

TISS

Instruções de preenchimento das novas guias

Maio/2007

BRB Saúde – Caixa de Assistência

ÍNDICE

1.	TISS COMO MODELO ÚNICO DE TROCA DE INFORMAÇÕES	3
2.	INSTRUÇÕES GERAIS	3
3.	PADRÃO DE REPRESENTAÇÃO DE CONCEITOS EM SAÚDE.....	4
4.	INSTRUCOES DE PREENCHIMENTO DAS GUIAS DE ATENDIMENTO	4
4.1.	GUIA DE CONSULTA	4
4.1.1.	QUANDO UTILIZAR.....	4
4.1.2.	ANÁLISE DO FORMULÁRIO.....	5
4.2.	GUIA DE SP/SADT	8
4.2.1.	QUANDO UTILIZAR.....	8
4.2.1.1.	UTILIZAÇÃO COMO GUIA DE SOLICITAÇÃO.....	8
4.2.1.2.	UTILIZAÇÃO COMO GUIA DE EXECUÇÃO.....	9
4.2.2.	ANÁLISE DO FORMULÁRIO.....	10
4.3.	GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO	18
4.3.1.	QUANDO UTILIZAR.....	18
4.3.2.	ANÁLISE DO FORMULÁRIO.....	18
4.4.	GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO	22
4.4.1.	QUANDO UTILIZAR.....	22
4.4.2.	ANÁLISE DO FORMULÁRIO.....	22
4.5.	GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL.....	28
4.5.1.	QUANDO UTILIZAR.....	28
4.5.2.	ANÁLISE DO FORMULÁRIO.....	28
4.6.	GUIA DE OUTRAS DESPESAS.....	31
4.6.1.	QUANDO UTILIZAR.....	31
4.6.2.	ANÁLISE DO FORMULÁRIO.....	32

1. TISS COMO MODELO ÚNICO DE TROCA DE INFORMAÇÕES

A Agência Nacional de Saúde Suplementar determinou que operadoras de planos privados de assistência a saúde e seus prestadores de serviços adotassem a TISS-Troca de Informações em Saúde Suplementar, como o modelo único de troca de informações na saúde suplementar.

A TISS se divide em vários padrões, cada um com sua data de implantação. Um dos padrões definidos na TISS refere-se ao padrão de conteúdo e estrutura, que contempla os modelos de guias de atendimento, demonstrativos de análise de conta médica e demonstrativo de pagamento.

Este manual objetiva oferecer esclarecimentos quanto ao preenchimento das novas guias imposta pela TISS.

2. INSTRUÇÕES GERAIS

FORMULÁRIOS EXTINTOS – Todos os serviços prestados a partir de 01.06.2007 deverão ser cobrados através dos novos modelos. O uso de modelos antigos acarretará a devolução das contas aos credenciados, para transcrição para os novos modelos, haja vista a impossibilidade de processá-las no novo sistema computadorizado, bem como o fato de os modelos antigos não captarem todas as informações solicitadas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

VALIDADE DE SOLICITAÇÕES MÉDICAS – Toda e qualquer solicitação de exames, tratamentos ou internações só terá validade de 30 (trinta) dias, independentemente de exigirem autorização prévia, ou seja, deverá ser observada se a solicitação, elaborada pela Guia de SP/SADT, SOLICITACAO DE INTERNAÇÃO ou qualquer outro meio encontra-se dentro do prazo de 30 (trinta) dias. Atendimentos com solicitação acima desse prazo não serão passíveis de pagamento.

PRAZO PARA ENTREGA DE CONTAS – O credenciado tem até 90 (trinta) dias, a partir da data do atendimento (após a data da alta, no caso de internações, e após a conclusão do tratamento, no caso de tratamentos em múltiplas sessões, odontologia etc.) para apresentação das guias para pagamento. A entrega após esse prazo impossibilita o pagamento pelo sistema computadorizado.

PRAZO PARA RECLAMAÇÃO DE CORREÇÕES DE COBRANÇA – O credenciado tem até 60 (sessenta) dias após o pagamento da conta para solicitar revisão de correções, através do envio de solicitação formal, indicando o número da correção (informado no aviso de crédito), o motivo do recurso e o valor reclamado. Pedidos de revisão após esse prazo ou sem a apresentação das informações necessárias não serão avaliadas por esta operadora.

AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES NA GUIA – A ausência do preenchimento de todos os campos obrigatórios das guias impossibilitará o seu pagamento, acarretando a sua devolução para regularização, iniciando-se a contagem do prazo de pagamento a partir da nova data de entrega da guia, devidamente regularizada. Vale ressaltar que cada operadora pode, a seu critério, transformar em obrigatório um campo definido inicialmente como opcional pela ANS.

RASURAS NOS FORMULÁRIOS - Deverão ser evitadas rasuras no preenchimento dos formulários, principalmente nos campos de data da solicitação, data do atendimento, data da autorização, validade da autorização e assinatura do usuário ou responsável, que poderão ocasionar o não pagamento da guia.

3. PADRÃO DE REPRESENTAÇÃO DE CONCEITOS EM SAÚDE

O Padrão de Representação de Conceitos em Saúde constitui um conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados pela TISS.

Para o preenchimento das guias de atendimento, os prestadores de serviços deverão atentar para as tabelas de domínio criadas pela ANS, uma vez que o preenchimento em desacordo com o contido nessas tabelas poderá ocasionar a devolução das guias para correção.

4. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DAS GUIAS DE ATENDIMENTO

O Padrão de Conteúdo e estrutura estabelece as guias e demonstrativos utilizados pelo setor de saúde suplementar, padronizando campos, formatos e regras de preenchimento.

Ficou convencionado que os campos de preenchimento opcional são hachurados internamente, enquanto os campos brancos são de preenchimento obrigatório.

4.1. GUIA DE CONSULTA

Formulário padrão a ser utilizado única e exclusivamente para consultas eletivas realizadas em consultórios. Poderá ser utilizada por profissional de saúde de nível superior, não sendo exclusiva da atividade médica.

4.1.1. QUANDO UTILIZAR

Segundo a ANS, a Guia de Consulta deve ser utilizada exclusivamente na execução de consultas **eletivas** e **sem** procedimento associado.

Assim sendo, as consultas realizadas nas situações abaixo **não deverão ser cobradas através da Guia de Consulta, e sim através da SP/SADT**:

- a) Consulta realizada com outro procedimento (exemplo: CONSULTA+ECG) – considerando que foi realizada com outro procedimento;
- b) Consulta com medicamentos – considerando que foi realizada unicamente a consulta;
- c) Consulta domiciliar – considerando que não foi consulta realizada em consultório;
- d) Consulta de urgência/emergência – considerando que não se trata de consulta eletiva;
- e) Consulta de referência – considerando que na Guia de Consulta não há campos para informar o médico solicitante da consulta de referência.

4.1.2. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Núm. do Campo	Nome do Campo	1-Descrição 2-Instruções de preenchimento	Obrigatório, Opcional ou condicional.
1	Registro ANS	1-Registro da operadora na ANS 2- <i>informar o número de registro da operadora junto à ANS.</i>	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia	Número da guia.	OBRIGATÓRIO
3	Data de Emissão da Guia	1-Data de emissão da guia 2- <i>informar a data em que a guia foi emitida. Não necessariamente, se refere a data de atendimento do beneficiário.</i>	OBRIGATÓRIO
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
4	Número da Carteira	1-Número do cartão do beneficiário 2- <i>informar o número da carteira/cartão de identificação do beneficiário atendido, existente em seu cartão/carteira do plano de saúde.</i>	OBRIGATÓRIO
5	Plano	1-Nome do plano do beneficiário 2- <i>Informar o nome do plano do beneficiário atendido. Não se refere ao nome da operadora do beneficiário, e sim ao nome do produto da operadora ao qual o beneficiário está vinculado.</i>	OBRIGATÓRIO
6	Validade da Carteira	1-Validade da carteira do beneficiário 2- <i>Informar o dia, mês e ano em que termina a validade da carteira do beneficiário atendido.</i>	OPCIONAL
7	Nome	1-Nome do beneficiário	OBRIGATÓRIO
8	Número do Cartão Nacional de Saúde	1-Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.	OPCIONAL
DADOS DO CONTRATADO			
9	Código na Operadora / CNPJ / CPF	1-Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado 2- <i>Informar o CNPJ (quando Pessoa Jurídica) ou CPF (quando Pessoa Física) do profissional ou entidade credenciado/contratado da operadora. Refere-se ao profissional ou entidade credenciada ao plano de saúde, que receberá o pagamento dos serviços cobrados, que não necessariamente se refere ao prestador do serviço.</i>	OBRIGATÓRIO
10	Nome do Contratado	1-Nome do contratado 2- <i>Informar o nome do contratado, conforme explicado acima.</i>	OBRIGATÓRIO
11	Código CNES	1-Código CNES do prestador contratado 2- <i>Caso os campos 9 e 10 se referiram a HOSPITAL, preencher esse campo.</i>	CONDICIONAL

12 a 19	T. L.-Logradouro - Número – Complemento- Município-UF-Código IBGE-CEP	1-Endereço completo do contratado. 2- <i>Informação desnecessária.</i>	OPCIONAL
20	Nome do Profissional Executante	1-Nome do profissional executante. 2- <i>informar o nome do profissional executante. Como se trata da cobrança de honorário profissional, necessário se faz identificar o prestador do serviço, uma vez que o contratado Pessoa jurídica é apenas o credenciado receptor do pagamento.</i>	OBRIGATÓRIO apenas quando o nome do contratado no campo 10 se referir à pessoa jurídica.
21	Conselho Profissional	1-Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO
22	Número no Conselho	1-Número do conselho profissional do executante.	OBRIGATÓRIO
23	UF	1-Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante 2- <i>Existem determinados Conselhos Regionais, como é o caso do Conselho Regional de Fonoaudiologia - CRF^a, que o número do Conselho é por região geográfica, não sendo seus registros liberados por UF.</i> <i>Este caso não foi previsto pela ANS. Sugerimos informar a UF de atuação do profissional executante.</i>	OBRIGATÓRIO
24	Código CBO S	1-Código da especialidade do contratado conforme tabela de domínio. 2- <i>Informar o CBO-S relativo à especialidade do atendimento, ou seja, caso o executante tenha mais de uma especialidade credenciada junto ao plano de saúde, deverá ser informada aquela relacionada ao atendimento realizado.</i>	OPCIONAL
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS			
25	Tipo de Doença	1-Código do Tipo de Doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	OPCIONAL
26	Tempo de Doença	1-Tempo de doença referido pelo paciente e unidade de tempo: "A" = anos; "M" = meses; "D" = dias 2- <i>Informar o tempo da doença no primeiro campo (de 2 posições) e a unidade de tempo no segundo campo.</i> <i>Para o preenchimento do campo, transformar o tempo de doença referido pelo paciente na unidade de tempo mais adequada para a resposta, como por exemplo:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se 10 dias – informar 10-D; • Se 1 mês – informar 01-M; • Se 1 mês e meio – informar 45-D; • Se 1 ano – informar 01-A; • Se 1 ano e meio – informar 18-M. 	OPCIONAL

27	Indicação de Acidente	<p>1-Indica se houve: Acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho = 0; Acidente de trânsito = 1; Outros acidentes = 2</p> <p>2-<i>informar se o atendimento foi motivado por algum tipo de acidente. ATENÇÃO: marcar uma das opções apenas se tiver havido algum tipo de acidente. Caso contrariar, deixar o campo sem resposta.</i></p>	CONDICIONAL
28	CID 10 Principal	1-Código CID10 do diagnóstico principal	OPCIONAL
29	CID 10 (2)	1-Código CID10 do segundo diagnóstico	OPCIONAL
30	CID 10 (3)	1-Código CID10 do terceiro diagnóstico	OPCIONAL
31	CID 10 (4)	1-Código CID10 do quarto diagnóstico	OPCIONAL
DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO			
32	Data do Atendimento	<p>1-Data de realização do atendimento.</p> <p>2-<i>Informar a data de realização da consulta.</i></p>	OBRIGATÓRIO
33	Código Tabela	<p>1-Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio.</p> <p>2-<i>Informar o código da tabela negociada entre a operadora e o prestador de serviço contratado, à qual pertence o código do serviço cobrado.</i></p>	OBRIGATÓRIO
34	Código Procedimento	<p>1-Código do procedimento realizado.</p> <p>2-<i>Informar o código do procedimento de acordo com a tabela negociada entre a operadora e o prestador de serviço contratado, informada no campo 33.</i></p>	OBRIGATÓRIO
35	Tipo de Consulta	<p>1-Código do tipo de consulta Primeira consulta = "1"; Seguimento = "2"; Pré-Natal = "3".</p> <p>2-<i>Informar o tipo de consulta realizada, conforme os seguintes conceitos:</i></p> <p><u>1-Primeira Consulta</u> – Primeira consulta no ano civil. Caso seja a primeira consulta e ao mesmo tempo seja referenciada por outro profissional, constitui-se uma consulta referenciada(*);</p> <p><u>2-Consulta Seguimento</u> – consulta eletiva realizada em consultório em continuidade de tratamento e/ou acompanhamento do paciente no mesmo prestador;</p> <p><u>3-Consulta Pré-Natal</u> – quando se referir a atendimentos de pré-natal;</p> <p><u>*-Consulta Referenciada</u> – consulta realizada por indicação de outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento.</p>	OBRIGATÓRIO

36	Tipo de Saída	<p>1-Código do tipo de saída: Retorno = 1; Retorno com SADT = 2; Referência = 3; Internação = 4; Alta = 5.</p> <p>2-Escolher uma das opções, conforme os seguintes conceitos:</p> <p><u>1 – Retorno</u> - quando for definida a necessidade de retorno do paciente para continuidade ao tratamento, sem haver tido solicitação de exames;</p> <p><u>2 – Retorno SADT</u> - quando for definida a necessidade de retorno do paciente e tiver sido solicitada a realização de exames;</p> <p><u>3 – Referência</u> – quando o médico assistente indicar o paciente para outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade ao tratamento;</p> <p><u>4 – Internação</u> - quando for solicitada internação para o paciente atendido;</p> <p><u>5 – Alta</u> – quando a consulta realizada concluir o tratamento do paciente.</p>	OBRIGATÓRIO
37	Observação	1-Observações	OPCIONAL
38	Data e Assinatura do Médico	1-Data e assinatura do médico.	OBRIGATÓRIO
39	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	1-Data e assinatura do beneficiário / responsável	OBRIGATÓRIO
FIM DO FORMULÁRIO			

4.2. GUIA DE SP/SADT

Segundo a ANS, a Guia de Serviços Profissionais / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção, pequena cirurgia, terapias, consulta com procedimentos, exames, atendimento domiciliar, SADT internado ou quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS).

4.2.1. QUANDO UTILIZAR

A utilização desta guia compreende os processos de solicitação e autorização de procedimentos, desde que necessário, e de execução dos serviços.

4.2.1.1. UTILIZAÇÃO COMO GUIA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO

Quando da utilização da SP/SADT como Guia de Solicitação, esta deverá ser utilizada da seguinte forma:

- Para o médico solicitar, se necessário, qualquer tipo de SADT ou procedimento, material, medicamento, taxa e equipamento, em situações que não impliquem em internação, ou seja, que a solicitação destes procedimentos não estejam atrelados à solicitação da internação do paciente. Isto elimina qualquer outro tipo de papel, mesmo os receituários em que os médicos estão acostumados a fazer estas solicitações. Se a operadora for emitir uma guia autorizando qualquer tipo de SADT ou procedimento, material, medicamento, taxa e equipamento (à exceção das internações) deverá utilizar esta guia.
- Para a solicitação de consulta de referência (consulta realizada por indicação de outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento);

- No caso de autorização de OPM e medicamentos especiais, a operadora poderá, a seu critério, emitir uma nova guia ou algum documento complementar comprovando a autorização.

4.2.1.2. UTILIZAÇÃO COMO GUIA DE EXECUÇÃO

Quando da utilização da SP/SADT como Guia de Execução, esta deverá ser utilizada da seguinte forma:

- Consulta realizada com outro procedimento (exemplo: CONSULTA+ECG);
- Consulta com medicamentos;
- Consulta domiciliar;
- Consulta de urgência/emergência;
- Consulta de referência;
- Se todo fluxo da operadora for em papel e manual, o prestador enviará no mesmo documento de solicitação os dados da execução para cobrança;
- Qualquer tipo de SADT ou procedimento, OPMs e medicamentos especiais executados, não internados, são registrados na guia de SP/SADT. Outras cobranças de material e medicamento de uso comum, taxas e equipamentos devem ser registrados na Guia de Outras Despesas;
- No caso de serviços terceirizados do hospital (SADT internado), quando o pagamento não é feito ao hospital, mesmo em regime de internação, deverá utilizar esta guia. Admite-se que mesmo em casos de internações onde o SADT seja cobrado pelo próprio hospital, utilize-se essa guia. Nessa hipótese, o hospital não colocaria esses procedimentos na Guia de Resumo de Internação;
- Para cobrança individual de honorários de procedimentos realizados em equipe, incluindo o grau de participação conforme tabela de domínio.

4.2.2. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Núm. do Campo	Nome do Campo	1-Descrição 2-Instruções de preenchimento	Obrigatório, Opcional ou condicional.
1	Registro ANS	1-Registro da operadora na ANS 2- <i>informar o número de registro da operadora junto à ANS.</i>	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia	1-Número da guia	OBRIGATÓRIO
3	Nº Guia Principal	1-Número da guia principal 2- <i>Apesar de a ANS informar que este campo só é obrigatório quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado, existem outros casos em que a informação da Guia Principal será necessária, caso a operadora deseje vincular todas as guias relacionadas a um mesmo atendimento, como por exemplo:</i> <i>Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesiastas, auxiliares, etc...) decorrentes dos procedimentos discriminados em uma Guia de SP/SADT, deve ser usada uma guia adicional de SP/SADT para cada cobrança, destacando no campo 45a-Grau de Participação o papel do profissional. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo 2-Nº da Guia Principal contenha o número da guia de SP/SADT principal.</i>	OBRIGATÓRIO, quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado.
4	Data da Autorização	1-Data da autorização 2- <i>Informar a data da autorização concedida pela operadora.</i>	OPCIONAL
5	Senha	1-Senha de autorização 2- <i>Informar a senha de autorização concedida pela operadora.</i>	OBRIGATÓRIO PARA PLANO FAMÍLIA
6	Data Validade da Senha	1-Data de validade da senha 2- <i>Informar a data de validade da senha concedida pela operadora.</i>	OPCIONAL
7	Data de Emissão da Guia	1-Data de emissão da guia 2- <i>informar a data em que a guia foi emitida. Não necessariamente, se refere a data de atendimento do beneficiário.</i>	OBRIGATÓRIO
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
8	Número da Carteira	1-Número do cartão do beneficiário	OBRIGATÓRIO
9	Plano	1-Nome do plano do beneficiário	OBRIGATÓRIO
10	Validade da Carteira	1-Validade da carteira do beneficiário	OPCIONAL
11	Nome	1-Nome do beneficiário	OBRIGATÓRIO
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	1-Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	OPCIONAL

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE			
13	Código na Operadora / CNPJ / CPF	<p>1-Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante</p> <p>2- Informar o código ou CPF do contratado solicitante. Se o solicitante for uma pessoa física vinculada a uma pessoa jurídica, deverá ser aposto neste campo o código ou CNPJ da pessoa jurídica contratada e as informações do profissional solicitante nos campos 16 a 20 seguintes.</p> <p>Caso o profissional solicitante não seja credenciado da operadora (atendimento particular), utilizar os campos 16 a 20 para informar seus dados.</p>	OBRIGATÓRIO
14	Nome do Contratado	1-Nome do contratado solicitante	OBRIGATÓRIO
15	Código CNES	1-Código CNES do contratado solicitante.	OPCIONAL
16	Nome do Profissional Solicitante	1-Nome do profissional solicitante	OBRIGATÓRIO apenas quando os campos 13 e 14 se referirem à pessoa jurídica
17	Conselho Profissional	<p>1-Sigla do conselho profissional conforme tabela de domínio.</p> <p>2-Informar o código do conselho do profissional solicitante, definido no campo 16 ou 14 retro.</p>	OBRIGATÓRIO
18	Número no Conselho	1-Número no conselho profissional.	OBRIGATÓRIO
19	UF	1-Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	OBRIGATÓRIO
20	Código do CBO S	<p>1-Código da especialidade conforme tabela de domínio.</p> <p>2-Informar o CBO-S relativo à especialidade do atendimento, ou seja, caso o solicitante tenha mais de uma especialidade credenciada junto ao plano de saúde, deverá ser informada aquela relacionada ao atendimento realizado.</p>	OPCIONAL
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS / EXAMES SOLICITADOS			
21	Data / Hora da Solicitação	1-Data/ hora da solicitação.	OPCIONAL
22	Caráter da Solicitação	1-Código do caráter da solicitação: Eletivo = "E"; Urgência/Emergência = "U"	OBRIGATÓRIO
23	CID 10	<p>1-Código CID-10 do diagnóstico principal</p> <p>2-Informar o CID-10 relativo à principal patologia que motivou a solicitação do procedimento para o paciente.</p>	OBRIGATÓRIO se solicitação de pequena cirurgia, terapias, ou procedimentos em série.
24	Indicação Clínica	1-Deve ser preenchido pelo profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
25	Tabela	<p>1-Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio</p> <p>2-informacao desnecessária.</p>	OPCIONAL

26	Código do Procedimento	1-Código do procedimento solicitado <i>2-Informar o código do procedimento que está sendo solicitado.</i>	OBRIGATÓRIO
27	Descrição	1-Descrição do procedimento solicitado <i>2-Informar a descrição do procedimento solicitado.</i>	OBRIGATÓRIO
28	Qt. Solic	1-Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento	OBRIGATÓRIO
29	Qt. Autoriz	1-Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento <i>2-A operadora informará a quantidade autorizada do procedimento solicitado, caso haja a necessidade de autorização prévia.</i>	OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
30	Código na Operadora / CNPJ / CPF	1-Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante. <i>2-Informar o CNPJ (quando Pessoa Jurídica) ou CPF (quando Pessoa Física) do profissional ou entidade credenciado/contratado da operadora. Refere-se ao profissional ou entidade credenciada ao plano de saúde, que receberá o pagamento dos serviços cobrados, que não necessariamente se refere ao prestador do serviço. Somente quando o contratado é Pessoa Física que este campo se refere tanto ao recebedor do pagamento quanto ao prestador do serviço, pois não haverá necessidade de preenchimento do campo 40a seguinte.</i>	OBRIGATÓRIO
31	Nome do Contratado	1-Nome do contratado <i>2-Informar o nome do contratado, conforme explicado acima.</i>	OBRIGATÓRIO
32 a 39	T.L.-Logradouro - Número – Complemento- Município-UF- Cód.IBGE-CEP	Informar o endereço completo do contratado. <i>2-Informação desnecessária.</i>	OPCIONAL
40	Código CNES	1-Código CNES do contratado executante <i>2-Preencher quando o contratado for hospital.</i>	CONDICIONAL
40 a	Código na Operadora/CPF do exec. complementar	1-Este campo identifica o profissional executante/complementar em qualquer procedimento não laboratorial. <i>2-Preencher quando o campo 30 se referir a pessoa jurídica e a guia estiver cobrando honorários profissionais, que necessitam identificar a pessoa física prestadora do serviço, uma vez que o CNPJ informado no campo 30 se refere ao recebedor do pagamento.</i>	CONDICIONAL

41	Nome do Profissional Executante / Complementar	<p>1-Este campo identifica o profissional executante/complementar em qualquer procedimento não laboratorial</p> <p>2-Preencher quando o campo 31 se referir a pessoa jurídica e a guia estiver cobrando honorários profissionais, que necessitam identificar a pessoa física prestadora do serviço, uma vez que o CNPJ informado no campo 31 se refere ao receptor do pagamento.</p>	CONDICIONAL
42	Conselho Profissional	1-Sigla do conselho profissional executante conforme tabela de domínio	OBRIGATÓRIO quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a/41 forem preenchidos
43	Número no Conselho	1-Número no conselho profissional do executante	
44	UF	1-Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante.	
45	Código do CBO S	<p>1-Código da especialidade do executante conforme tabela de domínio</p> <p>2-Informar o CBO-S relativo à especialidade do atendimento, ou seja, caso o executante tenha mais de uma especialidade credenciada junto ao plano de saúde, deverá ser informada aquela relacionada ao atendimento realizado.</p>	OPCIONAL
45 a	Grau de Participação	1-Grau de participação do profissional na equipe médica de acordo com a tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO quando houver procedimentos em equipe

DADOS DO ATENDIMENTO			
46	Tipo Atendimento	<p>1-Código do tipo de atendimento da guia SP/SADT Remoção=1; Pequena Cirurgia=2; Terapia=3; Consulta=4; Exame=5; Atendimento Domiciliar=6; SADT Internado=7; Quimioterapia=8; Radioterapia=9; TRS Terapia Renal Substitutiva=10</p> <p>2-Marcas somente uma opção, observando-se a seguinte prioridade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando realizado atendimento domiciliar, à exceção de internação domiciliar, marcar sempre a opção "06-Atendimento Domiciliar", independentemente dos serviços realizados. Exemplo: Se for realizada uma consulta domiciliar, marcar a opção "06-Atendimento Domiciliar" e não a opção "04-Consulta"; • As demais opções, à exceção da 07-SADT Internado, deverão ser marcadas sempre que o atendimento tiver sido realizado em regime ambulatorial, optando pela opção que se refira ao serviço realizado; • Paciente internado – em que pese a opção 07-SADT INTERNADO não contemplar todos os tipos de atendimento a pacientes internados, mas considerando a importância para a contabilização e o SIP, sugerimos que todos os atendimentos de internação hospitalar e internação domiciliar tenha marcada essa opção. • Caso inexista opção que represente o tipo de serviço realizado, a ANS tem sugerido em oficinas que se marque a opção que represente o serviço que originou os demais. Exemplo: CONSULTA+ECG: marcar a opção 04-Consulta. 	OBRIGATÓRIO
47	Indicação de Acidente	Vide esclarecimentos anteriores.	OPCIONAL

48	Tipo de Saída	<p>1-Código do tipo de saída Retorno = 1; Retorno com SADT = 2; Referência = 3; Internação = 4; Alta = 5; Óbito = 6.</p> <p>2-Escolher uma das opções abaixo, conforme os seguintes conceitos:</p> <p><u>1 – Retorno</u> - quando for definida a necessidade de retorno do paciente para continuidade do tratamento, sem haver tido solicitação de exames;</p> <p><u>2 – Retorno SADT</u> - quando for definida a necessidade de retorno do paciente e tiver sido solicitada a realização de exames;</p> <p><u>3 – Referência</u> – quando o médico assistente indicar o paciente para outro profissional, de mesma especialidade ou não, para dar continuidade ao tratamento;</p> <p><u>4 – Internação</u> - quando for solicitada internação para o paciente atendido;</p> <p><u>5 – Alta</u> – quando o serviço realizado for suficiente para concluir o tratamento do paciente;</p> <p><u>6 – Óbito</u> – quando o paciente for a óbito.</p>	OBRIGATÓRIO
CONSULTA DE REFERÊNCIA			
49	Tipo de Doença	1-Código do Tipo de Doença: Aguda = "A"; Crônica = "C"	OPCIONAL
50	Tempo de Doença	1-Tempo de doença referido pelo paciente e unidade de tempo: "A" = anos; "M" = meses; "D" = dias	OPCIONAL
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS			
51	Data	1-Data de realização do procedimento	OBRIGATÓRIO
52	Hora Inicial	<p>1-Hora inicial de realização do procedimento</p> <p>2- Obrigatório para os casos de procedimentos cuja hora de realização, confrontada com o dia da semana, pode alterar o valor a ser pago ao prestador do serviço.</p>	CONDICIONAL
53	Hora Final	<p>1-Hora final de realização do procedimento</p> <p>2-Utilizar para os casos de procedimentos cirúrgicos e tratamentos de múltiplas sessões (fonoaudiologia, psicologia etc.).</p>	CONDICIONAL
54	Tabela	1-Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio	OBRIGATÓRIO
55	Código do Procedimento	1-Código do procedimento realizado	
56	Descrição	1-Descrição do procedimento realizado	
57	Qtde.	1-Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/procedimento realizado	OBRIGATÓRIO
58	Via	<p>1-Código da via de acesso: Única = "U"; Mesma via = "M"; Diferentes vias = "D".</p> <p>2-Utilizar quando da cobrança de procedimentos cirúrgicos.</p>	CONDICIONAL

59	Tec	1-Código da técnica utilizada: Convencional = "C"; Videolaparoscopia = "V "	OPCIONAL
60	% Red/Acrésc	<p>1-% de redução/ acréscimo no caso de cirurgia múltipla/ radiologia de múltiplas áreas</p> <p>2- Utilizar este campo informando o percentual de pagamento a ser feito ao procedimento cobrado, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cobrança de adicional noturno(30%)</u> – informar 130,00%; • <u>Pagamento de 2 procedimentos cirúrgicos realizados pela mesma equipe na mesma ocasião</u> – informar-se-ia 100,00% para o maior e 70,00% para o menor; • <u>Pagamento de 2 procedimentos cirurgicos realizados pela mesma equipe e via de acesso</u> – informar-se-ia 100,00% para o maior e 50,00% para o menor. 	CONDICIONAL
61	Valor Unitário – R\$	<p>1-Valor unitário em R\$ do procedimento/serviço realizado.</p> <p>2-informar o valor unitário do serviço, de acordo com a tabela negociada com o credenciado.</p>	OBRIGATÓRIO
62	Valor Total – R\$	<p>1-Valor total em R\$ dos procedimentos/serviços realizados;</p> <p>2- informar o valor total, multiplicando-se o valor unitário do campo 61 com a quantidade do campo 57.</p>	OBRIGATÓRIO
63	Data e Assinatura do Procedimento em Série	2- Para assinatura pelo beneficiário ou responsável, a cada sessão realizada de procedimentos em série, como Acupuntura, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Radioterapia etc.	OBRIGATÓRIO
64	Observação	1-Observações	OPCIONAL
65	Total Procedimentos R\$	<p>1-Valor em R\$ de procedimentos</p> <p>2-<i>Informar o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados (campo 62).</i></p>	OBRIGATÓRIO
66	Total Taxas e Aluguéis R\$	<p>1-Valor em R\$ de taxas e aluguéis.</p> <p>2-<i>Informar o valor total das taxas e aluguéis cobrados na Guia de Outras Despesas, que deverá ser encaminhada como anexo desta guia.</i></p> <p><i>Ressaltamos que este totalizador representa o somatório de 2 códigos de despesas da Guia de Outras Despesas (4-Taxas Diversas e 6-Aluguéis).</i></p>	
67	Total Materiais R\$	<p>1-Valor em R\$ de materiais</p> <p>2-<i>Informar o valor total dos materiais cobrados na Guia de Outras Despesas, que deverá ser encaminhada como anexo desta guia.</i></p>	
68	Total Medicamentos R\$	<p>1-Valor em R\$ de medicamentos</p> <p>2-<i>Informar o valor total dos medicamentos cobrados na Guia de Outras Despesas, que deverá ser encaminhada como anexo desta guia.</i></p>	

69	Total Diárias R\$	1-Valor em R\$ de diárias 2-Deixar sempre em branco, pois as diárias são cobradas na Guia Resumo de Internação.	
70	Total Gases Medicinais R\$	1-Valor em R\$ de gases medicinais 2-Informar o valor total dos gases medicinais cobrados na Guia de Outras Despesas, que deverá ser encaminhada como anexo desta guia.	
71	Total Geral da Guia R\$	1-Valor em R\$ do total geral 2-Informar o valor total da guia considerando, inclusive, os eventos discriminados na guia de Outras Despesas.	
OPM SOLICITADOS			
72	Tabela	1-Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	OPCIONAL
73	Código do OPM	1-Código da OPM solicitada	
74	Descrição OPM	1-Descrição OPM solicitada	
75	Qtde.	1-Quantidade de OPM solicitadas	
76	Fabricante	1-Nome do Fabricante da OPM solicitada	
77	Valor Unitário R\$	1-Valor unitário em R\$ da OPM solicitada	
OPM UTILIZADOS			
78	Tabela	1-Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	OPCIONAL
79	Código do OPM	1-Código da OPM utilizada	
80	Descrição OPM	1-Descrição da OPM utilizada	
81	Qtde.	1-Quantidade utilizada de OPM	
82	Código de Barras	1-Código de barra identificador da OPM utilizada	
83	Valor Unitário R\$	1-Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	
84	Valor Total R\$	1-Valor total em R\$ da OPM utilizada 2-Informar o valor total das OPM's cobradas, multiplicando-se a quantidade utilizada (campo 81) pelo valor unitário da OPM (campo 83).	
85	Total OPM R\$	1-Valor total de OPM em R\$ 2-Informar o somatório de todos os valores totais das OPM's cobradas (somatório dos campos 84).	
ASSINATURAS / CONFIRMAÇÕES DOS SERVIÇOS PRESTADOS			
86	Data e Assinatura do Solicitante	1-Data e Assinatura do Solicitante	OBRIGATÓRIO
87	Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	1-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
88	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	1-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
89	Data e Assinatura do Prestador Executante	1-Data e Assinatura do Prestador Executante	
FIM DO FORMULÁRIO			

4.3. GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Guia de Solicitação de Internação é o formulário padrão a ser utilizado para a solicitação de internação de paciente atendido em consulta eletiva ou não, bem como em remoções, ou mesmo em atendimento domiciliar, tendo em vista a necessidade de continuidade do tratamento em regime hospitalar.

4.3.1. QUANDO UTILIZAR

A Guia de Solicitação de Internação tem a finalidade de ser utilizada para solicitar internação hospitalar, hospital-dia ou domiciliar (home-care). Quaisquer outros procedimentos e insumos necessários para um paciente internado deverão ser solicitados através de uma Guia de SP/SADT.

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 que haja a padronização da Guia de Pedido de Prorrogação, a ser determinada pelo COPISS.

Segundo a ANS, deverá ser implantada uma guia exclusiva para solicitação de prorrogações.

4.3.2. ANÁLISE DO FORMULÁRIO

Núm. do Campo	Nome do Campo	1-Descrição 2-Instruções de preenchimento	Obrigatório, Opcional ou condicional.
1	Registro ANS	1-Registro da Operadora na ANS.	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia	1-Número da Guia de solicitação.	OBRIGATÓRIO
3	Data da Autorização	1-Data que a autorização foi concedida.	OPCIONAL
4	Senha	1-Senha de autorização do procedimento.	OBRIGATÓRIO
5	Data de Validade da Senha	1-Data de validade da senha para execução do procedimento.	OPCIONAL
6	Data de Emissão da Guia	1-Data em que foi emitida a guia	OBRIGATÓRIO
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
7	Número da Carteira	1-Número do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
8	Plano	1-Nome do plano do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
9	Validade da Carteira	1-Validade da carteira do beneficiário.	OPCIONAL
10	Nome	1-Nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	1-Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.	OPCIONAL

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE			
12	Código na Operadora / CNPJ / CPF	1-Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante.	OBRIGATÓRIO
13	Nome do Contratado	1-Nome do contratado solicitante.	OBRIGATÓRIO
14	Código do CNES	1-Código CNES do contratado solicitante.	OPCIONAL
15	Nome do Profissional Solicitante	1-Nome do contratado solicitante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 13 se referir a pessoa jurídica.	CONDICIONAL
16	Conselho Profissional	1-Sigla do conselho do profissional.	OBRIGATÓRIO
17	Número no Conselho	1-Número do conselho profissional do solicitante.	OBRIGATÓRIO
18	UF	1-Sigla da Unidade Federativa do conselho profissional.	OBRIGATÓRIO
19	Código do CBO-S	1-Código da especialidade conforme tabela de domínio; <i>2-Refere-se ao CBO-S relativo à especialidade de atendimento do beneficiário.</i>	OPCIONAL
DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO			
20	Código na Operadora / CNPJ	1-Código do contratado solicitado ou CNPJ do contratado solicitado <i>2-Refere-se à instituição hospitalar ou de home-care onde ocorrerá a internação do beneficiário.</i>	OPCIONAL
21	Nome do Prestador	1-Nome do contratado solicitado. <i>2-Refere-se à razão social da instituição hospitalar ou de home-care onde ocorrerá a internação do beneficiário.</i>	OPCIONAL
22	Caráter da Internação	1-Caráter da internação: Eletiva="E"; Urgência/Emergência="U".	OBRIGATÓRIO
23	Tipo de Internação	<i>Informar o tipo da internação, entre uma das seguintes opções, para o que recomendamos utilizar a mesma conceituação do SIP-Sistema de Informação de Produtos (RN N° 96):</i> <i>1-Internação clínica: internações clínicas para tratamento clínico e/ou pesquisa diagnóstica ocorridas em pacientes maiores de 18 anos;</i> <i>2-Internação cirúrgica: – internação em que o principal evento é cirúrgico independentemente da faixa etária do paciente;</i> <i>3-Internação obstétrica: internações não clínicas e não cirúrgicas decorrentes do ciclo gravídico-puerperal;</i> <i>4-Internação pediátrica: internações clínicas ocorridas em pacientes de até 18 anos;</i> <i>5-Internação psiquiátrica: internações psiquiátricas ocorridas em todas as faixas etárias.</i>	OBRIGATÓRIO

24	Regime de Internação	<p><i>Código regime de internação: Hospitalar=1; Hospital-dia=2; Domiciliar=3.</i></p> <p><i>Recomendamos utilizar a conceituação definida pela ANS:</i></p> <p><i><u>Regime hospitalar</u> - regime de internação em que o paciente recebe o atendimento em ambiente hospitalar;</i></p> <p><i><u>Regime hospital-dia</u> - forma de assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas;</i></p> <p><i><u>Regime domiciliar</u> - Conjunto de ações integradas, sistematizadas, articuladas e regulares desenvolvidas pela equipe de saúde no domicílio, com o objetivo de promover e/ou restabelecer a saúde de pessoas em seu contexto socioeconômico, cultural e familiar, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. Inclui visita domiciliar, consulta de profissional de nível superior no domicílio, o planejamento e a realização de procedimentos.</i></p>	OBRIGATÓRIO
25	Qtde. de Diárias Solicitadas	1-Quantidade de diárias solicitadas.	OBRIGATÓRIO
26	Indicação Clínica	1-Texto livre preenchido pelo profissional médico solicitante da internação.	OBRIGATÓRIO
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS			
27	Tipo de Doença	1-Código do Tipo de Doença: Aguda="A"; Crônica="C".	OPCIONAL
28	Tempo de Doença Referida pelo Paciente	1-Quantidade e unidade de tempo de doença referida pelo paciente: "A"=anos; "M"=meses; "D"=dias.	OPCIONAL
29	Indicação de Acidente	1-Indica se houve: acidente ou doença relacionada ao trabalho=0; trânsito=1; outros=2.	OPCIONAL
30	CID 10 Principal	1-Código CID10 do diagnóstico principal.	OBRIGATÓRIO
31	CID 10 (2)	1-Código CID10 do segundo diagnóstico.	OPCIONAL
32	CID 10 (3)	1-Código CID10 do terceiro diagnóstico.	OPCIONAL
33	CID 10 (4)	1-Código CID10 do quarto diagnóstico.	OPCIONAL
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
34	Código da Tabela	1-Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio.	OPCIONAL
35	Código do Procedimento	1-Código do procedimento solicitado.	OBRIGATÓRIO
36	Descrição	1-Descrição do procedimento solicitado	OBRIGATÓRIO
37	Qtde. Solicitada	1-Quantidade de procedimentos solicitados.	OBRIGATÓRIO
38	Qtde. Autorizada	1-Quantidade de procedimentos autorizados pela operadora.	OBRIGATÓRIO.

OPM SOLICITADOS			
39	Código da Tabela	1-Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio.	OPCIONAL
40	Código do OPM	1-Código da OPM solicitada.	OPCIONAL
41	Descrição do OPM	1-Descrição da OPM solicitada.	OPCIONAL
42	Qtde.	1-Quantidade solicitada de OPM.	OPCIONAL
43	Fabricante	1-Nome do fabricante da OPM solicitada.	OPCIONAL
44	Valor Unitário – R\$	1-Valor unitário em R\$ da OPM solicitada.	OPCIONAL
DADOS DA AUTORIZAÇÃO			
45	Data Provável da Admissão Hospitalar	1-Data provável da admissão no hospital.	OBRIGATÓRIO
46	Qtde. de Diárias Autorizadas	1-Número de dias autorizados para a internação.	OBRIGATÓRIO
47	Tipo de Acomodação Autorizada	1-Código do tipo da acomodação autorizada conforme tabela de domínio.	OPCIONAL
48	Código na Operadora / CNPJ	1-Código do prestador autorizado ou CNPJ do prestador autorizado. <i>2-Refere-se ao código ou CNPJ do hospital ou empresa de home-care para onde foi autorizada a internação do paciente.</i>	OBRIGATÓRIO
49	Nome do Prestador	1-Nome do Prestador Autorizado.	OBRIGATÓRIO
50	Código do CNES	1-Código CNES do prestador autorizado.	OPCIONAL
51	Observação	1-Observações pertinentes a autorização do procedimento.	OPCIONAL
52	Data e Assinatura do Médico Solicitante		Sugerimos OBRIGATÓRIO
53	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		Sugerimos OBRIGATÓRIO
54	Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		Sugerimos OBRIGATÓRIO
PRORROGAÇÕES			
55	Data	1-Data da prorrogação.	OBRIGATÓRIO
56	Senha	1-Senha da prorrogação.	OPCIONAL. Será obrigatória somente para procedimentos que exigem autorização prévia.
57	Responsável pela prorrogação.	1-Nome do responsável pela prorrogação.	OBRIGATORIO
58	Tipo da Acomodação	1-Tipo da acomodação autorizada conforme tabela de domínio.	OPCIONAL
59	Acomodação	1-Descrição da acomodação.	OPCIONAL
60	Qtde Autorizada	1-Quantidade autorizada.	OBRIGATÓRIO
61	Código da Tabela	1-Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio.	OPCIONAL
62	Código do Procedimento	1-Código do procedimento solicitado.	OPCIONAL
63	Descrição	1-Descrição do procedimento.	OBRIGATORIO

64	Qtde Solicitada	1-Quantidade de procedimentos solicitados.	OBRIGATORIO
65	Qtde Autorizada	1-Quantidade de procedimentos autorizados.	OBRIGATORIO
66	Código da Tabela	1-Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio.	OPCIONAL
67	Código da OPM	1-Código da OPM solicitada.	OPCIONAL
68	Descrição da OPM	1-Descrição da OPM solicitada.	OPCIONAL
69	Qtde de OPM	1-Quantidade solicitada de OPM.	OPCIONAL
70	Fabricante OPM	1-Nome do Fabricante da OPM solicitada.	OPCIONAL
71	Valor Unitário	1-Valor unitário em R\$ da OPM solicitada.	OPCIONAL
FIM DO FORMULÁRIO			

4.4. GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

Segundo a ANS, a Guia de Resumo de Internação é o formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação podendo ser utilizado para os determinados tipos de atendimentos (internações clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica) e para regimes (hospitalar, hospital-dia e domiciliar).

4.4.1. QUANDO UTILIZAR

A Guia de Resumo de Internação é o formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação.

- a) No caso dos honorários quando cobrados diretamente pelos profissionais, deve-se utilizar a Guia de Honorário Individual;
- b) No caso de SADTs quando cobrados diretamente pelos terceirizados deve-se utilizar a Guia de SP/SADT;
- c) As Guias de Honorários Individual / SADT`s devem ser ligadas à guia do hospital conforme demonstrado na seção Ligação entre guias;
- d) Se houver uma Guia de Solicitação onde a internação é autorizada, ela deve ser referenciada na Guia de Resumo da Internação, conforme demonstrado na seção Ligação entre guias.

4.4.2. ANÁLISE DO FORMULÁRIO

Núm. do Campo	Nome do Campo	1-Descrição 2-Instruções de preenchimento	Obrigatório, Opcional ou condicional.
1	Registro ANS	1-Registro da Operadora na ANS	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia	1-Número identificador da Guia	OBRIGATÓRIO
3	Nº Guia de Solicitação	1-Número da guia de solicitação	OBRIGATÓRIO
4	Data da Autorização	1-Data de emissão da autorização	OPCIONAL
5	Senha	1-Número da senha de autorização	OBRIGATÓRIO
6	Data Validade da Senha	1-Data de validade da senha de autorização	OPCIONAL
7	Data de Emissão da Guia	1-Data de emissão da referida guia	OBRIGATÓRIO

DADOS DO BENEFICIÁRIO			
8	Número da Carteira	1-Número do cartão do beneficiário	OBRIGATÓRIO
9	Plano	1-Nome do plano do beneficiário	OBRIGATÓRIO
10	Validade da Carteira	1-Validade da carteira do beneficiário	OPCIONAL
11	Nome	1-Nome do beneficiário	OBRIGATÓRIO
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	1-Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	OPCIONAL
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
13	Código na Operadora / CNPJ	1-Código na operadora ou CNPJ <u>ou CPE</u> do contratado executante. 2- <i>Informar o CNPJ do hospital onde o paciente se internou.</i>	OBRIGATÓRIO
14	Nome do Contratado	1-Nome do contratado executante 2- <i>Informar a Razão Social do hospital onde o paciente se internou.</i>	OBRIGATÓRIO
15	Código CNES	1-Código CNES do contratado executante	OBRIGATÓRIO
16 ao 23	T. L.-Logradouro - Número – Complemento- Município-UF-Cód. IBGE-CEP	1-Informar o endereço completo do hospital. 2- <i>Informação desnecessária. Deixar em branco</i>	OPCIONAL
DADOS DA INTERNAÇÃO			
24	Caráter da Internação	1-Caráter da internação de acordo com a tabela de domínio: Eletivo = “E”; Urgência/Emergência = “U”	OBRIGATÓRIO
25	Tipo Acomodação Autorizada	1-Tipo da acomodação autorizada para internação de acordo com tabela de domínio 2- Informar o código do tipo da acomodação autorizada. Em resposta a consultas formuladas por operadoras, a ANS informou que este campo deverá ser preenchido com a “acomodação padrão oferecida pelo plano ao qual o beneficiário está vinculado”.	OBRIGATÓRIO
26	Data / Hora da Internação	1-Data e hora do início da internação 2- <i>Informar a data e hora da internação Nos casos de cobranças parciais, informar a data e hora reais de internação na primeira parcial e a data e hora de início da segunda conta parcial, representando a partir de qual dia e hora se referem as cobranças de cada conta parcial apresentada.</i> <i>Exemplo: paciente internado de 01/01/2007-08:00 a 31/03/2007-12:00, em que o hospital cobra 3 parciais.</i> <i>1ª. Parcial, relativa a janeiro/07 – data/hora da internação: 01/01/2007-08:00;</i> <i>2ª. Parcial, relativa a fevereiro/07 – data/hora da internação: 01/02/2007-00:00;</i> <i>Conta final, relativa a março/07 – data/hora da internação: 01/03/2007-00:00.</i>	OBRIGATÓRIO

27	Data / Hora da Saída da Internação	<p>1-Data e hora da alta da internação</p> <p>2-<i>Informar a data e hora da alta. Nos casos de cobranças parciais, informar a data e hora reais da alta somente na última parcial da conta. Nas parciais iniciais deverá ser informada sempre a data e hora de final de cobrança da conta parcial, representando até qual dia e hora se referem as cobranças de cada conta parcial apresentada.</i></p> <p><i>Exemplo: paciente internado de 01/01/2007-08:00 a 31/03/2007-12:00, em que o hospital cobra 3 parciais.</i></p> <p><u>1ª. Parcial, relativa a janeiro/07</u> – data/hora da alta: 31/01/2007-23:59;</p> <p><u>2ª. Parcial, relativa a fevereiro/07</u> – data/hora da alta: 01/02/2007-23:59;</p> <p><u>Conta final, relativa a março/07</u> – data/hora da internação: 01/03/2007-12:00.</p>	OBRIGATÓRIO
28	Tipo Internação	<p>1-Tipo da internação realizada de acordo com a tabela de domínio</p> <p>2-<i>Informar o tipo da internação, entre uma das seguintes opções:</i></p> <p><u>1-Internação clínica:</u> internações clínicas para tratamento clínico e/ou pesquisa diagnóstica ocorridas em pacientes maiores de 18 anos;</p> <p><u>2-Internação cirúrgica:</u> – internação em que o principal evento é cirúrgico independente da faixa etária do paciente;</p> <p><u>3-Internação obstétrica:</u> internações não clínicas e não cirúrgicas decorrentes do ciclo gravídico-puerperal;</p> <p><u>4-Internação pediátrica:</u> internações clínicas ocorridas em pacientes de até 18 anos;</p> <p><u>5-Internação psiquiátrica:</u> internações psiquiátricas ocorridas em todas as faixas etárias.</p>	OBRIGATÓRIO
29	Regime de Internação	1-Regime da internação de acordo com tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO
30	Internação Obstétrica	<p>1-Campos (30 a 36) a serem preenchidos no caso de internação obstétrica</p> <p>2-<i>Caso o TIPO DE INTERNAÇÃO (campo 28) seja obstétrica, este campo passa a ser obrigatório. Selecione mais de um item, se necessário.</i></p>	OBRIGATÓRIO no caso de ser uma internação obstétrica
31	Se Óbito em Mulher	<p>Condição da mulher em caso de óbito: 1–grávida; 2–até 42 dias após termino gestação; 3–de 43 dias a 12 meses após termino da gestação.</p> <p>2- <i>Caso o TIPO DE INTERNAÇÃO (campo 28) seja obstétrica, e ocorrer óbito, escolher uma das 3 opções acima.</i></p>	OBRIGATÓRIO no caso específico

32	Se Óbito Neonatal	<p>1-Em caso de óbito neonatal, informar as quantidades referentes a:</p> <p>Qtde óbito neonatal precoce – Número de óbitos neonatal precoce</p> <p>Qtde óbito neonatal tardio – Número de óbitos neonatal tardio</p> <p>2-Preencher de acordo com a seguinte conceituação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Óbito neonatal precoce</u> – total de óbitos entre os nascidos vivos, ocorridos entre o momento do nascimento até 6 dias, 23 horas, 59 minutos e 59 segundos de vida, no período considerado; • <u>Óbito neonatal tardio</u> – 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. 	OBRIGATÓRIO no caso específico
33	Nº de Decl. Nasc. Vivos	<p>1-Número da declaração de nascimento.</p> <p>2-<i>Informacao desnecessária.</i></p>	OBRIGATÓRIO no caso específico
34	Qtde. Nasc. Vivos a Termo	<p>1-Quantidade de nascidos vivos</p> <p>2- <i>Informacao desnecessária.</i></p>	OBRIGATÓRIO no caso específico
35	Qtde. Nasc. Mortos	<p>1-Quantidade de nascidos mortos</p> <p>2- <i>Informacao desnecessária.</i></p>	OBRIGATÓRIO no caso específico
36	Qtde. Nasc. Vivos Prematuro	<p>1-Quantidade de nascidos vivos prematuro</p> <p>2- <i>Informacao desnecessária.</i></p>	OBRIGATÓRIO no caso específico
37	CID 10 Principal	1-Código Internacional de doença principal responsável pela internação.	OBRIGATÓRIO
38	CID 10 (2)	<p>1-Código Internacional de doença responsável pela internação</p> <p>2-Refere-se à segunda doença responsável pela internação, caso exista.</p>	OPCIONAL
39	CID 10 (3)	<p>1-Código Internacional de doença responsável pela internação</p> <p>2-Refere-se à terceira doença responsável pela internação, caso exista.</p>	
40	CID 10 (4)	<p>1-Código Internacional de doença responsável pela internação</p> <p>2-Refere-se à quarta doença responsável pela internação, caso exista.</p>	
41	Indicação de Acidente	Indica se houve: acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho = 0; acidente de trânsito = 1; outros acidentes = 2.	OPCIONAL
DADOS DA SAÍDA DA INTERNAÇÃO			
42	Motivo da Saída	1-Código do motivo da saída da internação de acordo com tabela de domínio	OBRIGATÓRIO
43	CID 10 do Óbito	1-Código Internacional de Doença responsável pelo óbito do paciente.	OBRIGATÓRIO apenas para caso de óbito
44	Nº da Declaração do Óbito	1-Número da declaração de óbito do paciente.	OBRIGATÓRIO apenas para caso de óbito

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS			
45	Data	1-Data de realização do procedimento	OBRIGATÓRIO
46	Hora Inicial	1-Horário inicial da realização do procedimento 2-Utilizar para os procedimentos cuja hora de realização, confrontada com o dia da semana, altera o valor a ser pago ao prestador do serviço.	OPCIONAL
47	Hora Final	1-Horário final da realização do procedimento <i>2-Utilizar para os casos de procedimentos cirúrgicos e tratamentos de múltiplas sessões (fonoaudiologia, psicologia etc.).</i>	OPCIONAL
48	Tabela	1-Código da tabela de codificação dos procedimentos	OBRIGATÓRIO
49	Código do Procedimento	1-Código do procedimento realizado	OBRIGATÓRIO
50	Descrição	1-Descrição do procedimento realizado	OBRIGATÓRIO
51	Qtde.	1-Quantidade realizada do procedimento apresentado	OBRIGATÓRIO
52	Via	1-Via de acesso de acordo com a tabela de domínio	OBRIGATÓRIO nos casos de cirurgia
53	Téc	1-Técnica Utilizada de acordo com a tabela de domínio	OPCIONAL
54	% Red./Acrésc.	1-Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado	OPCIONAL
55	Valor Unitário – R\$	1-Valor monetário de cada procedimento	OBRIGATÓRIO
56	Valor Total – R\$	1-Valor monetário do procedimento levando-se em consideração a quantidade executada.	OBRIGATÓRIO
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE			
57	Seqüencial Referência	1-Número seqüencial do procedimento que relaciona à equipe executante <i>2-Informar o número seqüencial (1,2,3...), para identificação do grau de participação do profissional executante do procedimento cobrado nos campos 46 a 56.</i> <i>Este campo somente poder ser OBRIGATÓRIO se houver cobrança de procedimentos e exames que necessitem identificar o grau de participação de profisisonal executante.</i>	OBRIGATÓRIO
58	Grau de Participação	1-Grau de participação do profissional na equipe médica de acordo com a tabela de domínio. <i>2-Este campo somente poder ser OBRIGATÓRIO se houver cobrança de procedimentos e exames que necessitem identificar o grau de participação de profisisonal executante.</i>	OBRIGATÓRIO
59	Código na Operadora / CPF	1-Código do profissional na operadora ou CPF do profissional	OBRIGATÓRIO
60	Nome do Profissional	1-Nome do profissional participante da equipe médica	OBRIGATÓRIO
61	Conselho Profissional	1-Código do conselho profissional	OBRIGATÓRIO
62	Número no Conselho	1-Número da identificação do profissional no conselho profissional	OBRIGATÓRIO
63	UF	1-Sigla identificadora da Unidade Federativa	OBRIGATÓRIO

64	CPF	1-Número do CPF do profissional participante da equipe médica 2-Desnecessário.	OPCIONAL
OPM UTILIZADOS			
65	Tabela	1-Código da tabela de OPMs	OBRIGATÓRIO se OPM's utilizadas
66	Código do OPM	1-Código da OPM utilizada	
67	Descrição OPM	1-Descrição das OPMs	
68	Qtde.	1-Quantidade de OPMs utilizadas	
69	Código de Barras	1-Código de barra identificador da OPM utilizada	OPCIONAL
70	Valor Unitário R\$	1-Valor monetário de cada OPM 2- <i>Informar o valor unitário da OPM utilizada.</i>	OBRIGATÓRIO
71	Valor Total R\$	1-Valor monetário da OPM levando-se em consideração a quantidade executada 2- <i>Informar o valor total da OPM, multiplicando a quantidade utilizada (campo 68) pelo valor unitário (campo 70).</i>	OBRIGATÓRIO
72	Total Geral R\$	1-Valor total da guia incluindo todos os procedimentos executados 2- este campo deve se refere ao total geral de OPM's, ou seja, ao somatório dos campos 71.	OBRIGATÓRIO
TIPO DE FATURAMENTO, TOTAIS E ASSINATURAS			
73	Tipo Faturamento	1-Indica se o faturamento é do tipo parcial ou total segundo tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO
74	Total Procedimentos R\$	1-Valor total dos procedimentos. Somatório de todos os itens de procedimentos levando em consideração a quantidade 2- <i>Refere-se ao somatório dos campos 56.</i>	OBRIGATÓRIO
75	Total Diárias R\$	1-Valor total das diárias. Somatório de todos os itens de diária levando em consideração a quantidade 2- <i>Informar o valor total das diárias cobradas, através de Guia de Outras Despesas.</i>	OBRIGATÓRIO
76	Total Taxas e Aluguéis R\$	1-Valor total das taxas/aluguéis. Somatório de todos os itens das taxas/aluguéis levando em consideração a quantidade. 2- <i>Informar o valor total das taxas e aluguéis cobrados na Guia de Outras Despesas, que deverá ser encaminhada como anexo desta guia.</i> <i>Ressaltamos que este totalizador representa o somatório de 2 códigos de despesas (4-Taxas Diversas e 6-Aluguéis).</i>	OBRIGATÓRIO no caso
77	Total Materiais R\$	1-Valor total dos materiais. Somatório de todos os itens de materiais levando em consideração a quantidade. 2- <i>Informar o valor total dos materiais cobrados na Guia de Outras Despesas, que deverá ser encaminhada como anexo desta guia.</i>	OBRIGATÓRIO no caso

78	Total Medicamentos R\$	1-Valor total dos medicamentos. Somatório de todos os itens de medicamentos levando em consideração a quantidade. 2- <i>Informar o valor total dos medicamentos cobrados na Guia de Outras Despesas, que deverá ser encaminhada como anexo desta guia.</i>	OBRIGATÓRIO no caso
79	Total Gases Medicinais R\$	1-Valor total dos Gases Medicinais. Somatório de todos os itens de Gases Medicinais levando em consideração a quantidade. 2- <i>Informar o valor total dos gases medicionais cobrados na Guia de Outras Despesas, que deverá ser encaminhada como anexo desta guia.</i>	OBRIGATÓRIO no caso
80	Total Geral R\$	1-Somatório de todos os valores totais. Procedimento + Diárias + Taxas / Aluguéis + Materiais + Medicamentos + Gases Medicinais. 2- <i>Refere-se ao somatório de todos os sub-totais da guia.</i>	OBRIGATÓRIO no caso
81	Observação	1-Observações	OPCIONAL
82	Data e Assinatura do Contratado		OBRIGATÓRIO
83	Data e Assinatura do Auditor da Operadora		OBRIGATÓRIO
FIM DO FORMULÁRIO			

4.5. GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

Segundo a ANS, a Guia de Honorário Individual é o formulário padrão a ser utilizado para a apresentação do faturamento de honorários profissionais, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional, sem a interferência do estabelecimento de saúde onde ocorreu o atendimento.

4.5.1. QUANDO UTILIZAR

A Guia de Honorário Individual é um formulário padrão a ser utilizado para a apresentação do faturamento de honorários profissionais prestados em serviços de internação, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional.

- Nas internações, no caso de contas desvinculadas.
- Esta guia é ligada à guia de solicitação de internação;
- Exceto às guias de solicitação de internação esta guia tem como característica **NÃO** poder estar ligada a nenhuma outra.

4.5.2. ANÁLISE DO FORMULÁRIO

Núm. do Campo	Nome do Campo	1-Descrição 2-Instruções de preenchimento	Obrigatório, Opcional ou condicional.
1	Registro ANS	1-Registro da operadora na ANS	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia	1-Número da guia	OBRIGATÓRIO
3	Nº Guia de Solicitação / Senha	1-Número da guia de solicitação ou senha	OBRIGATÓRIO

4	Data de Emissão da Guia	1-Data de emissão da guia	OBRIGATÓRIO
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
5	Número da Carteira	1-Número do cartão do beneficiário	OBRIGATÓRIO
6	Plano	1-Nome do plano do beneficiário	OBRIGATÓRIO
7	Validade da Carteira	1-Validade da carteira do beneficiário	OPCIONAL
8	Nome	1-Nome do beneficiário	OBRIGATÓRIO
9	Número do Cartão Nacional de Saúde	1-Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	OPCIONAL
DADOS DO CONTRATADO (ONDE FOI EXECUTADO O PROCEDIMENTO)			
10	Código na Operadora / CNPJ / CPF	1-Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado.	OBRIGATÓRIO
11	Nome do Contratado	1-Nome do contratado	OBRIGATÓRIO
12	Código CNES	1-Código CNES do contratado	OBRIGATÓRIO se prestador executante for hospital.

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
13	Código na Operadora / CNPJ / CPF	1-Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante 2-Refere-se ao contratado da operadora, que receberá o pagamento pelos serviços prestados, não sendo, necessariamente, o executante dos serviços.	OBRIGATÓRIO
14	Nome do Contratado Executante	1-Nome do contratado executante 2-Refere-se ao contratado da operadora, que receberá o pagamento pelos serviços prestados, não sendo, necessariamente, o executante dos serviços.	OBRIGATÓRIO
15	Código CNES	1-Código CNES do contratado executante 2-Refere-se ao contratado da operadora, que receberá o pagamento pelos serviços prestados, não sendo, necessariamente, o executante dos serviços.	OBRIGATÓRIO se prestador executante for hospital
16	Tipo de Acomodação Autorizada	1-Tipo de acomodação conforme tabela de domínio.	OPCIONAL
17	Grau Part.	1-Grau de participação do profissional na equipe médica executante do serviço conforme tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO
18	Nome do Profissional Executante	1-Nome do profissional que executou o serviço	OBRIGATÓRIO, apenas quando o nome do contratado no campo 14 não se referir ao profissional que realmente executou o serviço.
19	Conselho Profissional	1-Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	OBRIGATÓRIO
20	Número no Conselho	1-Número do conselho profissional do executante	OBRIGATÓRIO
21	UF	1-Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	OBRIGATÓRIO
22	Número no CPF	1-Número do CPF do profissional executante do serviço	OPCIONAL
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
23	Data	1-Data de realização do procedimento	OBRIGATÓRIO
24	Hora Inicial	1-Horário inicial da realização do procedimento 2-Utilizar para procedimentos cuja hora de realização, confrontada com o dia da semana, altera o valor a ser pago ao prestador do serviço.	OPCIONAL
25	Hora Final	1-Horário final da realização do procedimento 2-Utilizar para os casos de procedimentos cirúrgicos e tratamentos de múltiplas sessões (fonoaudiologia, psicologia etc.).	OPCIONAL
26	Tabela	1-Código da tabela de codificação dos procedimentos	OBRIGATÓRIO
27	Código do Procedimento	1-Código do procedimento realizado	OBRIGATÓRIO

28	Descrição	1-Descrição do procedimento realizado	OBRIGATÓRIO
29	Qtde.	1-Quantidade realizada do procedimento apresentado	OBRIGATÓRIO
30	Via	1-Via de acesso conforme tabela de domínio	OBRIGATÓRIO
31	Tec.	1-Técnica utilizada conforme tabela de domínio	OPCIONAL
32	% Red./Acresc.	1-Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado	OPCIONAL
33	Valor Unitário – R\$	1-Valor monetário de cada procedimento	OBRIGATÓRIO
34	Valor Total – R\$	1-Valor monetário do procedimento considerando a quantidade executada	OBRIGATÓRIO
35	Total Geral Honorários R\$	1-Valor final do honorário médico considerando o somatório do campo "valor total" 2-Somatório dos campos 34.	OBRIGATÓRIO
36	Observação	1-Observações	OPCIONAL
37	Data / Assinatura	1-Campos destinados para data completa e assinatura do prestador	OBRIGATÓRIO
38	Data / Assinatura	1-Campos destinados para data completa e assinatura do beneficiário / responsável	OBRIGATÓRIO
FIM DO FORMULÁRIO			

4.6. GUIA DE OUTRAS DESPESAS

A Guia de Outras Despesas é o formulário padrão a ser utilizado nos casos de apresentação do faturamento em papel, como instrumento de continuidade e complemento de folhas. Esta guia estará sempre ligada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só.

4.6.1. QUANDO UTILIZAR

A Guia de Outras Despesas deve ser utilizada para discriminação de materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, não informados na guia principal.

4.6.2. ANÁLISE DO FORMULÁRIO

Núm. do Campo	Nome do Campo	1-Descrição 2-Instruções de preenchimento	Obrigatório, Opcional ou condicional.
1	Registro ANS	1-Registro da operadora na ANS	OBRIGATÓRIO
2	Nº Guia Referenciada	1-Número da guia referenciada às despesas adicionais. Número da guia principal. 2-Refere-se ao número da guia (SP/SADT ou GUIA RESUMO DE INTERNACAO) à qual esta guia está vinculada.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
3	Código na Operadora / CNPJ / CPF	1-Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante.	OBRIGATÓRIO
4	Nome do Contratado	1-Nome do contratado executante	OBRIGATÓRIO
5	Código CNES	1-Código CNES do prestador executante	OBRIGATÓRIO se prestador executante for hospital
CODIGO DE DESPESAS REALIZADAS (CD) 1-Gases Medicinais; 2-Medicamentos; 3-Materiais; 4-Taxas Diversas; 5-Diárias; 6-Aluguéis			
6	CD	1-Código da natureza da despesa: 1-Gases Medicinais; 2-Medicamentos; 3-Materiais; 4-Taxas Diversas; 5-Diárias; 6-Aluguéis. 2-Informar o código que representa o tipo de despesa cobrada.	OBRIGATÓRIO
7	Data	1-Data de realização das despesas	OBRIGATÓRIO
8	Hora Inicial	1-Horário Inicial da realização das despesas	OPCIONAL
9	Hora Final	1-Horário final da realização das despesas	OPCIONAL
10	Tabela	1-Código da tabela de codificação das despesas	OBRIGATÓRIO
11	Código do item	1-Código das despesas realizadas	OBRIGATÓRIO
12	Qtde.	1-Quantidade realizada da despesa apresentada	OBRIGATÓRIO
13	% Red./Acresc.	1-Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor da despesa realizada	OPCIONAL
14	Valor Unitário – R\$	1-Valor monetário de cada despesa	OBRIGATÓRIO
15	Valor Total – R\$	1-Valor monetário da despesa considerando a quantidade executada	OBRIGATÓRIO
16	Descrição	1-Descrição da despesa realizada	OBRIGATÓRIO
17	Total Gases Medicinais R\$	1-Valor final de Gases Medicinais considerando o somatório do campo "valor total" 2-Refere-se ao somatório dos campos "15-Valor Total" de todas as linhas (campos 6 a 15) cobradas que se referem a este grupo de despesa.	OPCIONAL
18	Total Medicamentos R\$	1-Valor final de Medicamentos considerando o somatório do campo "valor total" 2-Refere-se ao somatório dos campos "15-Valor Total" de todas as linhas (campos 6 a 15) cobradas que se referem a este grupo de despesa.	OPCIONAL

19	Total Materiais R\$	<p>1-Valor final de Materiais considerando o somatório do campo "valor total"</p> <p>2-Refere-se ao somatório dos campos "15-Valor Total" de todas as linhas (campos 6 a 15) cobradas que se referem a este grupo de despesa.</p>	OPCIONAL
20	Total Taxas Diversas R\$	<p>1-Valor final de Taxas Diversas considerando o somatório do campo "valor total"</p> <p>2-Refere-se ao somatório dos campos "15-Valor Total" de todas as linhas (campos 6 a 15) cobradas que se referem a este grupo de despesa.</p>	OPCIONAL
21	Total Diárias R\$	<p>1-Valor final de Diárias considerando o somatório do campo "valor total"</p> <p>2-Refere-se ao somatório dos campos "15-Valor Total" de todas as linhas (campos 6 a 15) cobradas que se referem a este grupo de despesa.</p>	OPCIONAL
22	Total Aluguéis R\$	<p>1-Valor final de Aluguéis considerando o somatório do campo "valor total"</p> <p>2-Refere-se ao somatório dos campos "15-Valor Total" de todas as linhas (campos 6 a 15) cobradas que se referem a este grupo de despesa.</p>	OPCIONAL
23	Total Geral R\$	<p>1-Valor final da guia considerando o somatório do campo "valor total"</p> <p>2-Refere-se ao somatório dos campos "15-Valor Total" de todas as linhas (campos 6 a 15) cobradas que se referem a este grupo de despesa.</p>	OPCIONAL
FIM DO FORMULÁRIO			