uma ou mais opções dispostas no próprio campo.	OBRIGATÓRIO em caso de internação obstétrica.
31	Se Óbito em Mulher	Preencher o campo em caso de óbito em mulher relacionado à gestação. Registrar uma das opções especificadas no próprio campo.	OBRIGATÓRIO em caso de óbito em mulher relacionado a gestação.
32	Se Óbito Neonatal	Informar a quantidade referente a óbito neonatal de acordo com os tipos: QTDE. ÓBITO NEONATAL PRECOCE - total de óbitos entre os nascidos vivos, corridos entre o momento do nascimento até 6 dias, 23 horas, 59 minutos e 59 segundos de vida, no período considerado (ANS-RN 96). QTDE. ÓBITO NEONATAL TARDIO - total de óbitos entre os nascidos vivos ocorridos entre 7 dias até 27 dias, 23 horas, 59 minutos e 59 segundos de vida, no período considerado (ANS-RN 96).	OBRIGATÓRIO em caso de óbito neonatal.
33	Nº. Decl. Nasc. Vivos	Informar o(s) número(s) da(s) declaração (ões) do(s) nascido(s) vivo(s). Em caso de parto múltiplo, registrar a 1ª declaração neste campo e as subseqüentes no campo 81.	OBRIGATÓRIO em caso de parto com nascido vivo.
34	Qtde. Nasc. Vivos a Termo	Informar a quantidade de nascidos vivos a termo. Nascido Vivo a Termo - produto da concepção, com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, que depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta (OMS – SINASC).	OBRIGATÓRIO em caso de parto com nascido vivo a termo.
35	Qtde. Nasc. Mortos	Informar a quantidade de nascidos mortos. Nascido Morto - produto da concepção com 22 semanas ou mais de gestação, ou pelo menos 500 gramas de peso, que depois da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, não manifesta qualquer sinal de vida (ANS-RN 141).	OBRIGATÓRIO em caso de parto com nascido morto.

36	Qtde. Nasc. Vivos Prematuros	Informar a quantidade de nascidos vivos prematuros. Nascido Vivo Prematuro – produto da concepção, com idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas e 6 dias, que, depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendido da placenta (OMS – SINASC).	OBRIGATÓRIO em caso de parto com nascido vivo prematuro.
37	CID 10 Principal	Informar o Código Internacional de Doença – CID 10 principal que motivou a internação.	OBRIGATÓRIO
38	CID 10 (2)	Informar o CID 10 referente ao segundo diagnóstico.	OPCIONAL
39	CID 10 (3)	Informar o CID 10 referente ao terceiro diagnóstico.	OPCIONAL
40	CID 10 (4)	Informar o CID 10 referente ao quarto diagnóstico.	OPCIONAL
41	Indicação de Acidente	Quando a internação for decorrente de acidente, preencher o campo com uma das opções: 0 – para acidente ou doença relacionada ao trabalho; 1 – para acidente de trânsito; 2 – para qualquer outro tipo de acidente que não seja relacionado ao trabalho ou trânsito.	OBRIGATÓRIO quando o atendimento for decorrente de acidente.
DADOS DA SAÍDA DA INTERNAÇÃO			
42	Motivo da Saída	Informar o código correspondente ao motivo da saída da internação, conforme a tabela de domínio MOTIVO DE SAÍDA DA INTERNAÇÃO. ATENÇÃO: Utilizar o Código 16 – Administrativa - para a cobrança de contas parciais, em que o paciente permanece internado.	OBRIGATÓRIO
43	CID 10 Óbito	Informar o CID 10 referente ao óbito do paciente.	OBRIGATÓRIO em caso de óbito.
44	Nº. Declaração do Óbito	Informar o número da declaração de óbito do paciente.	OBRIGATÓRIO em caso de óbito.
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS			
45	Data	Informar a data de realização do procedimento.	OBRIGATÓRIO
46	Hora Inicial	Informar a hora inicial da realização do procedimento.	OBRIGATÓRIO quando o procedimento cobrado for cirúrgico.
47	Hora Final	Informar a hora final da realização do procedimento.	OBRIGATÓRIO quando o procedimento cobrado for cirúrgico.
48	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao procedimento realizado, conforme a tabela de domínio TABELAS. Exemplos: Código 02 – Lista de Procedimentos Médicos AMB 92 – para procedimentos de diagnose, terapias ou cirúrgicos no caso de a tabela negociada ser a THM / AMB 92; Código 98 – Tabela Própria de Pacotes – para os procedimentos negociados com a Hapvida sob forma de pacote.	OBRIGATÓRIO
49	Código do Procedimento	Informar o código do procedimento realizado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO
50	Descrição	Informar a descrição do procedimento realizado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO

51	Qtde.	Informar a quantidade do procedimento.	OBRIGATÓRIO
52	Via	Em caso de procedimento cirúrgico informar a via de acesso utilizada, registrando uma das opções: U – para via ÚNICA; M – para MESMA VIA; D – para DIFERENTES VIAS.	OPCIONAL
53	Téc.	Informar a técnica utilizada registrando uma das opções: C – para técnica CONVENCIONAL; V – para técnica de VIDEOLAPAROSCOPIA.	OPCIONAL
54	% Red/Acréscimo	Informar o valor percentual referente à redução ou acréscimo a ser considerado. Exemplos: Para acréscimo de 30% (trinta por cento) - informar 1,30; Para redução de 30% (trinta por cento) - informar 0,70; Cirurgia pela mesma via de acesso (50% - cinquenta por cento) - informar 0,50; Cirurgia por via de acesso diferente (70% - setenta por cento) - informar 0,70.	OPCIONAL
55	Valor Unitário – R\$	Informar o valor unitário do procedimento realizado.	OPCIONAL
56	Valor Total – R\$	Informar o valor total do procedimento, multiplicando a quantidade realizada (campo 51) pelo valor unitário (campo 55).	OBRIGATÓRIO
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE O preenchimento dos campos 57 ao 64 somente deverá ocorrer quando houver faturamento de honorários médicos pelo hospital.			
57	Seq. Ref.	Informar o número seqüencial do procedimento (registrado ao lado do campo 46 – Data) para relacioná-lo ao profissional executante. Exemplo: Caso um procedimento cirúrgico seja faturado pelo próprio hospital, informar em uma das linhas dos campos 45 a 56 os dados do procedimento e registrar o número seqüencial correspondente a essa linha neste campo 57.	OBRIGATÓRIO quando for realizado procedimento em equipe e que esse seja faturado pelo hospital.
58	Grau Part.	Informar o código correspondente ao grau de participação do profissional na equipe médica executante do procedimento realizado, conforme a tabela de domínio GRAU DE PARTICIPAÇÃO.	OBRIGATÓRIO quando for realizado procedimento em equipe e que esse seja faturado pelo hospital.
59	Código na Operadora / CPF	Informar o número do CPF do profissional que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO quando for realizado procedimento em equipe e que esse seja faturado pelo hospital.
60	Nome do Profissional	Informar o nome do profissional que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO quando for realizado procedimento em equipe e que esse seja faturado pelo hospital.
61	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional executante, conforme a tabela de domínio. CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: Médicos – informar o código CRM .	OBRIGATÓRIO quando for realizado procedimento em equipe e que esse seja faturado pelo hospital.
62	Número no Conselho	Informar o número do conselho do profissional que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO quando for realizado procedimento em equipe e que esse seja faturado pelo hospital.

63	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO quando for realizado procedimento em equipe e que esse seja faturado pelo hospital.
64	CPF	Informar o número do CPF do profissional executante.	OPCIONAL
OPM UTILIZADOS			
65	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao OPM utilizado, conforme a tabela de domínio TABELAS.	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
66	Código do OPM	Informar o código do OPM utilizado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
67	Descrição do OPM	Informar a descrição do OPM utilizado.	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
68	Qtde.	Informar a quantidade do OPM utilizado.	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
69	Código de Barras	Informar o código de barras do OPM utilizado.	OPCIONAL
70	Valor Unitário – R\$	Informar o valor unitário do OPM utilizado.	OPCIONAL
71	Valor Total – R\$	Informar o valor total do OPM utilizado, multiplicando a quantidade utilizada (campo 68) pelo valor unitário (campo 70).	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
72	Total Geral – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos OPM (campo 71).	OBRIGATÓRIO quando for cobrado OPM.
73	Tipo de Faturamento	Informar qual o tipo de faturamento está sendo apresentado selecionando uma das opções: T – para faturamento TOTAL. Esta opção deve ser selecionada quando o faturamento apresentado corresponder ao faturamento total (toda a internação do paciente) ou Quando for apresentada a última parcial da internação; P – para faturamento PARCIAL. Opção para cobrança de contas parciais (da primeira à penúltima parcial).	OBRIGATÓRIO
74	Total de Procedimentos – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos Procedimentos e Exames Realizados.	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de procedimento e/ou exame.
75	Total de Diárias – R\$	Informar o somatório dos valores totais das diárias. OBSERVAÇÃO: As diárias poderão ser faturadas através deste formulário (campos 45 ao 56) ou da Guia de Outras Despesas. A Guia de Outras Despesas, caso seja utilizada, deverá ser anexada a esta guia.	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de diária.
76	Total de Taxas e Aluguéis – R\$	Informar o somatório dos valores totais das taxas e aluguéis. OBSERVAÇÃO: As taxas e aluguéis poderão ser faturados através deste formulário (campos 45 ao 56) ou da Guia de Outras Despesas. A Guia de Outras Despesas, caso seja utilizada, deverá ser anexada a esta guia.	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de taxas e aluguéis.
77	Total de Materiais – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos materiais. OBSERVAÇÃO: Os materiais deverão ser faturados na Guia de Outras Despesas. A Guia de Outras Despesas, caso seja utilizada, deverá ser anexada a esta guia.	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de materiais.
78	Total de Medicamentos – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos medicamentos. OBSERVAÇÃO: Os medicamentos deverão ser faturados na Guia de Outras Despesas. A Guia de Outras Despesas, caso seja utilizada, deverá ser anexada a esta guia.	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de medicamentos.

79	Total de Gases Medicinais – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos gases medicinais. OBSERVAÇÃO: Os gases poderão ser faturados através deste formulário (campos 45 aos 56) ou da Guia de Outras Despesas. A Guia de Outras Despesas, caso seja utilizada, deverá ser anexada a esta guia.	OBRIGATÓRIO quando houver cobrança de gases medicinais.
80	Total Geral – R\$	Informar o somatório dos campos 74 ao 79 acrescido do total geral dos OPM (campo 72).	OBRIGATÓRIO
81	Observação	Registrar outras informações inerentes ao período da internação apresentado, caso seja necessário.	OPCIONAL
ASSINATURAS / CONFIRMAÇÕES DOS SERVIÇOS PRESTADOS			
82	Data e Assinatura do Contratado	Registrar a data e assinatura do profissional responsável pelo hospital.	OBRIGATÓRIO
83	Data e Assinatura do(s) Auditor (es) da Operadora	Registrar a data e assinatura do(s) Auditor (es) da Hapvida.	OPCIONAL

4.6. GHI - GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

4.6.1. Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Honorário Individual tem a finalidade de ser utilizada para a apresentação do faturamento de honorários profissionais prestados em serviços de internação (hospitalar e domiciliar), exclusivamente, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional.

4.6.2. Modelo da Guia de Honorário Individual

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL										Nº 10000167		
1 - Registro ANS ANS nº 36825-3		3 - Nº Guia de Solicitação / Sema			4 - Data de Emissão da Guia							
DADOS DO BENEFICIÁRIO												
5 - Número da Carteira			6 - Plano			7 - Validade da Carteira						
8 - Nome				9 - Número do Cartão Nacional de Saúde								
DADOS DO CONTRATADO (ONDE FOI EXECUTADO O PROCEDIMENTO)												
10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF					11 - Nome do Contratado			12 - Código CINES				
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE												
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF					14 - Nome do Contratado Executante			15 - Código CINES		16 - Tipo de Acomodação Autorizada		
17 - Grau Part.		18 - Nome do Profissional Executante			19 - Conselho Profissional		20 - Número no Conselho		21 - UF		22 - Número do CPF	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS												
23 - Data	24 - Hora Inicial	25 - Hora Final	26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd.	30 - Via	31 - Tec.	32 - % Red. / Acréscimo	33 - Valor Unitário - R\$	34 - Valor Total - R\$	
1 -												
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
											35 - Total Geral Honorários - R\$	
36 - Observação												
37 - Data e Assinatura do Prestador						38 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*)						
(*) Solicito auxílio para cobertura dos serviços especificados nesta guia, transferindo o seu pagamento ao prestador acima. Autorizo a cobrança da participação financeira a que estiver sujeito. Autorizo ao prestador anexar à esta guia cópias do prontuário médico e de quaisquer outros documentos relativos a este atendimento, para possibilitar a análise pelo setor médico da Hapvida.												
ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR: 1. O prazo de entrega de guias para cobrança é de até 60 (sessenta) dias após a data do atendimento; 2. O prazo para solicitação de revisão de pagamento é de até 60 (sessenta) dias após a data do pagamento.												

4.6.3. Legenda de preenchimento da Guia de Honorário Individual

Nº. DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRIÇÃO / ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número do registro da Hapvida na ANS.	OBRIGATÓRIO
2	Nº. da Guia	Informar o número da guia.	OBRIGATÓRIO
3	Nº. Guia de Solicitação / Senha	Informar o número gerado pela Hapvida, por ocasião da resposta da autorização da internação, e não o número pré-impresso do formulário de. Solicitação de Internação.	OBRIGATÓRIO
4	Data de Emissão da Guia	Informar a data de preenchimento do formulário.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
5	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
6	Plano	Informar o nome do plano do beneficiário atendido. Vide orientações no item Identificação do Beneficiário .	OBRIGATÓRIO
7	Validade da Carteira	Informar a validade da carteira do beneficiário.	OPCIONAL
8	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
9	Número do Cartão Nacional de Saúde	Informar o número do CNS – Cartão Nacional de Saúde do beneficiário atendido.	OPCIONAL
DADOS DO CONTRATADO (ONDE FOI EXECUTADO O PROCEDIMENTO)			
10	Código na Operadora / CNPJ / CPF	Informar o CNPJ / CPF correspondente ao local de execução do procedimento.	OBRIGATÓRIO
11	Nome do Contratado	Informar o nome do contratado onde foi executado o procedimento.	OBRIGATÓRIO
12	Código CNES	Informar o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde correspondente ao local de execução do procedimento.	OBRIGATÓRIO quando o prestador informado nos campos 10 e 11 for hospital.
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
13	Código na Operadora / CNPJ / CPF	Informar o CNPJ (caso Pessoa Jurídica) ou CPF (caso Pessoa Física) do prestador contratado. Exemplos: Contratado como Pessoa Física – Informar o CPF; Membro de Cooperativas (cooperados) – Informar o CNPJ da cooperativa contratada da qual o executante faz parte; Membro de Corpo Clínico – Informar o CNPJ do hospital ou da clínica contratada à qual o executante do serviço está vinculado.	OBRIGATÓRIO
14	Nome do Contratado Executante	Informar a razão social (caso Pessoa Jurídica) ou nome (caso Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
15	Código CNES	Informar o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do prestador contratado, registrado nos campos 13 e 14.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 13 e 14 for hospital.
16	Tipo de Acomodação Autorizada	Informar o código do tipo da acomodação autorizada. Exemplos: Código 01 – Enfermaria - para beneficiário cuja acomodação contratada é enfermaria; Código 07 – Apartamento - para beneficiário cuja acomodação contratada é apartamento.	OPCIONAL
17	Grau Part.	Informar o código correspondente ao grau de participação do profissional na equipe médica executante do procedimento realizado, conforme a tabela de domínio GRAU DE PARTICIPAÇÃO. Exemplos: Cirurgião – informar o código 00 ; Pediatra na sala de parto – informa o	OBRIGATÓRIO

		código 10 ; Plantão de UTI – informar o código 13 ; Visita médica – informar o código 12 .	
18	Nome do Profissional Executante	Informar o nome do profissional executante.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 13 e 14 for Pessoa Jurídica.
19	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional executante, conforme a tabela de domínio CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: Médicos – informar o código CRM .	OBRIGATÓRIO
20	Número do Conselho	Informar o número do conselho profissional do executante.	OBRIGATÓRIO
21	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional executante.	OBRIGATÓRIO
22	Número do CPF	Informar o número do CPF do profissional quando o campo 13 executante.	OBRIGATÓRIO quando o campo 13 for preenchido com CNPJ.
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
23	Data	Informar a data de realização do procedimento.	OBRIGATÓRIO
24	Hora Inicial	Informar a hora inicial da realização do procedimento.	OBRIGATÓRIO quando o procedimento cobrado for cirúrgico.
25	Hora Final	Informar a hora final da realização do procedimento.	OBRIGATÓRIO quando o procedimento cobrado for cirúrgico.
26	Tabela	Informar o código da tabela negociada com a Hapvida correspondente ao procedimento realizado, conforme a tabela de domínio TABELAS. Exemplos: Código 02 – Lista de Procedimentos Médicos AMB 92 – para procedimentos de diagnose, terapias ou cirúrgicos no caso de a tabela negociada ser a THM / AMB 92; Código 06 – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – quando a tabela negociada com a Hapvida for a CBHPM.	OBRIGATÓRIO
27	Código do Procedimento	Informar o código do procedimento realizado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO
28	Descrição	Informar a descrição do procedimento realizado de acordo com a tabela negociada com a Hapvida.	OBRIGATÓRIO
29	Qtde.	Informar a quantidade do procedimento realizado.	OBRIGATÓRIO
30	Via	Em caso de procedimento cirúrgico informar a via de acesso utilizada, registrando uma das opções: U – para via ÚNICA; M – para MESMA VIA; D – para DIFERENTES VIAS.	OPCIONAL
31	Téc.	Informar a técnica utilizada registrando uma das opções: C – para técnica CONVENCIONAL; V – para técnica de VIDEOLAPAROSCOPIA.	OPCIONAL
32	% Red/Acréscimo	Informar o valor percentual referente à redução ou acréscimo a ser considerado. Exemplos: Para acréscimo de 30% (trinta por cento) - informar 1,30;	OPCIONAL

		Para redução de 30% (trinta por cento) - informar 0,70; Cirurgia pela mesma via de acesso (50% - cinquenta por cento) - informar 0,50; Cirurgia por via de acesso diferente (70% - setenta por cento) - informar 0,70.	
33	Valor Unitário – R\$	Informar o valor unitário do procedimento realizado.	OPCIONAL
34	Valor Total – R\$	Informar o valor total do procedimento, multiplicando a quantidade realizada (campo 29) pelo valor unitário (campo 33).	OBRIGATÓRIO
35	Total Geral de Honorários – R\$	Informar o somatório dos valores totais dos honorários (campo 34).	OBRIGATÓRIO
36	Observação	Registrar outras informações inerentes ao atendimento realizado, caso seja necessário.	OPCIONAL
ASSINATURAS / CONFIRMAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS			
37	Data e Assinatura do Prestador	Registrar a data e assinatura do prestador Executante.	OBRIGATÓRIO
38	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Registrar a data e assinatura do beneficiário atendido ou de seu responsável.	OBRIGATÓRIO

4.7. Guia de Outras Despesas

4.7.1. Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Outras Despesas é o formulário padrão que deverá sempre ser ligada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só. É utilizada para discriminação de materiais, medicamentos, aluguéis, gases, diárias e taxas diversas.

Orientamos que é indispensável o registro da unidade referente ao material ou medicamento que está sendo faturado. Exemplo: ml, gotas, comprimido, cápsula, ampola, gramas etc. Essa informação deverá ser registrada no campo 16 (Descrição) da Guia de Outras Despesas juntamente com a descrição do item cobrado, uma vez que o padrão TISS não contemplou campo específico para o registro dessa informação.

4.7.2. Modelo da Guia de Outras Despesas

GUIA DE OUTRAS DESPESAS									
1 - Registro ANS ANS nº 36825-3		2 - Nº Guia Referenciada							
3 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				4 - Nome do Contratado				5 - Código CNES	
CÓDIGO DE DESPESAS REALIZADAS CD = 1 - Gases Medicinais 2 - Medicamentos 3 - Materiais 4 - Taxas Diversas 5 - Diárias 6 - Aluguéis									
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd	13 - % Red. / Acréscimo	14 - Valor Unitário - R\$	15 - Valor Total - R\$
1									
16 - Descrição									
2									
16 - Descrição									
3									
16 - Descrição									
4									
16 - Descrição									
5									
16 - Descrição									
6									
16 - Descrição									
7									
16 - Descrição									
8									
16 - Descrição									
9									
16 - Descrição									
10									
16 - Descrição									
11									
16 - Descrição									
12									
16 - Descrição									
13									
16 - Descrição									
17 - Total Gases Medicinais - R\$		18 - Total Medicamentos - R\$		19 - Total Materiais - R\$		20 - Total Taxas Diversas - R\$		21 - Total Diárias - R\$	
22 - Total Aluguéis - R\$		23 - Total Geral - R\$							

4.7.3. Legenda de Preenchimento da Guia de Outras Despesas

Nº. DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRIÇÃO / ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número do registro da Hapvida na ANS.	OBRIGATÓRIO
2	Nº. Guia Referenciada	Informar o número da guia referenciada às despesas adicionais. ATENÇÃO: Este campo deve ser preenchido com o mesmo número da guia de SP/SADT ou GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO à qual está anexada.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
3	Código na Operadora / CNPJ / CPF	Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
4	Nome do Contratado	Informar a razão social (caso Pessoa Jurídica) ou nome (caso Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
5	Código CNES	Informar o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do contratado, informado nos campos 3 e 4.	OBRIGATÓRIO quando o contratado informado nos campos 3 e 4 for hospital.
DESPESAS REALIZADAS			
6	CD	Informar o código correspondente para cada despesa realizada, de acordo com as opções: 1 – Gases Medicinais; 2 – Medicamentos; 3 – Materiais; 4 – Taxas Diversas; 5 – Diárias; 6 – Aluguéis.	OBRIGATÓRIO
7	Data	Informar a data de realização da despesa.	OBRIGATÓRIO
8	Hora Inicial	Informar a hora inicial da realização da despesa.	OPCIONAL
9	Hora Final	Informar a hora final da realização da despesa.	OPCIONAL
10	Tabela	Informar o código da tabela correspondente à despesa realizada. Exemplos: Código 05 – Tabela Brasíndice – quando a tabela negociada com a Hapvida para a despesa for o Brasíndice; Código 12 – Tabela Simpro – quando a tabela negociada com a Hapvida para a despesa for o Simpro; Código 95 – Tabela Própria de Matérias.	OBRIGATÓRIO
11	Código do Item	Informar o código do item correspondente à despesa realizada.	OBRIGATÓRIO
12	Qtde.	Informar a quantidade da despesa realizada.	OBRIGATÓRIO
13	% Red/Acréscimo	Informar o valor percentual referente à redução ou acréscimo a ser considerado. Exemplos: Para acréscimo de 15% (quinze por cento) – informar 1,15; Para redução de 15% (quinze por cento) – informar 0,85.	OPCIONAL
14	Valor Unitário – R\$	Informar o valor unitário do despesa realizada.	OBRIGATÓRIO
15	Valor Total – R\$	Informar o valor total do procedimento, multiplicando a quantidade realizada (campo 12) pelo valor unitário (campo 14).	OBRIGATÓRIO
16	Descrição	Informar a descrição da despesa realizada. ATENÇÃO: Acrescentar na descrição do item a unidade que está sendo cobrada (ml, gotas, cm, unid, comprimido, cápsula etc.), uma vez que o padrão TISS não contemplou campo específico para o registro dessa informação. Essa informação é indispensável para o processamento da conta.	OBRIGATÓRIO
17	Total de Gases Medicinais –	Informar o somatório dos valores totais de	OBRIGATÓRIO

	R\$	gases medicinais (CD = 1).	quando for faturado gás medicinal.
18	Total de Medicamentos – R\$	Informar o somatório dos valores totais de medicamentos (CD = 2).	OBRIGATÓRIO quando for faturado medicamento.
19	Total de Materiais – R\$	Informar o somatório dos valores totais de materiais (CD = 3).	OBRIGATÓRIO quando for faturado material.
20	Total de Taxas Diversas – R\$	Informar o somatório dos valores totais de Taxas Diversas (CD = 4).	OBRIGATÓRIO quando for faturado taxa diversa.
21	Total de Diárias– R\$	Informar o somatório dos valores totais de Diárias (CD = 5).	OBRIGATÓRIO quando for faturado diária.
22	Total de Aluguéis – R\$	Informar o somatório dos valores totais de Aluguéis (CD = 6).	OBRIGATÓRIO quando for faturado aluguel.
23	Total Geral – R\$	Informar o valor final da guia considerando o somatório dos campos 17 ao 22 (Esse somatório deverá ser igual ao somatório do campo 15).	OBRIGATÓRIO