

Manual de Instruções

CAMED SAÚDE

Novembro/2025



Sumário

1. Introdução .....	.5
2. Orientações Gerais .....	.6
2.1 Entrega de guias.....	.6
2.2 Numeração de guias.....	.6
2.3 PACOTES - Autorização e cobrança.....	.7
3. Formulários .....	.7
 3.1. PEG - Protocolo de Entrega de Guias (Modelo Camed) .....	.7
3.1.1 Definição e finalidade de utilização do formulário .....	.7
3.1.2 Modelo do PEG - Protocolo de Entrega de Guias.....	.7
3.1.3 Legenda de preenchimento do PEG - Protocolo de Entrega de Guias .....	.7
 3.2. Guia de Consulta.....	.9
3.2.1 Definição e finalidade de utilização do formulário .....	.9
3.2.2 Vinculação com outras guias .....	.9
3.2.3 Modelo da Guia de Consulta .....	.9
3.2.4 Legenda de preenchimento da Guia de Consulta .....	.10
 3.3. Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT.....	.16
3.3.1 Definição e finalidade de utilização do formulário .....	.16
3.3.2 Vinculação com outras guias.....	.17
3.3.3 Modelo da Guia de SP/SADT .....	.17
3.3.4 Legenda de preenchimento da Guia de SP/SADT .....	.18
 3.4. Guia de Solicitação de Internação.....	.34
3.4.1 Definição e finalidade de utilização do formulário.....	.34
3.4.2 Vinculação com outras guias .....	.34
3.4.3 Modelo da Guia de Solicitação de Internação.....	.34
3.4.4 Legenda de preenchimento da Guia de Solicitação de Internação.....	.36
 3.5. Guia de Solicitação de Prorrogação ou Complementação do Tratamento.....	.43



3.5.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	43
3.5.2 Vinculação com outras guias.....	43
3.5.3 Modelo da Guia de Solicitação de Prorrogação ou Complementação do Tratamento	43
3.5.4 Legenda de preenchimento da Guia de Solicitação Prorrogação ou Complementação do Tratamento	45
3.6. Guia de Resumo de Internação	50
3.6.1 Definição e finalidade de utilização do formulário.....	50
3.6.2 Vinculação com outras guias	50
3.6.3 Modelo da Guia de Resumo de Internação.....	50
3.6.4 Legenda de preenchimento da Guia de Resumo de Internação	51
3.7. Guia de Honorários	64
3.7.1 Definição e finalidade de utilização do formulário.....	64
3.7.2 Vinculação com outras guias	64
3.7.3 Modelo da Guia de Honorários	64
3.7.4 Legenda de preenchimento da Guia de Honorários.....	65
3.8. Guia de Comprovante Presencial	73
3.8.1 Definição e finalidade de utilização do formulário.....	73
3.8.2 Vinculação com outras guias	73
3.8.3 Modelo da Guia de Comprovante Presencial	73
3.8.4 Legenda de preenchimento da Guia de Comprovante Presencial.....	74
3.9 Anexo de Outras Despesas	76
3.9.1 Definição e finalidade de utilização do formulário.....	76
3.9.2 Vinculação com outras guias	77
3.9.3 Modelo do Anexo de Outras Despesas	77
3.9.4 Legenda de preenchimento do Anexo de Outras Despesas	78
3.10 Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME	83
3.10.1 Definição e finalidade de utilização do formulário.....	83



3.10.2 Vinculação com outras guias	83
3.10.3 Modelo do Anexo de Solicitação de OPME	84
3.10.4 Legenda de preenchimento do Anexo de Solicitação de OPME	84
3.11 Anexo de Solicitação de Quimioterapia	88
3.11.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	88
3.11.2 Vinculação com outras guias.....	89
3.11.3 Modelo do Anexo de Solicitação de Quimioterapia	89
3.11.4 Legenda de preenchimento do Anexo de Solicitação de Quimioterapia	89
3.12 Anexo de Solicitação de Radioterapia	98
3.12.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	98
3.12.2 Vinculação com outras guias.....	98
3.12.3 Modelo do Anexo de Solicitação de Radioterapia	98
3.12.4 Legenda de preenchimento do Anexo de Solicitação de Radioterapia	99
3.13 Guia de Recurso de Glosas	105
3.13.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	105
3.13.2 Vinculação com outras guias.....	105
3.13.3 Modelo da Guia de Recurso de Glosas	105
3.13.4 Legenda de preenchimento da Guia de Recurso de Glosas	106



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.

Em outubro/2012, por meio da Resolução Normativa nº 305, de 09 de outubro de 2012, a ANS estabeleceu um novo padrão Padrão TISS, com as seguintes finalidades:

- Padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas;
- Subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- Compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O novo Padrão TISS, obrigatório para todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços, é dividido em cinco componentes: *Organizacional; Conteúdo e Estrutura; Representação de Conceitos em Saúde; Segurança e Privacidade; e Comunicação*.

COMPONENTE	OBJETIVO
Organizacional	Estabelece o conjunto de regras operacionais.
Conteúdo e estrutura	Estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e nos formulários, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde.
Representação de conceitos em saúde	Estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.
Segurança e privacidade	Estabelece os requisitos de proteção para assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde. Tem como base o sigilo profissional e segue a legislação.
Comunicação	Estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. Adota a linguagem de marcação de dados XML - Extensible Markup Language.



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

Colocamo-nos a disposição para mais esclarecimentos por meio da nossa Gerência de Autorização e Suporte aos Prestadores - 4004 2323 ou por meio do portal www.camed.com.br.

2. ORIENTAÇÕES GERAIS

2.1. Entrega de Guias

A entrega de guias do Padrão TISS obedecerá ao calendário já acordado com a Camed.

Ressaltamos que os prestadores que encaminharem as cobranças de forma eletrônica estão dispensados da entrega física da GC-Guia de Consulta. No caso de outros modelos de guia é necessário verificar se está dispensado da entrega da guia, pois depende do tipo de atendimento prestado. Exceção se faz para os casos em que o prestador efetuou a troca via eletrônica no Padrão TISS com certificado digital emitido por autoridade certificadora junto a ICP-Brasil.

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 (campo 2).

Vale ressaltar, que o **número da Guia Principal** a ser informado na Guia de SP/SADT (campo 3) deve ser preenchido com o **número da autorização** quando se tratar de procedimento autorizado, solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais.

O número da **Guia de Solicitação de Internação** requerido na Guia de Resumo de Internação e na Guia de Honorários (campo 3) **deverá ser preenchido com o número da guia de Solicitação de Internação (nº da autorização)** que originou a cobrança.

Vide orientações nas legendas de preenchimento das referidas guias e nas explicações sobre “Vinculação entre as guias”, contidas neste manual.



2.3. PACOTES - Autorização e Cobrança

Orientamos que, para toda e qualquer solicitação de autorização e faturamento de procedimentos negociados com a Camed sob a forma de pacote, deverá ser informado no campo “Tabela” das guias TISS o código 98-Tabela Própria de Pacotes. No caso de tratar-se de pacote de odontologia deverá ser utilizado o código 90-Tabela Própria Pacote Odontológico (conforme tabela de domínio 87).

3. FORMULÁRIOS

3.1 PEG - PROTOCOLO DE ENTREGA DE GUIAS

3.1.1 - Definição e finalidade de utilização do formulário

O PEG é um formulário criado pela Camed que tem a finalidade de protocolar a entrega de guias manuais.

3.1.2 - Modelo do PEG - Protocolo de Entrega de Guias

		PEG - PROTOCOLO DE ENTREGA DE GUIAS Central de Atendimento ao Prestador 4004-2323 www.camed.com.br		2 - Nº do PEG (Uso da Camed)
1 - Registro ANS ANS nº 38569-7	3 - Cidade / UF da Prestação do Serviço			
4 - CPF / CNPJ do Contratado Recebedor do Pagamento	5 - Nome do Contratado Recebedor do Pagamento			
6 - Tipo de Guia <input type="checkbox"/> GC - Guia de Consulta <input type="checkbox"/> GH - Guia de Honorários <input type="checkbox"/> GRI - Guia de Resumo de Internação <input type="checkbox"/> SP/SADT <input type="checkbox"/> GTO - Guia de Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> Guia de Recurso de Glosas <input type="checkbox"/> Guia de Recurso de Glosas Odontológicas				
7 - Quantidade de Guias Entregues		8 - Valor Total das Guias - R\$		
9 - Número das Guias Entregues (Preenchimento Opcional)				
PARA USO DA CAMED				
10 - Data de entrega na Camed / /	11 - Data da análise técnica / /	12 - Data da análise mat./med. / /	13 - Data da digitação / /	14 - Data da conferência / /
Assinatura (Data Parâmetro para Pagamento)	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

OBSERVAÇÃO: 1ª VIA AZUL - CAMED SEDE • 2ª VIA BRANCA - PRESTADOR
Em caso de dúvida nos colocamos à disposição por meio da nossa Central de Atendimento a Prestadores, no telefone 4004-2323. NOV/2025

3.1.3 – Legenda de Preenchimento do PEG - Protocolo de Entrega de Guias



Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRÍÇÃO / ORIENTAÇÕES PARA O PROCEDIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº do PEG	Corresponde ao número do PEG. O preenchimento deste campo é de exclusividade da Camed.	
3	Cidade / UF da Prestação do Serviço	Informar a localidade onde foi realizado o serviço.	OBRIGATÓRIO
4	CNPJ / CPF do Contratado Recebedor do Pagamento	Informar o CNPJ ou CPF do prestador recebedor do pagamento.	OBRIGATÓRIO
5	Nome do Contratado Recebedor do Pagamento	Informar o nome completo ou razão social do recebedor do pagamento.	OBRIGATÓRIO
6	Tipo de Guia	Identificar o tipo de guia que está sendo entregue, registrando uma das opções constantes no próprio campo. ATENÇÃO: É permitido somente um tipo de guia por PEG, ou seja, não poderá constar em um mesmo PEG guias de tipos distintos, com exceção da Guia de Outras Despesas, que está sempre vinculada a uma Guia de SP/SADT ou a Guia de Resumo de Internação.	OBRIGATÓRIO
7	Quantidade de Guias Entregues	Informar a quantidade de guias que estão sendo entregues.	OBRIGATÓRIO



8	Valor Total das Guias – R\$	Informar o somatório dos valores totais das guias que estão sendo anexadas ao PEG.	OBRIGATÓRIO
9	Número das Guias Entregues	Informar os números das guias que estão sendo entregues.	OPCIONAL
10	Data de entrega na Camed	Uso exclusivo da Camed.	
11	Data da análise técnica		
12	Data da análise mat/med		
13	Data da digitação		
14	Data da conferência		

3.2 GUIA DE CONSULTA

3.2.1 - 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.

3.2.2 – Vinculação com outras guias

A Guia de Consulta não tem vinculação com outras guias.

3.2.3 - Modelo da Guia de Consulta



GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS - nº 38569-7	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)			
26 - Nome Social					
7 - Nome					
Dados do Contratado		11 - Código CNES			
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado	11 - Código CNES			
12 - Nome do Profissional Executante		13 - Conselho Profissional	14 - Número no Conselho	15 - UF	16 - Código CBO
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	18 - Data do Atendimento	19 - Tipo de Consulta	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento	22 - Valor do Procedimento
23 - Observação / Justificativa					
24 - Assinatura do Profissional Executante			25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		

3.2.4 - 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 que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO



3	Nº da Guia Atribuído pela Operadora	Informar o número atribuído pela Operadora que identifica a guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
4	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
5	Validade da Carteira	Informar a data final (dia, mês e ano) da validade do cartão do beneficiário atendido. Considerar o último dia do mês para a data final da validade quando não houver o dia impresso no cartão.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
6	Atendimento a RN (Sim ou Não)	Informar se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art.12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	OBRIGATÓRIO. Deve ser informado "S" - sim – caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" – não – quando o atendimento for do próprio beneficiário.



26	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	CONDICIONADO. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
7	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO			
9	Código na Operadora	Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do prestador contratado. Exemplos: <ul style="list-style-type: none">• 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 (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO



11	Código CNES	Informar o código do prestador executante (registrado nos campos 9 e 10) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS).	OBRIGATÓRIO. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
12	Nome do Profissional Executante	Informar o nome do profissional que executou o procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo 10-Nome do Contratado for pessoa jurídica.
13	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional executante, conforme tabela de domínio 26-CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: Médicos – informar o código 06-Conselho Regional de Medicina (CRM).	OBRIGATÓRIO
14	Número no Conselho	Informar o número de registro conselho profissional do executante.	OBRIGATÓRIO
15	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional executante, conforme tabela de domínio nº 59- Unidades da Federação.	OBRIGATÓRIO



16	Código CBO	Informar o código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme a tabela de domínio 24 (CBO).	OBRIGATÓRIO
DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO			
17	Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	Informar se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36- Indicador de Acidente.	OBRIGATÓRIO
27	Cobertura Especial	Código da Cobertura Especial conforme tabela de domínio nº 75.	OPCIONAL. Deve ser preenchido nos casos de atendimento ambulatorial em planos de cobertura exclusivamente hospitalar, a gestantes ou no pré e pós operatório.
28	Regime de atendimento	Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 76.	OBRIGATÓRIO.
29	Saúde ocupacional	Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 77.	OPCIONAL. Deve ser preenchido nos casos de atendimentos referentes à saúde ocupacional do beneficiário.
18	Data do Atendimento	Informar a data de realização da consulta.	OBRIGATÓRIO



19	Tipo de Consulta	Informar o código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio 52-Tipo de Consulta.	OBRIGATÓRIO
20	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos e eventos em saúde realizados, conforme tabela de domínio nº 87.	OBRIGATÓRIO
21	Código do Procedimento	Informar o código correspondente à consulta realizada, conforme tabela de domínio 22-Procedimentos e eventos em saúde.	OBRIGATÓRIO
22	Valor do Procedimento	Informar o valor unitário do procedimento realizado.	OBRIGATÓRIO. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
23	Observação / Justificativa	Registrar outras informações inerentes ao atendimento realizado, caso seja necessário.	OPCIONAL
ASSINATURAS / CONFIRMAÇÕES DOS SERVIÇOS PRESTADOS			
24	Assinatura do Profissional Executante	Registrar a assinatura do profissional que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO
25	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Registrar a assinatura do beneficiário atendido ou de seu responsável.	OBRIGATÓRIO



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

3.3.1 – Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de SP/SADT deve ser utilizada na solicitação e cobrança de diversos tipos de eventos em regime ambulatorial ou domiciliar. Essa guia compreende os processos de solicitação, autorização (desde que necessária) e faturamento dos procedimentos, conforme discriminados a seguir:

Solicitação:

- Utilizar o formulário para solicitação de autorização de diversos tipos de eventos (em regime ambulatorial ou domiciliar): remoção, pequena cirurgia, terapias, exames, atendimento domiciliar, bem como para as consultas de referência, domiciliar, urgência/emergência e eletiva com procedimento agregado.

Exemplo: Consulta + Eletrocardiograma.

- Para as solicitações de Quimioterapia, Radioterapia, OPME, Internação, Prorrogação e Complementação do tratamento devem ser utilizados os respectivos formulários que se encontram disponíveis neste manual.

Exemplos:

Quimioterapia: Utilizar o Anexo de Solicitação de Quimioterapia;

Radioterapia: Utilizar o Anexo de Solicitação de Radioterapia;

OPME: Utilizar o Anexo de Solicitação de Órtese, Prótese e Materiais Especiais – OPME;

Prorrogação e Complementação do Tratamento: utilizar a Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento.

Faturamento:

- Para realização de consulta de referência, consulta de urgência/emergência, consulta domiciliar, consulta com procedimento (Ex. consulta + eletrocardiograma);
- Utilizada para a cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado ou em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado;

- Qualquer tipo de SADT ou procedimentos executados em atendimentos domiciliares;
 - Para cobrança de honorário individual em regime ambulatorial e domiciliar;
 - No caso de serviços terceirizados do hospital (SADT internado), quando o pagamento não é feito ao hospital, mesmo em regime de internação (hospitalar e domiciliar), deverá utilizar essa quia.

3.3.2 Vinculação com outras quias

- O campo “3-Número da Guia Principal” só deve ser utilizado para se referenciar a uma guia de Solicitação de Internação ou à outra guia de SP/SADT, devendo ser preenchido com o número da autorização;
 - Caso haja cobrança de honorários diretamente por médicos ou outros profissionais (anestesistas, a guia auxiliares, etc) que participaram dos procedimentos discriminados na guia principal de SP/SADT, deve ser utilizada outra guia de SP/SADT e deve-se informar o número da autorização principal no campo “3 - Número da Guia Principal”;
 - As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases medicinais, taxas diversas e OPME, decorrentes dos atendimentos informados na guia de SP/SADT, deverão ser detalhadas no anexo de Outras Despesas, cujo campo “2-Número da Guia Referenciada” conterá o número da guia de SP/SADT onde foi feita a cobrança.

3.3.3 – Modelo da Guia de SP/SADT



3.3.4 - 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 que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO
3	Nº da Guia Principal	Informar o número da autorização, quando houver.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido com o número da autorização quando se tratar de procedimento que necessita de autorização, solicitação de SADT em paciente internado ou cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais.
4	Data da Autorização	Informar a data da autorização do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.



5	Senha	Informar o número da senha do procedimento autorizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
6	Data de Validade da Senha	Informar a data de validade da senha.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
7	Número da Guia Atribuído pela Operadora	Informar o número atribuído pela Operadora que identifica a guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
8	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO



9	Validade da Carteira	Informar a data final (dia, mês e ano) da validade do cartão do beneficiário atendido. Considerar o último dia do mês para a data final da validade quando não houver o dia impresso no cartão.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
89	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
10	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
12	Atendimento a RN	Informar se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	OBRIGATÓRIO. Deve ser informado "S" – sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" – não – quando o atendimento for do próprio beneficiário.
DADOS DO SOLICITANTE			



		<p>SOLICITANTE CONTRATADO PELA CAMED:</p> <p>Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do contratado solicitante.</p> <p>Exemplos:</p> <p>Contratado como Pessoa Física – Informar o CPF;</p> <p>Membro de Cooperativas (cooperados) – Informar o CNPJ da cooperativa contratada da qual o solicitante faz parte;</p> <p>Membro de Corpo Clínico – Informar o CNPJ do hospital ou da clínica contratada à qual o solicitante do serviço está vinculado.</p> <p>SOLICITANTE NÃO CONTRATADO:</p> <p>Informar o CPF do profissional solicitante do serviço.</p>	
13	Código na Operadora	Informar a razão social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do solicitante do serviço.	OBRIGATÓRIO Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher o campo com "9999999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
14	Nome do Contratado	Informar a razão social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do solicitante do serviço.	OBRIGATÓRIO
15	Nome do Profissional Solicitante	Informar o nome do profissional solicitante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for Pessoa Jurídica.



16	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional solicitante, conforme a tabela de domínio 26-CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: <ul style="list-style-type: none">• Médicos – informar o código 06-Conselho Regional de Medicina (CRM).	OBRIGATÓRIO
17	Número no Conselho	Informar o número do conselho profissional do solicitante.	OBRIGATÓRIO
18	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59.	OBRIGATÓRIO
19	Código CBO	Informar o Código Brasileiro de Ocupação em Saúde correspondente à especialidade do profissional solicitante, conforme a tabela de domínio nº 24 – Código Brasileiro de Ocupação (CBO).	OBRIGATÓRIO
20	Assinatura do Profissional Solicitante	Registrar a assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	OBRIGATÓRIO
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS SOLICITADOS			
21	Caráter do Atendimento	Informar o caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23, registrando uma das opções: 1 – Eletivo; 2 – Urgência/emergência.	OBRIGATÓRIO



22	Data da Solicitação	Informar a data em que o profissional solicitou os procedimentos ou itens assistenciais.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
23	Indicação Clínica	Informar a justificativa/motivo para a solicitação do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.
90	Cobertura Especial	Código da Cobertura Especial conforme tabela de domínio nº 75.	Optional. Deve ser preenchido nos casos de atendimento ambulatorial em planos de cobertura exclusivamente hospitalar, a gestantes ou no pré e pós operatório.
24	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos e eventos em saúde solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	OBRIGATÓRIO
25	Código do Procedimento ou Item Assistencial	Informar o código do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO



26	Descrição	Informar a descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	OBRIGATÓRIO
.27	Qtde. Solic.	Informar a quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	OBRIGATÓRIO
28	Qtde. Autor.	Informar a quantidade autorizada pela Camed para o procedimento ou item assistencial solicitado.	OBRIGATÓRIO

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

29	Código na Operadora	Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do prestador contratado executante. 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
30	Nome do Contratado	Informar a razão social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO



31	Código CNES	Informar o código do prestador executante (registrado nos campos 29 e 30) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS).	OBRIGATÓRIO. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
DADOS DO ATENDIMENTO			
32	Tipo de Atendimento	Informar o código do tipo de atendimento realizado, conforme tabela de domínio nº 50 – TIPO DE ATENDIMENTO. ATENÇÃO: A OPÇÃO 06 - Atendimento Domiciliar - deverá ser registrada para todo e qualquer tipo de atendimento realizado em domicílio, inclusive em internação domiciliar, e a 07 - Internação para todo e qualquer tipo de atendimento realizado para pacientes em internação hospitalar. As demais opções são para atendimentos ambulatoriais. Quando houver necessidade de marcar mais de uma opção, nos atendimentos ambulatoriais, registrar a principal, ou seja, a que originou as demais.	OBRIGATÓRIO
33	Indicação de Acidente	Informar se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	OBRIGATÓRIO



34	Tipo de consulta	Informar o tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual à Consulta.
35	Motivo de encerramento do atendimento	Informar o código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de óbito.
91	Regime de atendimento	Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 76.	OBRIGATÓRIO.
92	Saúde ocupacional	Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 77.	Opcional. Deve ser preenchido nos casos de atendimentos referentes à saúde ocupacional do beneficiário.

DADOS DA EXECUÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

36	Data	Informar a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que for realizado procedimento.
37	Hora inicial	Informar a hora inicial da realização do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.



38	Hora final	Informar a hora final da realização do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
39	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
40	Código do Procedimento	Informar o código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
41	Descrição	Informar a descrição do procedimento realizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
42	Qtde.	Informar a quantidade do procedimento realizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.



43	Via	Em caso de procedimento cirúrgico, informar a via de acesso utilizada, registrando uma das opções abaixo, conforme tabela de domínio nº 61.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
44	Téc.	Informar a técnica utilizada registrando uma das opções abaixo, conforme tabela de domínio nº 48.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
45	Fator Red/Acrésc.	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% - cinqüenta por cento) - informar 0,50; Cirurgia por via de acesso diferente (70% - setenta por cento) - informar 0,70.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 1,00.



46	Valor unitário (R\$)	Informar o valor unitário do procedimento realizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
47	Valor total (R\$)	Informar o valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados (campo 42), o valor unitário (campo 46) e o fator de redução ou acréscimo (campo 45).	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
DADOS DO(S) PROFISSIONAL(IS) EXECUTANTE(S)			
48	Seq. Ref.	Informar o número sequencial de referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.



49	Grau Part.	<p>Informar o código correspondente ao grau de participação do profissional na equipe médica executante do procedimento realizado, conforme a tabela de domínio 35 - GRAU DE PARTICIPAÇÃO.</p> <p>Exemplos:</p> <p>Cirurgião – informar o código 00;</p> <p>Pediatra na sala de parto – informar o código 10;</p> <p>Plantão de UTI – informar o código 13;</p> <p>Fisio/Fono/Psico/TO – não preencher o campo.</p>	<p>CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.</p>
50	Código na Operadora / CPF	Informar o código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	<p>CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.</p>
51	Nome do Profissional	Informar o nome do profissional que executou o procedimento.	<p>CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.</p>



52	Conselho Profissional	<p>Informar o código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme a tabela de domínio 26-CONSELHO PROFISSIONAL.</p> <p>Exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Médicos – informar o código 06-Conselho Regional de Medicina (CRM).	<p>CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.</p>
53	Número no Conselho	Informar o número do conselho profissional do executante.	<p>CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.</p>
54	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59-Unidades da Federação.	<p>CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.</p>
55	Código CBO	Informar o Código Brasileiro de Ocupação da especialidade do profissional executante, conforme a tabela de domínio nº 24 – CBO	<p>CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.</p>



56	Data de Realização de Procedimentos em Série	Informar a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando se tratar de Procedimentos seriados.
57	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Registrar a assinatura do beneficiário ou responsável.	OBRIGATÓRIO
58	Observação / Justificativa	Registrar outras informações inerentes ao atendimento realizado, caso seja necessário.	OPCIONAL
59	Total Procedimentos (R\$)	Informar o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
60	Total de Taxas Diversas e Aluguéis(R\$)	Informar o valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados. OBSERVAÇÃO: As taxas e aluguéis deverão ser faturadas através da Guia de Outras Despesas e totalizadas neste campo da guia de SP/SADT. A Guia de Outras Despesas deverá ser anexada a essa guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.
61	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.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.



62	Total de OPME (R\$)	Informar o somatório dos valores totais das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada. OBSERVAÇÃO: As OPME's deverão ser faturadas na Guia de Outras Despesas. A Guia de Outras Despesas, caso seja utilizada, deverá ser anexada a essa guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.
63	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 essa guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
64	Total de Gases Medicinais (R\$)	Informar o somatório dos valores totais dos gases medicinais. OBSERVAÇÃO: Os gases deverão ser faturadas através da Guia de Outras Despesas e totalizadas neste campo da guia de SP/SADT. A Guia de Outras Despesas deverá ser anexada a essa guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
65	Total Geral (R\$)	Informar o somatório dos campos 59 ao 64.	OBRIGATÓRIO
66	Assinatura do Responsável pela Autorização	Registrar a assinatura do responsável pela autorização.	OBRIGATÓRIO



67	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Registrar a assinatura do beneficiário atendido ou responsável.	OBRIGATÓRIO
68	Assinatura do Contratado	Registrar a assinatura do contratado.	OBRIGATÓRIO

3.4 GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

3.4.1 – Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Solicitação de Internação tem a finalidade de ser utilizada exclusivamente para solicitar internação hospitalar, hospital-dia e domiciliar. Demais procedimentos necessários durante a internação do paciente, que não tenham sido incluídos no momento do pedido de internação, bem como a prorrogação de internação deverão ser solicitados na Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento.

3.4.2 – Vinculação com outras Guias

É a guia que deve ser referenciada pela Guia de Resumo de Internação e pela Guia de Honorários, caso haja cobrança de honorários diretamente pelo profissional, e sempre que houver Solicitação de Prorrogação/Complemento. Pode ser referenciada pelo Anexo de Solicitação de OPME, Anexo de Solicitação de Quimioterapia e Anexo de Solicitação de Radioterapia.

3.4.3 – Modelo da Guia de Solicitação de Internação



**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS - nº 38569-7	3 - Número de Guia Atribuído pela Operadora <input type="text"/>				
4 - Data da Autorização <input type="text"/>	5 - Senha <input type="text"/>	6 - Data de Validade da Senha <input type="text"/>			
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira <input type="text"/>	8 - Validade da Carteira <input type="text"/>	9-Atendimento a RN <input type="checkbox"/>			
10 - Nome Social <input type="text"/>					
11 - Nome <input type="text"/>					
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <input type="text"/>	13 - Nome do Contratado <input type="text"/>				
14 - Nome do Profissional Solicitante <input type="text"/>	15 - Conselho Profissional <input type="text"/>	16 - Número no Conselho <input type="text"/>	17 - UF <input type="text"/>	18 - Código CBO <input type="text"/>	
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação			21 - Data sugerida para internação <input type="text"/>		
19- Código na Operadora / CNPJ <input type="text"/>	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <input type="text"/>				
22 - Caráter do Atendimento <input type="checkbox"/>	23-Tipo de Internação <input type="checkbox"/>	24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input type="text"/>	26 – Previsão de uso de OPME <input type="checkbox"/>	27 – Previsão de uso de quimioterápico <input type="checkbox"/>
28 - Indicação Clínica <input type="text"/>					
29-CID 10 Principal (Opcional) <input type="text"/>	30 - CID 10 (2) (Opcional) <input type="text"/>	31 - CID 10 (3) (Opcional) <input type="text"/>	32 - CID 10 (4) (Opcional) <input type="text"/>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <input type="checkbox"/>	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34-Tabela 35-Código do Procedimento ou Item Assistencial <input type="text"/>	36 - Descrição <input type="text"/>	37 - Qtd de Solic <input type="text"/>	38 - Qtd de Aut <input type="text"/>		
61- <input type="text"/>	62- <input type="text"/>	63- <input type="text"/>	64- <input type="text"/>		
65- <input type="text"/>	66- <input type="text"/>	67- <input type="text"/>	68- <input type="text"/>		
69- <input type="text"/>	70- <input type="text"/>	71- <input type="text"/>	72- <input type="text"/>		
73- <input type="text"/>	74- <input type="text"/>	75- <input type="text"/>	76- <input type="text"/>		
77- <input type="text"/>	78- <input type="text"/>	79- <input type="text"/>	80- <input type="text"/>		
81- <input type="text"/>	82- <input type="text"/>	83- <input type="text"/>	84- <input type="text"/>		
85- <input type="text"/>	86- <input type="text"/>	87- <input type="text"/>	88- <input type="text"/>		
Dados da Autorização					
39 - Data Prevária da Admissão Hospitalar <input type="text"/>	40 - Qtde. Diárias Autorizadas <input type="text"/>	41 - Tipo da Acomodação Autorizada <input type="checkbox"/>	42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <input type="text"/>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <input type="text"/>	44 - Código CNES <input type="text"/>
45 – Observação / Justificativa <input type="text"/>					
46-Data da Solicitação <input type="text"/>	47-Assinatura do Profissional Solicitante <input type="text"/>	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/>	49-Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text"/>		



3.4.4 - Legenda de preenchimento da Guia de Solicitação de Internação

Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DEFINIÇÕES / ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO
3	Número da Guia Atribuído pela Operadora	Informar o número atribuído pela Operadora que identifica a guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
4	Data da Autorização	Informar a data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento concedida pela Camed.	OBRIGATÓRIO
5	Senha	Informar o número da senha da internação autorizada.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed com emissão de senha.



6	Data de Validade da Senha	Informar a data de validade da senha de autorização do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed com emissão de senha com prazo de validade.
---	---------------------------	--	--

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
8	Validade da Carteira	Informar a data final (dia, mês e ano) da validade do cartão do beneficiário atendido. Considerar o último dia do mês para a data final da validade quando não houver o dia impresso no cartão.	CONDICIONADO. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
9	Atendimento a RN	Indicar se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 99.656, de 03 de junho de 1998.	OBRIGATÓRIO. Deve ser informado "S" – sim - caso o atendimento seja para o recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" – não – quando o atendimento for do próprio beneficiário.
50	Nome social	Nome do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).



10	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE			
12	Código na Operadora	<p>SOLICITANTE CONTRATADO PELA CAMED: Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do contratado solicitante: Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Contratado como Pessoa Física – Informar o CPF;• 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. <p>SOLICITANTE NÃO CONTRATADO: Informar o CPF do profissional solicitante do serviço.</p>	OBRIGATÓRIO
13	Nome do Contratado	Informar a razão social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do solicitante do serviço.	OBRIGATÓRIO
14	Nome do Profissional Solicitante	Informar o nome do profissional solicitante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
15	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional solicitante, conforme a tabela de domínio nº 26 - CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: <ul style="list-style-type: none">• Médicos – informar o código CRM.	OBRIGATÓRIO



16	Número no Conselho	Informar o número do conselho profissional do solicitante.	OBRIGATÓRIO
17	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional solicitante conforme tabela de domínio nº 59-Unidades da Federação.	OBRIGATÓRIO
18	Código CBO	Informar o Código Brasileiro de Ocupação em Saúde correspondente à especialidade do médico solicitante, conforme a tabela de domínio nº 24 - código brasileiro de ocupação (CBO).	OBRIGATÓRIO

DADOS DO HOSPITAL/ LOCAL SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

19	Código na Operadora / CNPJ	Informar o CNPJ do hospital sugerido para a realização da internação.	OBRIGATÓRIO
20	Nome do Hospital/ Local	Informar a razão social do hospital sugerido para a realização da internação.	OBRIGATÓRIO
21	Data Sugerida para Internação	Informar a data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	OBRIGATÓRIO
22	Caráter do Atendimento	Informar o código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	OBRIGATÓRIO
23	Tipo de Internação	Informar o código do Tipo de Internação, conforme tabela de domínio nº 57.	OBRIGATÓRIO



24	Regime de Internação	Informar o código do Regime de Internação, conforme tabela de domínio nº 41.	OBRIGATÓRIO
25	Qtde. Diárias Solicitadas	Informar a quantidade de diárias solicitadas.	OBRIGATÓRIO
26	Previsão de uso de OPME	Informar se há previsão de utilização de OPME.	OBRIGATÓRIO. Deve ser informado "S" – sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" – não, caso não haja previsão de uso destes materiais.
27	Previsão de uso de Quimioterápico	Informar se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação.	OBRIGATÓRIO. Deve ser informado "S" – sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" – não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.
28	Indicação Clínica	Informar a justificativa/motivo para a solicitação da internação.	OBRIGATÓRIO
29	CID 10 Principal	Informar o Código Internacional de Doença – CID 10 principal que motivou a internação.	OPCIONAL
30	CID 10 (2)	Informar o CID10 referente ao segundo diagnóstico.	OPCIONAL
31	CID 10 (3)	Informar o CID10 referente ao terceiro diagnóstico.	OPCIONAL



32	CID 10 (4)	Informar o CID10 referente ao quarto diagnóstico.	OPCIONAL
33	Indicação de Acidente	Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	OBRIGATÓRIO

PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS SOLICITADOS

34	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	OBRIGATÓRIO
35	Código do Procedimento ou Item Assistencial	Informar o código do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO
36	Descrição	Informar a descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	OBRIGATÓRIO
37	Qtde. Solic.	Informar a quantidade do serviço solicitado.	OBRIGATÓRIO
38	Qtde. Aut.	Informar a quantidade autorizada pela Camed.	OBRIGATÓRIO. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

39	Data Provável da Admissão Hospitalar	Informar a data provável para admissão hospitalar. Essa informação deverá ser registrada pelo profissional solicitante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
----	--------------------------------------	---	--



40	Qtde. Diárias Autorizadas	Informar a quantidade de diárias autorizadas pela Camed. ATENÇÃO: A Quantidade autorizada de diárias estará discriminada no campo 38. Neste campo será registrado o somatório das diárias autorizadas.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
41	Tipo da Acomodação Autorizada	Informar o código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49 - Tipo de Acomodação.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
42	Código na Operadora	Informar o CNPJ do hospital autorizado pela Camed para realizar a internação.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
43	Nome do Hospital / Local Autorizado	Informar a Razão Social do hospital autorizado pela Camed para realizar a internação.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
44	Código CNES	Informar o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do hospital autorizado pela Camed para realizar a internação.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
45	Observação / Justificativa	Registrar outras informações inerentes à internação, caso seja necessário.	OPCIONAL
46	Data da Solicitação	Registrar a data em que o profissional solicitou os procedimentos ou itens assistenciais.	OBRIGATÓRIO
47	Assinatura do Profissional Solicitante	Registrar a assinatura do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
48	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Registrar a assinatura do beneficiário ou responsável.	OBRIGATÓRIO
49	Assinatura do Responsável pela Autorização	Registrar a assinatura do responsável pela autorização concedida pela Camed.	OBRIGATÓRIO



3.5 GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

3.5.1 – Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento tem a finalidade de ser utilizada para solicitar a prorrogação de internação e de novos procedimentos necessários durante a internação hospitalar e domiciliar.

3.5.2 – Vinculação com outras Guias

No campo “3-Número da Guia de Solicitação de Internação” deve ser informado o número da guia inicial de solicitação da internação mesmo que já tenha sido efetuada alguma cobrança utilizando a guia de Resumo de Internação.

3.5.3 – Modelo da Guia de Solicitação de Prorrogação ou Complementação do Tratamento



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS - nº 38569-7	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização _____/_____/_____/_____/_____		
5-Senha _____ _____ _____	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____ _____ _____			
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira _____ _____ _____	31 - Nome Social _____ _____ _____			
8 - Nome _____ _____ _____				
Dados do Contratado Solicitante				
9 - Código na Operadora _____ _____ _____	10 - Nome do Contratado _____ _____ _____			
11 - Nome do Profissional Solicitante _____ _____ _____	12 - Conselho Profissional _____ _____ _____	13 - Número no Conselho _____ _____ _____	14 - UF _____ _____ _____	15 - Código CBO _____ _____ _____
Dados da Internação				
16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas _____ _____ _____	17 - Tipo da Acomodação Solicitada _____ _____ _____			
18 - Indicação Clínica _____ _____ _____				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados				
19-Tabela 20-Cód. do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição _____ _____ _____	22 - Qtde Solic _____ _____ _____	23 - Qtde Aut _____ _____ _____	
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9-				
Dados da Autorização				
24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas _____ _____ _____	25 - Tipo da Acomodação Autorizada _____ _____ _____			
26 - Justificativa da operadora _____ _____ _____				
27- Observação / Justificativa _____ _____ _____				
28 - Data da Solicitação _____/_____/_____/_____/_____	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização		



3.5.4 - Legenda de preenchimento da Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DEFINIÇÕES / ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO
3	Número da Guia de Solicitação de Internação	Informar da guia inicial de solicitação de internação.	OBRIGATÓRIO
4	Data da Autorização	Informar a data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela Camed.	OBRIGATÓRIO
5	Senha	Informar o número da senha emitida pela Camed.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed com emissão de senha.
6	Número da Guia Atribuído pela Operadora	Informar o número atribuído pela Operadora que identifica a guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
DADOS DO BENEFICIÁRIO			



7	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
31	Nome social	Nome do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
8	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

9	Código na Operadora	<p>SOLICITANTE CONTRATADO PELA CAMED: Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do contratado solicitante: Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Contratado como Pessoa Física – Informar o CPF;• 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. <p>SOLICITANTE NÃO CONTRATADO: Informar o CPF do profissional solicitante do serviço.</p>	OBRIGATÓRIO
10	Nome do Contratado	Informar a razão social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do solicitante do serviço.	OBRIGATÓRIO



11	Nome do Profissional Solicitante	Informar o nome do profissional solicitante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
12	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional solicitante, conforme a tabela de domínio nº 26 - CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: • Médicos – informar o código CRM.	OBRIGATÓRIO
13	Número no Conselho	Informar o número do conselho profissional do solicitante.	OBRIGATÓRIO
14	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional solicitante, conforme tabela de domínio nº 59-Unidades da Federação.	OBRIGATÓRIO
15	Código CBO	Informar o Código Brasileiro de Ocupação em Saúde correspondente à especialidade do médico solicitante, conforme a tabela de domínio nº 24 - CBO-S (ESPECIALIDADES).	OBRIGATÓRIO
DADOS DA INTERNAÇÃO			
16	Qtde.Diárias Adicionais Solicitadas	Informar a quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.
17	Tipo da Acomodação Solicitada	Informar o código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49 - Tipo de Acomodação.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.



18	Indicação Clínica	Informar a justificativa/motivo do profissional embasando a solicitação.	OBRIGATÓRIO
PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS ADICIONAIS SOLICITADOS			
19	Tabela	Informar Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87 - TABELAS.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
20	Código do Procedimento ou Item Assistencial	Informar o código do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
21	Descrição	Informar a descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
22	Qtde. Solic.	Informar a quantidade do procedimento solicitado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
23	Qtde. Aut.	Informar a quantidade autorizada pela Camed.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja procedimentos autorizados pela Operadora.
DADOS DA AUTORIZAÇÃO			



24	Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas	Informar a quantidade de diárias de internação adicionais autorizada pela Camed.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
25	Tipo da Acomodação Autorizada	Informar o código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49 - Tipo de Acomodação.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo de Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
26	Justificativa da Operadora	Informar a justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
27	Observação / Justificativa	Registrar outras informações inerentes à internação, caso seja necessário.	OPCIONAL
28	Data da Solicitação	Registrar a data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	OBRIGATÓRIO
29	Assinatura do Profissional Solicitante	Registrar a assinatura do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
30	Assinatura do Responsável pela Autorização	Registrar a assinatura do responsável pela autorização concedida pela Camed.	OBRIGATÓRIO



3.6 GRI - GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

3.6.1 – Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Resumo de Internação é utilizada para a cobrança de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar.

Informamos que a Guia de Solicitação de Internação que gerou o internamento deverá ser anexada à Guia de Resumo de Internação, uma vez que é através daquela guia que o beneficiário registra sua assinatura confirmando o atendimento que está sendo prestado. Na apresentação de contas parciais, anexar a guia de solicitação de internação, devidamente assinada, na primeira parcial.

A cobrança de honorários dos procedimentos e exames deverá ser realizada por meio da guia de Resumo de Internação quando efetuados diretamente pelo hospital.

3.6.2 – Vinculação com outras guias

O campo “3-Número da Guia de Solicitação da Internação” conterá o número da Guia de Solicitação de Internação que originou a cobrança.

As despesas com diárias, materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas e OPME, decorrentes dos atendimentos deverão ser detalhadas no Anexo de Outras Despesas, cujo campo “2-Número da Guia Referenciada” conterá o número da Guia de Resumo de Internação.

Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou de outros profissionais, deve ser usada uma Guia de Honorários. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que o campo “3-Nº Guia de Solicitação de Internação” contenha o número da Guia de Solicitação de Internação.

3.6.3 - Modelo da Guia de Resumo de Internação



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS ANS - nº 38569-7	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	2 - Nº Guia no Prestador								
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha								
7 - Número do Guia Atribuído pelo Operadora										
8 - Nome do Beneficiário										
9 - Número do Carteira	10 - Validade da Carteira	11 - Nome Social								
12 - Nome	13 - Assinatura a PN									
9a - Detalhe do Contratado Executante										
13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES								
9b - Detalhe da Internação										
16 - Cód. de Atendimento	17 - Tipo de Faturamento	18 - Data do Início do Faturamento	19 - Hora do Início do Faturamento	20 - Data do Fim do Faturamento	21 - Hora do Fim do Faturamento	22 - Tipo de Internação	23 - Regime de Internação			
24 - CID 10 Principal (Opcional)	25 - CID 10 (2) (Opcional)	26 - CID 10 (3) (Opcional)	27 - CID 10 (4) (Opcional)	28 - Motivo do Encerramento da Internação	29 - Número da declaração de nascido vivo	30 - CID 10 Obras (Opcional)	31 - Número da declaração do óbito	32 - Indicador D.O. de PN		
9c - Procedimentos e Exames Realizados										
34 - Data	35 - Hora Inicial	36 - Hora Final	37 - Código do Procedimento	38 - Descrição	40 - Ordem	41 - Ata	42 - Fec	43 - Valor Red/Atenc	44 - Valor Unitário (R\$)	45 - Valor Total (R\$)
01 -										
02 -										
03 -										
04 -										
05 -										
06 -										
07 -										
08 -										
09 -										
10 -										
9d - Detalhe da Execução										
46 - Seq Ref	47 - Grav Port	48 - Código da Operadora/CNPJ	49 - Nome do Profissional	50 - Conselhos Profissionais	51 - Membros no Conselho	52 - UF	53 - Código CRM			
54 - Total de Procedimentos (R\$)	55 - Total de Diárias (R\$)	56 - Total de Taxas e Abatimentos (R\$)	57 - Total de Materiais (R\$)	58 - Total de CPMS (R\$)	59 - Total de Medicamentos (R\$)	60 - Total de Gases Medicinais (R\$)	61 - Total Geral (R\$)			
62 - Data da assinatura do contratado	63 - Assinatura do(a) contratado	64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora								
65 - Observações / Justificativa										

3.6.4 - Legenda de preenchimento da Guia de Resumo de Internação

Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DEFINIÇÕES / ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO



3	Número da Guia de Solicitação de Internação	Informar o número da Guia de Solicitação de Internação (número da autorização).	OBRIGATÓRIO
4	Data da Autorização	Informar a data em que a autorização para realização do atendimento / procedimento foi concedida pela Camed.	OBRIGATÓRIO
5	Senha	Informar o número da senha correspondente à autorização da internação.	OBRIGATÓRIO
6	Data de Validade da Senha	Informar a data de validade da senha.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
7	Número da Guia Atribuído pela Operadora	Informar o número atribuído pela Operadora que identifica a guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
8	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO



9	Validade da Carteira	Informar a data final (dia, mês e ano) da validade do cartão do beneficiário atendido. Considerar o último dia do mês para a data final da validade quando não houver o dia impresso no cartão.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia e tal autorização não puder ser obtida.
66	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
10	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
12	Atendimento a RN	Indicar se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	OBRIGATÓRIO. Deve ser informado "S" – sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" – não – quando o atendimento for do próprio beneficiário.
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
13	Código na Operadora	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 código do prestador executante (registrado nos campos 13 e 14) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS).	OBRIGATÓRIO. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
DADOS DA INTERNAÇÃO			
16	Caráter do Atendimento	Informar o caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23, registrando uma das opções: <ul style="list-style-type: none">• 1 – Eletivo;• 2 – Urgência/emergência.	OBRIGATÓRIO
17	Tipo de Faturamento	Informar o código do tipo de faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	OBRIGATÓRIO
18	Data do Início do Faturamento	Informar a data do início do faturamento apresentado nesta guia.	OBRIGATÓRIO. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.
19	Hora do Início do Faturamento	Informar a hora do início do faturamento.	OBRIGATÓRIO. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do início do faturamento da guia que está sendo complementada.



20	Data do Fim do Faturamento	Informar a data do final do faturamento apresentado nesta guia.	OBRIGATÓRIO. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do fim do faturamento da guia que está sendo complementada.
21	Hora do Fim do Faturamento	Informar a hora do final do faturamento.	OBRIGATÓRIO. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do fim do faturamento da guia que está sendo complementada.
22	Tipo de Internação	Informar o tipo da internação conforme tabela de domínio nº 57.	OBRIGATÓRIO
23	Regime de Internação	Informar o regime da internação conforme tabela de domínio nº 41.	OBRIGATÓRIO
24	CID 10 Principal	Informar o código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde – 10ª. revisão.	OPCIONAL
25	CID 10 (2)	Informar o código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde – 10ª. revisão.	OPCIONAL



26	CID 10 (3)	Informar o código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde – 10ª. revisão.	OPCIONAL
27	CID 10 (4)	Informar o código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde – 10ª. revisão.	OPCIONAL
28	Indicação de Acidente	Informar se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	OBRIGATÓRIO
29	Motivo de Encerramento da Internação	Informar o código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	OBRIGATÓRIO
30	Número da declaração de nascido vivo	Informar o número da declaração de nascido vivo, que é o documento base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS).	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
31	CID 10 Óbito	Informar o código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde – 10ª. revisão.	OPCIONAL



32	Número da Declaração de Óbito	Informar o número da declaração de óbito, que é o documento base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da mãe.
33	Indicador DO de RN	Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o campo Número da Declaração de Óbito for preenchido. Preencher com S – SIM caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N – Não caso a declaração de óbito informada seja da mãe.
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS			
34	Data	Informar a data em que o atendimento / procedimento foi realizado.	OBRIGATÓRIO



35	Hora Inicial	Informar a hora inicial da realização do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência ou emergência.
36	Hora Final	Informar a hora final da realização do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência ou emergência.
37	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	OBRIGATÓRIO
38	Código do Procedimento	Informar o código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO
39	Descrição	Informar a descrição do procedimento realizado.	OBRIGATÓRIO
40	Qtde.	Informar a quantidade realizada do procedimento.	OBRIGATÓRIO
41	Via	Em caso de procedimento cirúrgico, informar a via de acesso utilizada, registrando uma das opções abaixo, conforme tabela de domínio nº 61.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.



42	Tec.	Informar a técnica utilizada registrando uma das opções abaixo, conforme tabela de domínio nº 48.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
43	Fator Red/Acrésc	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% - cinqüenta por cento) - informar 0,50;	OBRIGATÓRIO. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.
44	Valor Unitário (R\$)	Informar o valor unitário do procedimento realizado.	OBRIGATÓRIO
45	Valor Total (R\$)	Informar o valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados (campo 40), o valor unitário (campo 44) e o fator de redução ou acréscimo (campo 43).	OBRIGATÓRIO
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE O preenchimento dos campos 46 ao 53 somente deverá ocorrer quando houver faturamento de honorários médicos pelo hospital.			



46	Seq. Ref.	<p>Informar o número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.</p> <p>Exemplo: Caso um procedimento cirúrgico seja faturado pelo próprio hospital, informar em uma das linhas dos campos 34 a 45 os dados do procedimento e registrar o número sequencial correspondente a essa linha nesse campo 46.</p>	<p>CONDICIONADO. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere à participação do profissional integrante da equipe.</p>
47	Grau Part.	<p>Informar o código correspondente ao grau de participação do profissional na equipe médica executante do procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 35 - GRAU DE PARTICIPAÇÃO.</p> <p>Exemplos:</p> <p>Cirurgião – informar o código 00;</p> <p>Pediatra na sala de parto – informar o código 10;</p> <p>Plantão de UTI – informar o código 13.</p>	<p>CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos a procedimentos realizados.</p>
48	Código na Operadora / CPF	<p>Informar o número do CPF do profissional que executou o procedimento.</p>	<p>CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos a procedimentos realizados.</p>



49	Nome do Profissional	Informar o nome do profissional que executou o procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos a procedimentos realizados.
50	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme a tabela de domínio 26-CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: • Médicos – informar o código 06-Conselho Regional de Medicina (CRM).	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos a procedimentos realizados.
51	Número no Conselho	Informar o número do conselho profissional do executante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos a procedimentos realizados.
52	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59-Unidades da Federação.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos a procedimentos realizados.



53	Código CBO	Informar o Código Brasileiro de Ocupação da especialidade do profissional executante, conforme a tabela de domínio nº 24 – CBO.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos a procedimentos realizados.
54	Total de Procedimentos (R\$)	Informar o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados.	OBRIGATÓRIO
55	Total de Diárias (R\$)	Informar o somatório dos valores totais das diárias. OBSERVAÇÃO: As diárias deverão ser faturadas através da Guia de Outras Despesas e a mesma deverá ser anexada a essa guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja cobrança de diária.
56	Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	Informar o somatório dos valores totais das taxas e aluguéis. OBSERVAÇÃO: As taxas e aluguéis deverão ser faturadas através da Guia de Outras Despesas e a mesma deverá ser anexada a essa guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja cobrança de taxas e aluguéis.
57	Total de Materiais (R\$)	Informar o somatório dos valores totais dos materiais. OBSERVAÇÃO: Os materiais deverão ser faturados através da Guia de Outras Despesas e a mesma deverá ser anexada a essa guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja cobrança de materiais.



58	Total de OPME (R\$)	Informar o somatório dos valores totais das órteses, próteses ou materiais especiais. OBSERVAÇÃO: As órteses, próteses ou materiais especiais deverão ser faturados através da Guia de Outras Despesas e a mesma deverá ser anexada a essa guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja cobrança de órtese, prótese ou material especial, conforme negociação entre as partes.
59	Total de Medicamentos (R\$)	Informar o somatório dos valores totais dos medicamentos. OBSERVAÇÃO: Os medicamentos deverão ser faturados através da Guia de Outras Despesas e a mesma deverá ser anexada a essa guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja cobrança de medicamentos.
60	Total de Gases Medicinais (R\$)	Informar o somatório dos valores totais dos gases medicinais. OBSERVAÇÃO: Os gases deverão ser faturados através da Guia de Outras Despesas e a mesma deverá ser anexada a essa guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja cobrança de gases medicinais.
61	Total Geral (R\$)	Informar o somatório dos campos 54 ao 60.	OBRIGATÓRIO
62	Data da Assinatura do Contratado	Registrar a data da assinatura do profissional responsável pelo hospital.	OBRIGATÓRIO
63	Assinatura do Contratado	Registrar a assinatura do profissional responsável pelo hospital.	OBRIGATÓRIO



64	Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora	Registrar a assinatura do auditor da Camed.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria <i>in loco</i> da operadora.
65	Observação / Justificativa	Registrar outras informações inerentes ao período da internação apresentado, caso seja necessário.	OPCIONAL

3.7 GUIA DE HONORÁRIOS

3.7.1 – Definição e finalidade de utilização do formulário

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

3.7.2 – Vinculação com outras guias

A Guia de Honorários só pode ser vinculada a Guia de Solicitação de Internação.

3.7.3 - Modelo da Guia de Honorários

GUIA DE HONORÁRIOS (Somente para pacientes internados)			
2-Nº Guia no Prestador			
1- Registro ANS ANS n° 38569-7	3- Nº Guia de Solicitação de Internação	4- Senha	5- Número do Guia Attribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário			
6- Número de Cartão			
7- Nome			
8- Afiliação à SN			
9- Código do Hospital			
10 - Nome do Hospital/Local			
11-Código CNES			
Dados do Contratado (se for executável o procedimento)			
12- Código da Operadora			
13- Nome do Contratado			
14- Código CNES			
Mês de Internação			
15- Data do Início do Faturamento			
16- Data do Fim do Faturamento			
Procedimentos Realizados			
17- Data			
18- Mês Inicial			
19- Mês Final			
20- Código do Procedimento			
21- Descrição			
22- Unidade			
23- Quantidade			
24- Unidade de Conta			
25- Valor Unitário - R\$			
26- Valor Total - R\$			
Identificação do(a) Profissional Executante			
27- Nome			
28- Profissão			
29- Identificação do(a) Assessor(a)			
30- Assessor(a) Profissional Executante			
31- Observação / Justificativa			
32- Valor total dos honorários			
33- Data de emissão			
34- Assinatura do Profissional Executante			



3.7.4 - Legenda de preenchimento da Guia de Honorários

Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRÍÇÃO / ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO	CONDICÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços	OBRIGATÓRIO
3	Nº da guia de solicitação de internação	Informar o número gerado pela Camed, por ocasião da resposta da autorização da internação, e não o número pré-impresso do formulário de Solicitação de Internação. ATENÇÃO: Esse número equivale à autorização da Camed no processo atual, que é indispensável para o pagamento de serviços autorizados.	OBRIGATÓRIO
4	Senha	Informar o número da senha.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.



5	Número da guia atribuído pela operadora	Informar o número atribuído pela Operadora que identifica a guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
6	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
41	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
7	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
8	Atendimento a RN	Indicar se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	OBRIGATÓRIO. Deve ser informado “S” – sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e “N” – não – quando o atendimento for do próprio beneficiário.
DADOS DO CONTRATADO (ONDE FOI EXECUTADO O PROCEDIMENTO)			



9	Código na operadora	Informar o CNPJ correspondente ao local de execução do procedimento.	OBRIGATÓRIO
10	Nome do Hospital / Local	Informar a razão social do prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado.	OBRIGATÓRIO
11	Código CNES	Informar o número do CNES/MS – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde correspondente ao local de execução do procedimento.	OBRIGATÓRIO. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

12	Código do contratado na operadora	Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se 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
13	Nome do Contratado	Informar a razão social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do prestador contratado que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO



14	Código CNES	Informar o código do prestador executante (registrado nos campos 12 e 13) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS).	OBRIGATÓRIO. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
15	Data do início do Faturamento	Informar a data de início do faturamento apresentado nesta guia.	OBRIGATÓRIO
16	Data do Fim do Faturamento	Informar a data final do faturamento apresentado nesta guia.	OBRIGATÓRIO
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
17	Data	Informar a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	OBRIGATÓRIO
18	Hora Inicial	Informar a hora inicial da realização do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência ou emergência.
19	Hora Final	Informar a hora final da realização do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência ou emergência.
20	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme tabela de domínio nº 87.	OBRIGATÓRIO



21	Código do Procedimento	Informar o código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO
22	Descrição	Informar a descrição do procedimento realizado.	OBRIGATÓRIO
23	Qtde.	Informar a quantidade do procedimento realizado.	OBRIGATÓRIO
24	Via	Em caso de procedimento cirúrgico, informar a via de acesso utilizada, registrando uma das opções abaixo, conforme tabela de domínio nº 61.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando tratar-se de procedimento cirúrgico.
25	Tec.	Informar a técnica utilizada registrando uma das opções abaixo, conforme tabela de domínio nº 48.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando tratar-se de procedimento cirúrgico.
26	Fator Red/Acrésc	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.	OBRIGATÓRIO. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com o número 1,00.



27	Valor Unitário (R\$)	Informar o valor unitário do procedimento realizado.	OBRIGATÓRIO. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com 0 (zero).
28	Valor Total (R\$)	Informar o valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados (campo 23), o valor unitário (campo 27) e o fator de redução ou acréscimo (campo 26).	OBRIGATÓRIO. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com 0 (zero).
IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(IS) EXECUTANTE(S)			
29	Seq. Ref.	Informar o número sequencial de referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.



30	Grau Part.	<p>Informar o código correspondente ao grau de participação do profissional na equipe médica executante do procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 35 - GRAU DE PARTICIPAÇÃO.</p> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cirurgião – informar o código 00;• Pediatra na sala de parto – informa o código 10;• Plantão de UTI – informar o código 13.	OBRIGATÓRIO
31	Código na Operadora /CPF	Informar o código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO
32	Nome do Profissional	Informar o nome do profissional que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO
33	Conselho Profissional	<p>Informar o código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme a tabela de domínio 26-CONSELHO PROFISSIONAL.</p> <p>Exemplo: Médicos – informar o código 06-Conselho Regional de Medicina (CRM).</p>	OBRIGATÓRIO
34	Número no Conselho	Informar o número do conselho profissional do executante.	OBRIGATÓRIO



35	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59 - Unidades da Federação.	OBRIGATÓRIO
36	Código CBO	Informar o Código Brasileiro de Ocupação da especialidade do profissional executante, conforme a tabela de domínio nº 24 – CBO.	OBRIGATÓRIO
37	Observação / Justificativa	Registrar outras informações inerentes ao atendimento realizado, caso seja necessário.	OPCIONAL
38	Valor total dos Honorários (R\$)	Informar o somatório dos valores totais dos honorários (campo 28).	OBRIGATÓRIO. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com 0 (zero).
ASSINATURAS / CONFIRMAÇÕES DOS SERVIÇOS PRESTADOS			
39	Data da emissão	Informar a data de preenchimento da guia.	OBRIGATÓRIO
40	Assinatura do Profissional Executante	Registrar a assinatura do profissional que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO

3.8 GUIA DE COMPROVANTE PRESENCIAL

3.8.1 - Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Comprovante Presencial tem a finalidade de ser utilizada para comprovação da presença do beneficiário no prestador em referida data através de sua assinatura. Essa guia deverá ser encaminhada à operadora sempre que solicitada a comprovação do atendimento para fins de auditoria ou pagamento.

3.8.2 – Vinculação com outras guias

No campo “14-Número da Guia Principal” deve ser informado o número da guia principal onde será cobrado o atendimento ao beneficiário.

3.8.3 - Modelo da Guia de Comprovante Presencial



3.8.4 - Legenda de preenchimento da Guia de Comprovante Presencial

Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRIÇÃO / ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços	OBRIGATÓRIO
DADOS DO CONTRATADO			
3	Código na Operadora	<p>Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do prestador contratado.</p> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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
4	Nome do Contratado	Informar a razão social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO



5	Código CNES	Informar o código do prestador executante (registrado nos campos 3 e 4) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS).	OBRIGATÓRIO. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
6	Nome do Profissional Executante	Informar o nome do profissional que executou o procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo "4-Nome do Contratado" for pessoa jurídica.
7	Conselho Profissional	Informar o código do conselho do profissional executante, conforme a tabela de domínio nº 26 - CONSELHO PROFISSIONAL. Exemplo: Médicos – informar o código 06-Conselho Regional de Medicina (CRM).	OBRIGATÓRIO
8	Número no Conselho	Informar o número do conselho do profissional executante.	OBRIGATÓRIO
9	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional executante, conforme tabela de domínio nº 59 - Unidades da Federação.	OBRIGATÓRIO
10	Código CBO	Informar o código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme a tabela de domínio nº 24 (CBO).	OBRIGATÓRIO
BENEFICIÁRIOS			



11	Data do Atendimento	Informar a data em que o atendimento / procedimento foi realizado.	OBRIGATÓRIO
12	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
13	Nome do Beneficiário	Informar o Nome do beneficiário ou nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	OBRIGATÓRIO
14	Número da Guia Principal	Informar o número da guia principal onde será cobrado o atendimento ao beneficiário.	OBRIGATÓRIO
15	Assinatura	Registrar a assinatura do beneficiário atendido ou de seu responsável.	OBRIGATÓRIO
16	Data de Assinatura do Contratado	Informar a data da assinatura do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
17	Assinatura do Contratado	Registrar a assinatura do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO

3.9 ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

3.9.1 Definição e finalidade de utilização do formulário

O Anexo de Outras Despesas é o formulário padrão que deverá sempre ser ligado a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só. É utilizado 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 13 (Unidade de Medida) da Guia de Outras Despesas.



3.9.2 Vinculação com outras guias

No campo “2-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação vinculada a esta guia.

Este anexo não tem número próprio de guia, ou seja, sempre está vinculado a uma guia referenciada.

3.9.3 Modelo da guia Anexo de Outras Despesas

Camed Saúde		ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)																	
1 - Registro ANS ANS - nº 38569-7	2 - Número da Guia Referenciada																		
Dados do Contratado Executante		3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado														5 - Código CNES	
Despesas Realizadas																			
6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. J Acesso	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	17-Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante	19-Nº Autorização de Funcionamento						
01-																			
02-																			
03-																			
04-																			
05-																			
06-																			
07-																			
08-																			
09-																			
10-																			
26-Descrição																			
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de CIPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)													



3.9.4 - Legenda de preenchimento do Anexo de Outras Despesas

Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	Descrição / Orientação para Preenchimento	Condição de Preenchimento
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia Referenciada	Informar o número da guia referenciada às despesas adicionais. ATENÇÃO: Esse 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	Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
4	Nome do Contratado	Informar a razão social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
5	Código CNES	Informar o código do prestador executante (registrado nos campos 3 e 4) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS). Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.	OBRIGATÓRIO.
DESPESAS REALIZADAS			
6	CD	Informar o código correspondente para cada despesa realizada, conforme tabela de domínio nº 25.	OBRIGATÓRIO
7	Data	Informar a data de realização da despesa.	OBRIGATÓRIO



8	Hora Inicial	Informar a hora inicial da realização da despesa.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
9	Hora Final	Informar a hora final da realização da despesa.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
10	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87. Exemplos: Código 19 – Materiais e OPME – quando tratar-se de cobrança de materiais e OPME; Código 20 – Medicamentos – quando tratar-se de cobrança de medicamentos.	OBRIGATÓRIO
11	Código do Item	Informar o código do item assistencial correspondente às despesas realizadas, conforme tabela utilizada.	OBRIGATÓRIO
12	Qtde.	Informar a quantidade realizada da despesa apresentada.	OBRIGATÓRIO



13	Unidade de Medida	Informar o código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
14	Fator Red/Acrésc	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.	OBRIGATÓRIO. Caso não haja acréscimo ou redução sobre o valor do procedimento, preencher o campo com 1,00.
15	Valor Unitário (R\$)	Informar o valor unitário da despesa realizada.	OBRIGATÓRIO. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
16	Valor Total (R\$)	Informar o valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial (campo 12), o valor unitário (campo 15) e o fator de redução e acréscimo (campo 14).	OBRIGATÓRIO



17	Registro ANVISA do Material	Informar o número do registro do material na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
18	Referência do material no fabricante	Informar o código de referência do material no fabricante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando tratar-se de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código em material ainda não cadastrado na TUSS.
19	Nº Autorização de funcionamento da empresa	Informar o número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
20	Descrição	Informar a descrição do item assistencial utilizado.	OBRIGATÓRIO



21	Total de Gases Medicinais (R\$)	Informar o somatório dos valores totais de gases medicinais.	OBRIGATÓRIO. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00(zero).
22	Total de Medicamentos (R\$)	Informar o somatório dos valores totais de medicamentos.	OBRIGATÓRIO. Caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00(zero).
23	Total de Materiais (R\$)	Informar o somatório dos valores totais de materiais.	OBRIGATÓRIO. Caso não haja gases materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00(zero).
24	Total de OPME (R\$)	Informar o somatório dos valores totais de órteses, próteses e materiais especiais.	OBRIGATÓRIO. Caso não haja órtese, prótese e material especial cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00(zero).



25	Total de taxas e aluguéis (R\$)	Informar o somatório dos valores totais de taxas e aluguéis.	OBRIGATÓRIO. Caso não haja taxas e aluguéis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00(zero).
26	Total de diárias (R\$)	Informar o somatório dos valores totais de diárias.	OBRIGATÓRIO. Caso não haja diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00(zero).
27	Total geral (R\$)	Informar o valor final da guia considerando o somatório dos campos 21 ao 26.	OBRIGATÓRIO. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0,00 (zero).

3.10. ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME

3.10.1 – Definição e finalidade de utilização do formulário

O Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais tem a finalidade de ser utilizada exclusivamente autorização para utilização de órteses, próteses e materiais especiais.

3.10.2 – Vinculação com outras Guias

No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.



3.10.3 – Modelo da Guia de Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME						2- Nº Guia no Prestador																														
1- Registro ANS CAMED SAÚDE	3- Número da Guia Referenciada	4- Senha	5- Data de Autorização	6- Número da Guia Atribuída pela Operadora																																
Dados do Beneficiário 7- Número da Carteira		29- Nome Social																																		
8- Nome																																				
Dados do Profissional Solicitante 9- Nome do Profissional Solicitante		10- Telefone	11- E-mail																																	
Dados da Clínica 12- Justificativa Técnica																																				
OPME Soltado <table border="1"> <tr> <td>13- Tabela</td> <td>14- Código do Material</td> <td>15- Descrição</td> <td>16- Opção</td> <td>17- Qtd. Solicitada</td> <td>18- Valor Unitário Solicitado</td> <td>19- Qtd. Autorizada</td> <td>20- Valor Unitário Autorizado</td> </tr> <tr> <td>21- Registro ANMSA do Material</td> <td>22- Referência do material no fabricante</td> <td>23- IP Autorização de Funcionamento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24- Especificação do Material</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>25- Observação / Justificativa</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>							13- Tabela	14- Código do Material	15- Descrição	16- Opção	17- Qtd. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtd. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado	21- Registro ANMSA do Material	22- Referência do material no fabricante	23- IP Autorização de Funcionamento						24- Especificação do Material							25- Observação / Justificativa						
13- Tabela	14- Código do Material	15- Descrição	16- Opção	17- Qtd. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtd. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado																													
21- Registro ANMSA do Material	22- Referência do material no fabricante	23- IP Autorização de Funcionamento																																		
24- Especificação do Material																																				
25- Observação / Justificativa																																				
26- Data de Solicitação	27- Assinatura do Profissional Solicitante	28- Assinatura do Responsável pela Autorização																																		

3.10.4 - Legenda de preenchimento do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME

Nº. DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DEFINIÇÕES / ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO



2	Nº da Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO
3	Número da Guia Referenciada	Informar o número da guia à qual o anexo está vinculado. Exemplo: Guia de Solicitação de Internação; Guia de SP/SADT.	OBRIGATÓRIO
4	Senha	Informar o número da senha emitida pela Camed.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed com emissão de senha.
5	Data da Autorização	Informar a data em que a autorização para realização do atendimento/ procedimento foi concedida pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed.
6	Número da Guia Atribuído pela Operadora	Informar o número que identifica a guia atribuído pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
7	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO



29	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
8	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
9	Nome do Profissional Solicitante	Informar o nome do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
10	Telefone	Informar o telefone do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
11	E-mail	Informar o endereço de e-mail do profissional solicitante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
DADOS DA CIRURGIA			
12	Justificativa Técnica	Registrar o relatório profissional para embasar a solicitação.	OBRIGATÓRIO
OPME SOLICITADOS			
13	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87 – TABELAS.	OBRIGATÓRIO



14	Código do Material	Informar o código do material solicitado pelo prestador.	OBRIGATÓRIO
15	Descrição	Informar a descrição do material solicitado pelo prestador.	OBRIGATÓRIO
16	Opção	Indicar a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado.	OBRIGATÓRIO
17	Qtde. Solicitada	Informar a quantidade do material solicitado pelo prestador.	OBRIGATÓRIO
18	Valor Unitário Solicitado	Informar o valor indicado pelo prestador para o material solicitado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
19	Qtde. Autorizada	Informar a quantidade do material autorizado pela Camed.	OBRIGATÓRIO
20	Valor Unitário Autorizado	Informar o valor autorizado pela operadora para o material solicitado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
21	Registro ANVISA do Material	Informar o número de registro do material na ANVISA.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando for utilizado um código de material ainda não cadastrado na TUSS.



22	Referência do Material no Fabricante	Informar o código de referência do material no fabricante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
23	Nº Autorização de Funcionamento	Informar o número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
24	Especificação do Material	Especificar ou esclarecer adicional do profissional acerca do material solicitado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
25	Observação / Justificativa	Utilizar para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.	OPCIONAL
26	Data da Solicitação	Registrar a data da solicitação dos procedimentos ou itens assistenciais.	OBRIGATÓRIO
27	Assinatura do Profissional Solicitante	Registrar a assinatura do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
28	Assinatura do Responsável pela Autorização	Registrar a assinatura do responsável pela autorização concedida pela Camed.	OBRIGATÓRIO

3.11 ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

3.11.1 – Definição e finalidade de utilização do formulário

O Anexo de Solicitação de Quimioterapia tem a finalidade de ser utilizada exclusivamente para solicitar tratamento quimioterápico.



3.11.2 – Vinculação com outras Guias

No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

3.11.3 – Modelo do Anexo de Solicitação de Quimioterapia

Camed
Saúde

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS CNPJ nº 21.180.524/0001-27	2 - Número da Guia Referenciada	4 - Sexo	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuída pela Operadora
Detalho do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Nome Social			
9 - Peso (Kg)	10 - Altura (Cm)	11 - Separador Corporal (m)	12 - Idade	13 - Sexo
Detalho do Profissional Subscritor				
14 - Nome do Profissional Subscritor	15 - Telefone	16 - E-mail		
Diagnóstico Oncológico				
17 - Data do diagnóstico	18-CD18 Principal (Opcional)	19-CD19 (2) (Opcional)	20-CD19 (3) (Opcional)	21-CD19 (4) (Opcional)
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Fisiologia	25 - ECOG	26 - Tumor
27 - Nodais	28 - Metastase	29 - Plano Terapêutico		
30 - Diagnóstico Clínico-Histopatológico				
31 - Informações relevantes				
Medicamentos e Drogas solicitados				
32 - Data Prevista para Início da Administração	33 - Tabela	34 - Código do Medicamento	35 - Descrição	36 - Doseação total no ciclo
37 - Uso/dose de Medicina	38 - Via Adm.	39 - Frequência	40 - Cirurgia	
41 - Data da Realização				
42 - Áreas Irradiadas				
43 - Data da Aplicação				
44 - Observação / Justificativa				
45 - Número de Ciclos Previstos	46 - Ciclo Atual	47 - Nº de dias do Ciclo Atual	48 - Administrado entre Ciclos (em dias)	49 - Data da Solicitação
50 - Assinatura do Profissional Solicitante	51 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

3.11.4 - Legenda de preenchimento do Anexo de Solicitação de Quimioterapia:



Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DEFINIÇÕES / ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO
3	Número da Guia Referenciada	Informar o número da guia à qual o anexo está vinculado. Exemplo: Guia de Solicitação de Internação; Guia de SP/SADT.	OBRIGATÓRIO
4	Senha	Informar o número da senha emitida pela Camed.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed com emissão de senha.
5	Data da Autorização	Informar a data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed.
6	Número da Guia Atribuído pela Operadora	Informar o número que identifica a guia atribuído pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
7	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO



52	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
8	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
9	Peso(Kg)	Informar o peso do beneficiário em quilos.	OBRIGATÓRIO
10	Altura	Informar a altura do beneficiário em centímetros.	OBRIGATÓRIO
11	Superfície Corporal	Informar a superfície corporal do em metros quadrados.	OBRIGATÓRIO
12	Idade	Informar a idade do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
13	Sexo	Informar o sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43 – SEXO: • 1 – Masculino • 2 – Feminino	OBRIGATÓRIO

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

14	Nome do Profissional Solicitante	Informar o nome do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
15	Telefone	Informar o telefone do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
16	E-mail	Informar o endereço de e-mail do profissional solicitante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.



DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO			
17	Data do Diagnóstico	Registrar a data em que foi dado o diagnóstico de doença referente ao tratamento solicitado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
18	CID 10 Principal(Opcional)	Informar o Código Internacional de Doença – CID 10 principal que motivou a solicitação.	OPCIONAL
19	CID 10 (2)(Opcional)	Informar o CID10 referente ao segundo diagnóstico.	OPCIONAL
20	CID 10 (3)(Opcional)	Informar o CID10 referente ao terceiro diagnóstico.	OPCIONAL
21	CID 10 (4)(Opcional)	Informar o CID10 referente ao quarto diagnóstico.	OPCIONAL
22	Estadiamento	Informar o estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31 – ESTADIAMENTO DO TUMOR: <ul style="list-style-type: none">• 0 - 0• 1 - I• 2 - II• 3 - III• 4 - IV• 5 - Não se aplica	OBRIGATÓRIO
23	Tipo de Quimioterapia	Informar o código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58 – TIPO DE QUIMIOTERAPIA: <ul style="list-style-type: none">• 1 - 1^a linha• 2 - 2^a linha• 3 - 3^a linha• 4 - Outras linhas	OBRIGATÓRIO



24	Finalidade	Informar o código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33 – FINALIDADE DO TRATAMENTO: <ul style="list-style-type: none">• 1 – Curativa• 2 – Neoadjuvante• 3 – Adjuvante• 4 – Paliativa• 5 – Controle	OBRIGATÓRIO
----	------------	--	-------------



25	ECOG	<p>Informar a Classificação Internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30 - ESCALA DE CAPACIDADE FUNCIONAL (ECOG - Escala de Zubrod):</p> <ul style="list-style-type: none">• 0 - Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico.• 1 - Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.• 2 - Caminha e é capaz de exercer as atividades de autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília.• 3 - Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.• 4 - Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.	OBRIGATÓRIO
----	------	--	-------------



26	Tumor	Classificação do Tumor conforme Tabela de Domínio 67: 1 – T1 2 – T2 3 – T3 4 – T4 5 – T0 6 – Tis 7 – Tx 8 – Não se Aplica 9 – Sem Informação	OBRIGATÓRIO
27	Nódulo	Classificação do Nódulo conforme Tabela de Domínio 66: 1 – N1 2 – N2 3 – N3 4 – NO 5 – Nx 8 – Não se Aplica 9 – Sem Informação	OBRIGATÓRIO
28	Metástase	Classificação da Metástase conforme Tabela de Domínio 65: 1 – M1 2 – M2 3 – M3 8 – Não se Aplica 9 – Sem Informação	OBRIGATÓRIO
29	Plano Terapêutico	Informar o plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
30	Diagnóstico cito/histopatológico	Informar o diagnóstico citopatológico e histopatológico.	OPCIONAL
31	Informações Relevantes	Registrar outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.



MEDICAMENTOS E DROGAS SOLICITADAS			
32	Data prevista para Administração	Registrar a data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.	OBRIGATÓRIO
33	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87 - TABELAS.	OBRIGATÓRIO
34	Código do Medicamento	Informar o código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO
35	Descrição	Informar a descrição do medicamento solicitado.	OBRIGATÓRIO
36	Dosagem total do ciclo	Informar as doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	OBRIGATÓRIO
37	Unidade de medida	Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60	OBRIGATÓRIO
38	Via Adm.	Informar a via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62 - VIA DE ADMINISTRAÇÃO.	OBRIGATÓRIO
39	Frequência	Informar a quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	OBRIGATÓRIO
TRATAMENTOS ANTERIORES			
40	Cirurgia	Descrever o procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.



41	Data de Realização	Registrar a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
42	Área Irradiada	Identificar a área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
43	Data da Aplicação	Registrar a data em que foi realizada a radioterapia anterior.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
44	Observação / Justificativa	Utilizar para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.	OPCIONAL
45	Número de Ciclos Previstos	Informar o número de ciclos previstos de tratamento.	OBRIGATÓRIO
46	Ciclo Atual	Informar o número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	OBRIGATÓRIO
47	Nº de dias do ciclo atual	Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico	OBRIGATÓRIO
48	Intervalos entre Ciclos (em dias)	Informar a quantidade de dias entre os ciclos de tratamento.	OBRIGATÓRIO
49	Data da Solicitação	Registrar a data da solicitação dos procedimentos ou itens assistenciais.	OBRIGATÓRIO
50	Assinatura do Profissional Solicitante	Registrar a assinatura do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO



51	Assinatura do Responsável pela Autorização	Registrar a assinatura do responsável pela autorização concedida pela Camed.	OBRIGATÓRIO
----	--	--	-------------

3.12 ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

3.12.1 – Definição e finalidade de utilização do formulário

O Anexo de Solicitação de Radioterapia tem a finalidade de ser utilizada exclusivamente para solicitar tratamento de radioterapia.

3.12.2 - Vinculação com outras Guias

No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

3.12.3 – Modelo do Anexo de Solicitação de Radioterapia

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA													
1 - Registro ANS JANB nº 00000000000000000000000000000000	2 - Número da Guia Referenciada			3 - Série		4 - Data de Autorização		5 - Número da Guia Attribuído pelo Operador					
Dados do Beneficiário:													
7 - Nome do Cartão			8 - Nome Social			9 - Endereço			10 - Telefone				
Dados do Profissional Consultante:													
11 - Nome do Profissional Consultante			12 - Endereço			13 - Email							
Diagnóstico Oncológico:													
14 - Data do Diagnóstico		15 - CD 14 Principal (Opcional)		16 - CD 14 (2) (Opcional)		17 - CD 14 (3) (Opcional)		18 - CD 14 (4) (Opcional)		19 - Diagnóstico por Imagens		20 - Estadiamento	
<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>	
Diagnóstico CitoHistopatológico:													
Informações relevantes:													
Tutoriais Ativares:													
26 - Data da Realização													
27 - Quimioterapia													
28 - Data da Aplicação													
29 - Número de Campos		30 - Dose por dia (em Gy)		31 - Dose Total (em Gy)		32 - Número de Dias		33 - Data Prevista para Início da Administração					
<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>					
34 - Observações / Justificativa													
35 - Data da Solicitação		36 - Assinatura do Profissional Consultante			37 - Assinatura do Autorizador da Operadora								
<input type="button" value="..."/>		<input type="button" value="..."/>			<input type="button" value="..."/>								



3.12.4 - Legenda de preenchimento do Anexo de Solicitação de Radioterapia

Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DEFINIÇÕES / ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO
3	Número da Guia Referenciada	Informar o número da guia à qual o anexo está vinculado. Exemplo: Guia de Solicitação de Internação; Guia de SP/SADT.	OBRIGATÓRIO
4	Senha	Informar o número da senha emitida pela Camed.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed com emissão de senha.
5	Data da Autorização	Informar a data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed.
6	Número da Guia Atribuído pela Operadora	Informar o número que identifica a guia atribuído pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
DADOS DO BENEFICIÁRIO			



7	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
38	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
8	Nome	Informar o nome do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
9	Idade	Informar a idade do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
10	Sexo	Informar o sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43 – SEXO: • 1 – Masculino • 2 – Feminino	OBRIGATÓRIO

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

11	Nome do Profissional Solicitante	Informar o nome do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
12	Telefone	Informar o telefone do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
13	E-mail	Informar o endereço de e-mail do profissional solicitante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.

DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO



14	Data do Diagnóstico	Registrar a data em que foi dado o diagnóstico de doença referente ao tratamento solicitado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
15	CID 10 Principal(Opcional)	Informar o Código Internacional de Doença – CID 10 principal que motivou a internação.	OPCIONAL
16	CID 10 (2)(Opcional)	Informar o CID10 referente ao segundo diagnóstico.	OPCIONAL
17	CID 10 (3)(Opcional)	Informar o CID10 referente ao terceiro diagnóstico.	OPCIONAL
18	CID 10 (4)(Opcional)	Informar o CID10 referente ao quarto diagnóstico.	OPCIONAL
19	Diagnóstico por Imagem	Informar a tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29 - DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: <ul style="list-style-type: none">• 1 – Tomografia• 2 – Ressonância Magnética• 3 – Raios-X• 4 – Outras• 5 – Ultrassonografia• 6 – PET	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
20	Estadiamento	Informar o estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31 – ESTADIAMENTO DO TUMOR: <ul style="list-style-type: none">• 0 - 0• 1 - I• 2 - II• 3 - III• 4 - IV• 5 - Não se aplica	OBRIGATÓRIO



21	ECOG	<p>Informar a Classificação Internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30 - ESCALA DE CAPACIDADE FUNCIONAL (ECOG - Escala de Zubrod):</p> <ul style="list-style-type: none">• 0-Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico.• 1-Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.• 2-Caminha e é capaz de exercer as atividades de autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília.• 3-Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.• 4-Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.	OBRIGATÓRIO
----	------	--	-------------



22	Finalidade	Informar o código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33 – FINALIDADE DO TRATAMENTO: <ul style="list-style-type: none">• 1 – Curativa• 2 – Neoadjuvante• 3 – Adjuvante• 4 – Paliativa• 5 – Controle	OBRIGATÓRIO
23	Diagnóstico cito/histopatológico	Informar o diagnóstico citopatológico e histopatológico.	OPCIONAL
24	Informações Relevantes	Registrar outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
TRATAMENTOS ANTERIORES			
25	Cirurgia	Descrever o procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
26	Data da Realização	Registrar a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
27	Quimioterapia	Identificar quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.



28	Data da Aplicação	Registrar a data em que o foi realizada a quimioterapia anterior.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico realizado anteriormente.
----	-------------------	---	--

PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES

29	Número de Campos	Informar o número de campos de irradiação.	OBRIGATÓRIO
30	Dose por Dia (em Gy)	Informar a dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	OBRIGATÓRIO
31	Dose Total (em Gy)	Informar a dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	OBRIGATÓRIO
32	Número de Dias	Informar o número de dias do tratamento previstos pelo profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
33	Data Prevista para Início da Administração	Registrar a data prevista para início da administração da radioterapia.	OBRIGATÓRIO
34	Observação / Justificativa	Utilizar para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.	OPCIONAL
35	Data da Solicitação	Registrar a data da solicitação dos procedimentos ou itens assistenciais.	OBRIGATÓRIO
36	Assinatura do Profissional Solicitante	Registrar a assinatura do profissional solicitante.	OBRIGATÓRIO
37	Assinatura do Autorizador da Operadora	Registrar a assinatura do responsável pela autorização concedida pela Camed.	OBRIGATÓRIO



3.13 GUIA DE RECURSO DE GLOSA

3.13.1 – Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Recurso de Glosas tem a finalidade de ser utilizada para recurso sobre glosa(s) ocorrida(s) em um lote/protocolo ou em guias do prestador. O recurso de glosa de protocolo deverá ser emitido somente quando todo o protocolo tiver sido glosado.

3.13.2 – Vinculação com outras Guias

No caso de recurso de glosa de protocolo, no campo “9- Número do Protocolo” deve ser informado o número do protocolo que está sendo recursado, atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador. Em se tratando de recurso de glosa de guia, no campo “14-Número da guia atribuído pela operadora”, deve ser informado o número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.

3.13.3 – Modelo da Guia de Recurso de Glosas

Camed Saúde		GUIA DE RECURSO DE GLOSAS					2- Nº Guia no Prestador	
1 - Registro ANS FANS-11-2018-07	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosa Atribuído pela Operadora					
Dados do Contratado								
6- Código na Operadora	7 - Nome do Contratado							
Dados do recurso do protocolo								
8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)					12 - Acatado
Dados do recurso da guia								
13-Número da guia no prestador	14- Número da Guia Atribuído pela Operadora	15- Senha					16 - Acatado	
16-Código da glosa da guia	17-Justificativa (no caso de recurso integral da guia)							
Dados do recurso do procedimento ou item assistencial								
18-Data de realização	20-Data final período	21-Tabela	22-Procedimento/Item assistencial	23-Descrição	24-Grau de 25-Código da glosa Participação			
26-Válida Recurso	27-Justificativa do Prestador							
28-Válida Acatado	29-Justificativa da Operadora							
30-	31-	32-	33-	34-	35-	36-	37-	38-
39-	40-	41-	42-	43-	44-	45-	46-	47-
48-	49-	50-	51-	52-	53-	54-	55-	56-
57-	58-	59-	60-	61-	62-	63-	64-	65-
66-	67-	68-	69-	70-	71-	72-	73-	74-
75-	76-	77-	78-	79-	80-	81-	82-	83-
84-	85-	86-	87-	88-	89-	90-	91-	92-
93-	94-	95-	96-	97-	98-	99-	100-	101-
36 -Valor Total Recursoado (R\$)	37 -Valor Total Acatado (R\$)	38 - Data do Recurso	39 - Assinatura do Contratado	40 - Data da Assinatura da Operadora	41 - Assinatura da Operadora			



3.13.4 – Legenda de preenchimento da Guia de Recurso de Glosas

Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	Descrição / Orientação para Preenchimento	Condição de Preenchimento
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO
3	Nome da Operadora	Informar a Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	OBRIGATÓRIO
4	Objeto do Recurso	Informar se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	OBRIGATÓRIO. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de tratar-se de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
5	Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora	Informar o número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
DADOS DO CONTRATADO			
6	Código na Operadora	Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO



7	Nome do Contratado	Informar a razão social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO RECURSO DO PROTOCOLO			
8	Número do Lote	Informar o número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	OBRIGATÓRIO
9	Número do Protocolo	Informar número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	OBRIGATÓRIO
10	Código da Glosa do Protocolo	Informar o código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, quando o campo "4-Objeto do recurso" for igual a 1 .
11	Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)	Informar a justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, quando o campo "4-Objeto do recurso" for igual a 1 .



12	Acatado	Informar se o recurso apresentado pelo prestador, para o protocolo, foi acatado pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
----	---------	---	--

DADOS DO RECURSO DA GUIA

13	Número da Guia no prestador	Informar o número identificador da guia a que se refere o recurso.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, quando o campo "4-Objeto do recurso" for igual a 2.
14	Número da Guia atribuído pela operadora	Informar o número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, quando o campo "4-Objeto do recurso" for igual a 2 e a operadora atribua outro número a guia, independente do número que a identifica no prestador.



15	Senha	Informar a senha de autorização emitida pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
16	Código da glosa da guia	Informar o código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, quando o campo "4-Objeto do recurso" for igual a 2 .
17	Justificativa (no caso de recurso integral da guia)	Informar a justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, quando o campo "4-Objeto do recurso" for igual a 2 .
18	Acatado	Informar se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
DADOS DO RECURSO DO PROCEDIMENTO OU ITEM ASSISTENCIAL			



19	Data inicial / data de realização	Informar a data em que o atendimento / procedimento foi realizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
20	Data final do período	Informar a data final do período de internação.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de conta referente à internação.
21	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
22	Código do procedimento / item Assistencial	Informar o código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
23	Descrição	Informar a descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.



24	Grau de Participação	Informar o grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido nas cobranças referentes a honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.
25	Código da glosa	Informar o código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
26	Valor recursado	Informar o valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
27	Justificativa do Prestador	Informar a justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.



28	Valor Acatado	Informar o valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	OBRIGATÓRIO. Caso a operadora não tenha acatado recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
29	Justificativa da Operadora	Informar a justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa.
30	Valor Total Recursado (R\$)	Informar o valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	OBRIGATÓRIO
31	Valor Total Acatado (R\$)	Informar o valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.	OBRIGATÓRIO
32	Data do Recurso	Informar a data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	OBRIGATÓRIO
33	Assinatura do Contratado	Registrar a assinatura do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
34	Data da Assinatura da Operadora	Informar a data da assinatura da operadora.	OBRIGATÓRIO
35	Assinatura da Operadora	Registrar a assinatura da operadora.	OBRIGATÓRIO