Unimed Rio

MANUAL Completo COOPERADO

TISS 3.0

SUMÁRIO

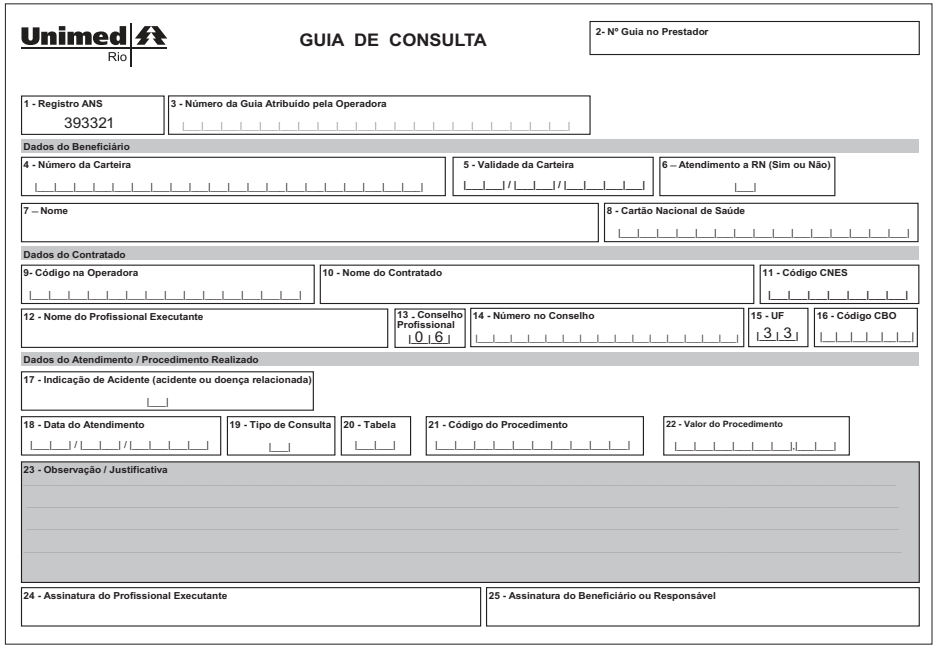
Guia de Consulta	04
Guia de Comprovante Presencial	10
Guia SADT	15
Anexo de Outras Despesas	32
Guia de Solicitalçao de Internação	38
Guia de Honorários	49
Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação	53
Guia de Recursos de Glosas	62
Demostrativo de análise de Contas	67
Demostrativo de Pagamento	73
Anexo OPME	79

Prezado Cooperado,

Este manual é um guia de preenchimento do novo modelo das guias TISS. Nele explicamos e mostramos os novos campos que deverão ser preenchidos. Sua leitura é recomendada para que as guias sejam preenchidas de forma correta.

Guia de Consulta

Formulário padrão a ser utilizado única e exclusivamente para consultas eletivas realizadas em consultórios médicos sem procedimentos. Para os cooperados que possuem sistema de autorização eletrônico a guia de consulta deve ser preenchida, caso o sistema venha apresentar algum problema.



Unimed Rio

GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 393321

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 – Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 – Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9- Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional: 06

14 - Número no Conselho

15 - UF: 33

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

• Campo 01 e 02 esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

• Campo 03 (Número da Guia Atribuído pela Operadora) deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador;

• Campo 04 (Número da carteira) deve ser preenchido com o número da carteira do beneficiário;

• Campo 05 (Validade da carteira) deve ser preenchido com a data de validade que está na carteira do beneficiário (Data, Mês e Ano);

• Campo 06 (Atendimento a RN (Sim ou Não) deve ser preenchido "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;

• Campo 07 (Nome) deve ser preenchido com o nome do beneficiário conforme descrição da carteira;

• Campo 08 (Cartão Nacional de Saúde) deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde;

• Campo 09 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código do médico cooperado;

• Campo 10 (Nome do Contratado) deve ser preenchido com o nome do médico cooperado;

• Campo 11 (Código CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) o campo deve ser preenchido com o código do CNES ou caso não possua preencher com o número 9999999;

• Campo 12 (Nome do Profissional Executante) deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica;

• Campo 13 (Conselho Profissional) campo preenchido pela Unimed Rio;

• Campo 14 (Número do Conselho) deve ser preenchido com o número do Conselho Regional de Medicina do médico cooperado

• Campo 15 (UF) campo preenchido pela Unimed Rio;

• Campo 16 (Código CBO) deve ser preenchido com o código de acordo com a especialidade, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 24 - Terminologia do código brasileiro de ocupação (CBO)

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
201115	Geneticista
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas
223905	Terapeuta ocupacional
223910	Ortopedista
225103	Médico infectologista
225105	Médico acupunturista
225106	Médico legista
225109	Médico Nefrologista
225110	Médico alergista e imunologista
225112	Médico neurologista
225115	Médico angiologista
225118	Médico nutrologista
225120	Médico cardiologista
225121	Médico oncologista clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico
225124	Médico pediatra
225125	Médico clínico
225127	Médico pneumologista
225130	Médico de família e comunidade
225133	Médico psiquiatra
225135	Médico dermatologista
225136	Médico reumatologista
225139	Médico sanitarista
225140	Médico do trabalho
225142	Médico da estratégia de saúde da família
225145	Médico em medicina de tráfego
225148	Médico anatomopatologista
225150	Médico em medicina intensiva
225151	Médico anestesiologista
225155	Médico endocrinologista e metabologista
225160	Médico fisiatra
225165	Médico gastroenterologista
225170	Médico generalista
225175	Médico geneticista
225180	Médico geriatra
225185	Médico Hematologista
225195	Médico Homeopata
225203	Médico em cirurgia vascular
225210	Médico cirurgião cardiovascular
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
225225	Médico cirurgião geral
225230	Médico cirurgião pediátrico
225235	Médico cirurgião plástico
225240	Médico cirurgião torácico
225250	Médico ginecologista e obstetra
225255	Médico Mastologista
225260	Médico neurocirurgião
225265	Médico oftalmologista
225270	Médico ortopedista e traumatologista
225275	Médico otorrinolaringologista
225280	Médico proctologista
225285	Médico urologista
225290	Médico cancerologista cirúrgico

225295	Médico cirurgião da mão
225305	Médico citopatologista
225310	Médico em endoscopia
225315	Médico em medicina nuclear
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225325	Médico patologista
225330	Médico radioterapeuta
225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225340	Médico hemoterapeuta
225345	Médico hiperbarista
225350	Médico neurofisiologista
251545	Neuropsicólogo
251550	Psicanalista
322225	Instrumentador cirúrgico
999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante

• Campo 17 (Indicação de Acidente (Acidente ou Doença relacionada)) indica-se se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com beneficiário ou doença relacionada conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 36 - Terminologia de Indicador de Acidente

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
0	Trabalho
1	Trânsito
2	Outros
9	Não Acidente

• Campo 18 (Data de Atendimento) deve ser preenchido com a data do atendimento;

• Campo 19 (Tipo de Consulta) deve ser preenchido com código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 52 - Terminologia de tipo de consulta

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
1	Primeira consulta
2	Retorno
3	Pré-natal
4	Por encaminhamento

• Campo 20 (Tabela) deve ser preenchido conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

CÓDIGO DO TERMO	DESCRIÇÃO
22	Procedimentos e eventos em saúde

• Campo 21 (Código do Procedimento) deve ser preenchido com o código identificador do procedimento realizado pelo Cooperado, conforme tabela TUSS;

• Campo 22 (Valor do Procedimento) deve ser preenchido com valor unitário do procedimento realizado, conforme tabela TUSS;

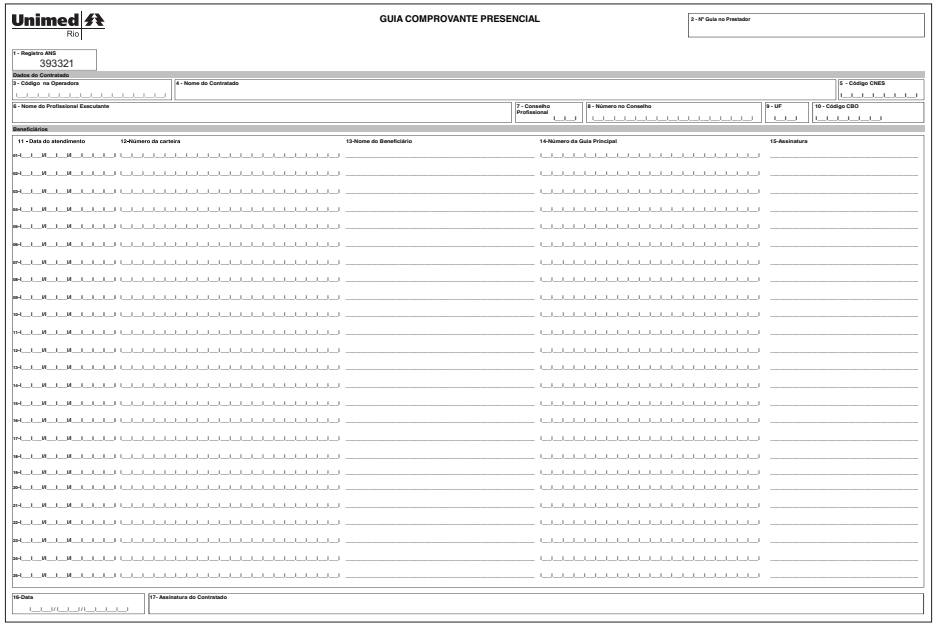
• Campo 23 (Observação / Justificativa) deve ser preenchido para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas o que julgue necessário;

• Campo 24 (Assinatura do Profissional Executante) deve ser preenchido com a assinatura do profissional que realizou o procedimento;

• Campo 25 (Assinatura do Beneficiário ou Responsável) deve ser preenchido com a assinatura do beneficiário ou responsável.

Guia de Comprovante Presencial

Formulário padrão a ser utilizado única e exclusivamente para consultas eletivas realizadas em consultórios médicos sem procedimentos. Para os cooperados que possuem sistema de autorização eletrônico a guia de consulta deve ser preenchida, caso o sistema venha apresentar algum problema.


Unimed Rio

GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 393321

Dados do Contratado

3 - Código na Operadora | 4 - Nome do Contratado | 5 - Código CNES

6 - Nome do Profissional Executante | 7 - Conselho Profissional | 8 - Número no Conselho | 9 - UF | 10 - Código CBO

Beneficiários

11 - Data do atendimento	12-Número da carteira	13-Nome do Beneficiário	14-Número da Guia Principal	15-Assinatura
01-__/__/__				
02-__/__/__				
03-__/__/__				
04-__/__/__				
05-__/__/__				
06-__/__/__				
07-__/__/__				
08-__/__/__				
09-__/__/__				
10-__/__/__				
11-__/__/__				
12-__/__/__				
13-__/__/__				
14-__/__/__				
15-__/__/__				
16-__/__/__				
17-__/__/__				
18-__/__/__				
19-__/__/__				
20-__/__/__				
21-__/__/__				
22-__/__/__				
23-__/__/__				
24-__/__/__				
25-__/__/__				

16-Data __/__/__ | 17- Assinatura do Contratado

• Campo 01 e 02 esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

• Campo 03 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código identificador do prestador contratado executante junto à operadora, conforme contrato estabelecido;

• Campo 04 (Nome do Contratado) deve ser preenchido com o nome do médico cooperado;

• Campo 05 (Código CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) deve ser preenchido com o código do CNES ou caso não possua preencher com o número 9999999;

• Campo 06 (Nome do Profissional Executante) deve ser preenchido com o nome do profissional que executou o procedimento;

• Campo 07 (Conselho Profissional) deve ser preenchido conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 26 - Terminologia de conselho profissional

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
06	Conselho Regional de Medicina (CRM)
10	Outros Conselhos

• Campo 08 (Número do Conselho) deve ser preenchido com o número do Conselho Regional de Medicina do médico cooperado;

• Campo 09 (UF) sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do Executante do procedimento, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 59 - Terminologia de unidades da federação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO	SIGLA
33	Rio de Janeiro	RJ

• Campo 10 (Código CBO - Classificação Brasileira de Ocupações) deve ser preenchido com o código de acordo com a especialidade, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 24 - Terminologia do código brasileiro de ocupação (CBO)

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
201115	Geneticista
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas
223905	Terapeuta ocupacional

223910	Ortopedista
225103	Médico infectologista
225105	Médico acupunturista
225106	Médico legista
225109	Médico Nefrologista
225110	Médico alergista e imunologista
225112	Médico neurologista
225115	Médico angiologista
225118	Médico nutrologista
225120	Médico cardiologista
225121	Médico oncologista clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico
225124	Médico pediatra
225125	Médico clínico
225127	Médico pneumologista
225130	Médico de família e comunidade
225133	Médico psiquiatra
225135	Médico dermatologista
225136	Médico reumatologista
225139	Médico sanitarista
225140	Médico do trabalho
225142	Médico da estratégia de saúde da família
225145	Médico em medicina de tráfego
225148	Médico anatomopatologista
225150	Médico em medicina intensiva
225151	Médico anestesiologista
225155	Médico endocrinologista e metabologista
225160	Médico fisiatra
225165	Médico gastroenterologista

225170	Médico generalista
225175	Médico geneticista
225180	Médico geriatra
225185	Médico Hematologista
225195	Médico Homeopata
225203	Médico em cirurgia vascular
225210	Médico cirurgião cardiovascular
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
225225	Médico cirurgião geral
225230	Médico cirurgião pediátrico
225235	Médico cirurgião plástico
225240	Médico cirurgião torácico
225250	Médico ginecologista e obstetra
225255	Médico Mastologista
225260	Médico neurocirurgião
225265	Médico oftalmologista
225270	Médico ortopedista e traumatologista
225275	Médico otorrinolaringologista
225280	Médico proctologista
225285	Médico urologista
225290	Médico cancerologista cirúrgico
225295	Médico cirurgião da mão
225305	Médico citopatologista
225310	Médico em endoscopia
225315	Médico em medicina nuclear
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225325	Médico patologista
225330	Médico radioterapeuta

225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225340	Médico hemoterapeuta
225345	Médico hiperbarista
225350	Médico neurofisiologista
251545	Neuropsicólogo
251550	Psicanalista
322225	Instrumentador cirúrgico
999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante

• Campo 11 (Data do Atendimento) deve ser preenchido com a data em que o atendimento/procedimento foi realizado;

• Campo 12 (Número da Carteira) deve ser preenchido com o número do beneficiário na operadora;

• Campo 13 (Nome do Beneficiário) deve ser preenchido com o nome do beneficiário;

• Campo 14 (Número da Guia Principal) deve ser preenchido com o número da guia principal;

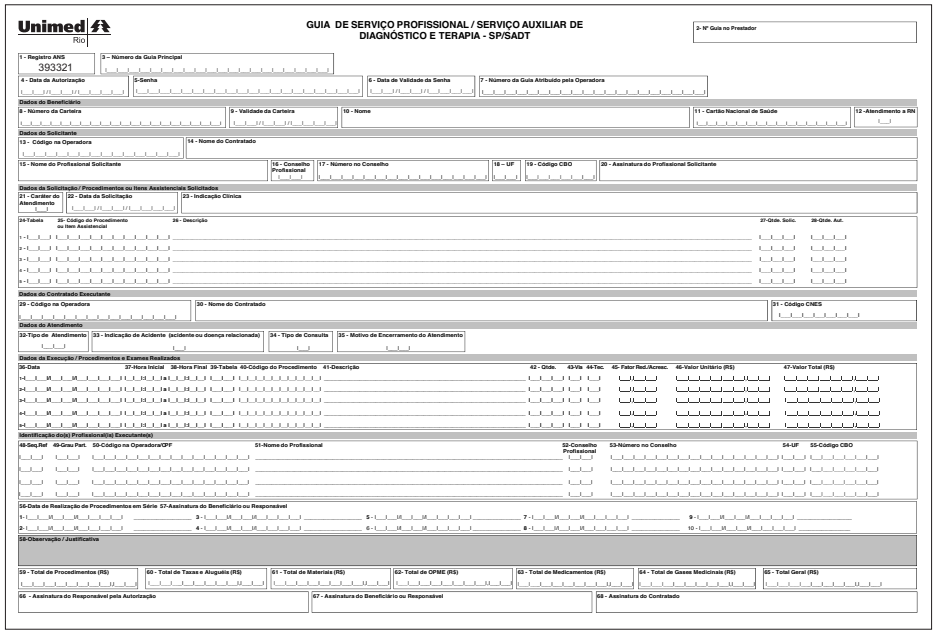
• Campo 15 (Assinatura) deve ser preenchido com a assinatura do beneficiário ou responsável;

• Campo 16 (Data) deve ser preenchido com a data da assinatura do prestador contratado;

• Campo 17 (Assinatura do Contratado) deve ser preenchido com a assinatura do prestador contratado.

Guia SADT

A guia de SP/SADT deve ser utilizada para solicitação de autorização e cobrança de consultas com procedimento e/ou despesas e também utilizada para a cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado ou em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado.


Unimed Rio

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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 393321 | 3 – Número da Guia Principal

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

Dados do Beneficiário

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

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica

24-Tabela | 25- Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27-Qtde. Solic. | 28-Qtde. Aut.

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

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

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

58-Observação / Justificativa

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

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

• Campo 01 e 02 esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

• Campo 03 (Número da Guia Atribuído pela Operadora) deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorários médicos em separado para procedimentos ambulatoriais;

• Campo 04 (Data da Autorização) deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora;

• Campo 05 (Senha) deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha;

• Campo 06 (Data de Validade da Senha) deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade;

• Campo 07 (Número da Guia Atribuído pela Operadora) deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador;

• Campo 08 (Número da carteira) deve ser preenchido com o número da carteira do beneficiário;

• Campo 09 (Validade da carteira) deve ser preenchido quando a operadora exigir autorização previa para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida;

• Campo 10 (Nome) deve ser preenchido com o nome do beneficiário conforme descrição da carteira;

• Campo 11 (Cartão Nacional de Saúde) deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde;

• Campo 12 (Atendimento a RN (Sim ou Não) deve ser preenchido "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;

• Campo 13 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código do médico cooperado;

• Campo 14 (Nome do Contratado) deve ser preenchido com o nome do médico cooperado;

• Campo 15 (Nome do Profissional Solicitante) deve ser preenchido com o nome do profissional que esta solicitando o procedimento;

• Campo 16 (Conselho Profissional) deve ser preenchido conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 26 - Terminologia de conselho profissional

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
06	Conselho Regional de Medicina (CRM)
10	Outros Conselhos

• Campo 17 (Número do Conselho) deve ser preenchido com o número do Conselho Regional de Medicina do médico cooperado ;

• Campo 18 (UF) sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do Executante do procedimento, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 59 - Terminologia de unidades da federação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO	SIGLA
33	Rio de Janeiro	RJ

• Campo 19 (Código CBO - Classificação Brasileira de Ocupações) deve ser preenchido com o código de acordo com a especialidade, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 24 - Terminologia do código brasileiro de ocupação (CBO)

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
201115	Geneticista
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas
223905	Terapeuta ocupacional
223910	Ortopedista
225103	Médico infectologista
225105	Médico acupunturista

225106	Médico legista
225109	Médico Nefrologista
225110	Médico alergista e imunologista
225112	Médico neurologista
225115	Médico angiologista
225118	Médico nutrologista
225120	Médico cardiologista
225121	Médico oncologista clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico
225124	Médico pediatra
225125	Médico clínico
225127	Médico pneumologista
225130	Médico de família e comunidade
225133	Médico psiquiatra
225135	Médico dermatologista
225136	Médico reumatologista
225139	Médico sanitarista
225140	Médico do trabalho
225142	Médico da estratégia de saúde da família
225145	Médico em medicina de tráfego
225148	Médico anatomopatologista
225150	Médico em medicina intensiva
225151	Médico anestesiologista
225155	Médico endocrinologista e metabologista
225160	Médico fisiatra
225165	Médico gastroenterologista
225170	Médico generalista
225175	Médico geneticista
225180	Médico geriatra
225185	Médico Hematologista

225195	Médico Homeopata
225203	Médico em cirurgia vascular
225210	Médico cirurgião cardiovascular
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
225225	Médico cirurgião geral
225230	Médico cirurgião pediátrico
225235	Médico cirurgião plástico
225240	Médico cirurgião torácico
225250	Médico ginecologista e obstetra
225255	Médico Mastologista
225260	Médico neurocirurgião
225265	Médico oftalmologista
225270	Médico ortopedista e traumatologista
225275	Médico otorrinolaringologista
225280	Médico proctologista
225285	Médico urologista
225290	Médico cancerologista cirúrgico
225295	Médico cirurgião da mão
225305	Médico citopatologista
225310	Médico em endoscopia
225315	Médico em medicina nuclear
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225325	Médico patologista
225330	Médico radioterapeuta
225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225340	Médico hemoterapeuta
225345	Médico hiperbarista
225350	Médico neurofisiologista

251545	Neuropsicólogo
251550	Psicanalista
322225	Instrumentador cirúrgico
999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante

• Campo 20 (Assinatura do Profissional Solicitante) deve ser preenchido com a assinatura do profissional que esta fazendo a solicitação;

• Campo 21 (Caráter do Atendimento) deve ser preenchido conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 23 - Terminologia de caráter do atendimento

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
1	Eletivo
2	Urgência / Emergência

• Campo 22 (Data da Solicitação) deve ser preenchido com a data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais,

• Campo 23 (Indicação Clínica) deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização;

• Campo 24 (Tabela) deve ser preenchido com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

CÓDIGO DA TABELA	DESCRIÇÃO
00	Tabela própria das operadoras
22	Procedimentos e eventos em saúde

OBS: Caso cooperado venha utilizar código de pacote preencher este campo com 00.

• Campo 25 (Código do Procedimento ou item assistencial) deve ser preenchido com o código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela TUSS;

• Campo 26 (Descrição) deverá ser preenchido com a descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador;

• Campo 27 (Qtde.Solic.) deve ser preenchido com a quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador;

• Campo 28 (Qtde.Aut.) deve ser preenchido com a quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora;

• Campo 29 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código do médico Cooperado;

• Campo 30 (Nome do Contratado) deve ser preenchido com o nome do médico Cooperado;

• Campo 31 (Código CNES) deve ser preenchido com o código do CNES ou caso não possua preencher com o número 9999999;

• Campo 32 (Tipo de Atendimento) deve ser preenchido com o código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 50 - Terminologia de Tipo de Atendimento

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
01	Remoção
02	Pequena Cirurgia
03	Outras Terapias
04	Consulta
05	Exame Ambulatorial
06	Atendimento Domiciliar
07	Internação

08	Quimioterapia
09	Radioterapia
10	Terapia Renal Substitutiva (TRS)
11	Pronto Socorro
12	Ocupacional
13	Pequeno atendimento (sutura, gesso e outros)
14	Saúde Ocupacional – Admissional
15	Saúde Ocupacional – Demissional
16	Saúde Ocupacional – Periódico
17	Saúde Ocupacional – Retorno ao trabalho
18	Saúde Ocupacional – Mudança de função
19	Saúde Ocupacional – Promoção a saúde
20	Saúde Ocupacional – Beneficiário novo
21	Saúde Ocupacional – Assistência a demitidos

• Campo 33 (Indicação de Acidente (Acidente ou Doença relacionada) indica-se se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com beneficiário ou doença relacionada conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 36 – Terminologia de Indicador de Acidente

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
0	Trabalho
1	Trânsito
2	Outros
3	Não Acidente

• Campo 34 (Tipo de Consulta) deve ser preenchido com código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 52 – Terminologia de tipo de consulta

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
1	Primeira Consulta
2	Retorno
3	Pré-natal
4	Por encaminhamento

• Campo 35 (Motivo de Encerramento do Atendimento) deve ser preenchido com o código do motivo de encerramento do atendimento conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 39 – Terminologia de motivo de encerramento

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
11	Alta Curado
12	Alta Melhorado
14	Alta a pedido
15	Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente
16	Alta por Evasão
18	Alta por outros motivos
19	Alta de Paciente Agudo em Psiquiatria
21	Permanência, por características próprias da doença
22	Permanência, por intercorrência
23	Permanência, por impossibilidade sócio-familiar
24	Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células – doador vivo
25	Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células – doador morto
26	Permanência, por mudança de Procedimento
27	Permanência, por reoperação
28	Permanência, outros motivos
31	Transferido para outro estabelecimento
32	Transferência para Internação Domiciliar

41	Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente
42	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML
43	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO.
51	Encerramento Administrativo
61	Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido
62	Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido
63	Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido
64	Alta da mãe/puérpera com óbito fetal
65	Óbito da gestante e do concepto
66	Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido
67	Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido

• Campo 36 (Data) deve ser preenchido com a data em que atendimento/procedimento foi realizado;

• Campo 37 (Hora Inicial) deve ser preenchido com o horário inicial da realização do procedimento, sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência;

• Campo 38 (Hora Final) deve ser preenchido com o horário final da realização do procedimento, sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência;

• Campo 39 (Tabela) deve ser preenchido com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

CÓDIGO DA TABELA	DESCRIÇÃO
00	Tabela própria das operadoras
22	Procedimentos e eventos em saúde

• Campo 40 (Código do Procedimento) deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado;

• Campo 41 (Descrição) deve ser preenchido com a descrição do procedimento realizado;

• Campo 42 (Qtde) deve ser preenchido conforme a quantidade realizada do procedimento;

• Campo 43 (Via) deve ser preenchido com o código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio abaixo, sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico;

Tabela 61 - Terminologia de via de acesso

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
1	Única
2	Mesma via
3	Diferentes vias

• Campo 44 (Tec.) deve ser preenchido com o código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio abaixo, sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico;

Tabela 48 - Terminologia de técnica utilizada

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
1	Convencional
2	Video
3	Robótica

• Campo 45 (Fator Red./Acresc.) deve ser preenchido com fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado, caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 1,00;

• Campo 46 (Valor Unitário R$) deve ser preenchido com o valor unitário do procedimento realizado;

• Campo 47 (Valor Total) deve ser preenchido com o valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo;

• Campo 48 (Seq.Ref.) deve ser preenchido com o número sequencial referencia do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou;

• Campo 49 (Grau Part.) deve ser preenchido com o grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio abaixo, sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe;

Tabela 35 - Terminologia de grau de participação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
08	Consultor
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
11	Auxiliar SADT
12	Clínico
13	Intensivista

• Campo 50 (Código na Operadora/CPF) deve ser preenchido com o Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento, sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados;

• Campo 51 (Nome do Profissional) deve ser preenchido com o Nome do profissional que executou o procedimento, sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados;

• Campo 52 (Conselho Profissional) deve ser preenchido com o Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela abaixo, sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados;

Tabela 26 - Terminologia de conselho profissional

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
06	Conselho Regional de Medicina (CRM)
10	Outros Conselhos

• Campo 53 (Número no Conselho) deve ser preenchido com o Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento, sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados;

• Campo 54 (UF) deve ser preenchido com a Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio abaixo, sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados;

Tabela 59 - Terminologia de unidades da federação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO	SIGLA
33	Rio de Janeiro	RJ

• Campo 55 (Código CBO - Classificação Brasileira de Ocupações) deverá ser preenchido com o Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio abaixo, sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados;

Tabela 24 - Terminologia do código brasileiro de ocupação (CBO)

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
201115	Geneticista
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas
223905	Terapeuta ocupacional
223910	Ortopedista
225103	Médico infectologista
225105	Médico acupunturista
225106	Médico legista
225109	Médico Nefrologista
225110	Médico alergista e imunologista
225112	Médico neurologista
225115	Médico angiologista
225118	Médico nutrologista
225120	Médico cardiologista
225121	Médico oncologista clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico
225124	Médico pediatra
225125	Médico clínico
225127	Médico pneumologista
225130	Médico de família e comunidade
225133	Médico psiquiatra
225135	Médico dermatologista
225136	Médico reumatologista
225139	Médico sanitarista
225140	Médico do trabalho
225142	Médico da estratégia de saúde da família
225145	Médico em medicina de tráfego
225148	Médico anatomopatologista
225150	Médico em medicina intensiva
225151	Médico anestesiologista
225155	Médico endocrinologista e metabologista
225160	Médico fisiatra
225165	Médico gastroenterologista
225170	Médico generalista
225175	Médico geneticista
225180	Médico geriatra
225185	Médico Hematologista
225195	Médico Homeopata
225203	Médico em cirurgia vascular
225210	Médico cirurgião cardiovascular
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
225225	Médico cirurgião geral
225230	Médico cirurgião pediátrico
225235	Médico cirurgião plástico
225240	Médico cirurgião torácico
225250	Médico ginecologista e obstetra
225255	Médico Mastologista
225260	Médico neurocirurgião
225265	Médico oftalmologista
225270	Médico ortopedista e traumatologista
225275	Médico otorrinolaringologista
225280	Médico proctologista
225285	Médico urologista
225290	Médico cancerologista cirúrgico
225295	Médico cirurgião da mão
225305	Médico citopatologista

225310	Médico em endoscopia
225315	Médico em medicina nuclear
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225325	Médico patologista
225330	Médico radioterapeuta
225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225340	Médico hemoterapeuta
225345	Médico hiperbarista
225350	Médico neurofisiologista
251545	Neuropsicólogo
251550	Psicanalista
322225	Instrumentador cirúrgico
999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante

• Campo 56 (Data de Realização de Procedimentos em Serie) deve preenchido quando se tratar de procedimentos seriados;

• Campo 57 (Assinatura do Beneficiário ou Responsável) deve ser preenchido com a assinatura do beneficiário ou responsável;

• Campo 58 (Observação / Justificativa) deve ser preenchido para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessários;

• Campo 59 (Total dos Procedimentos R$) deve ser preenchido com o valor total de todos os procedimentos realizados;

• Campo 60 (Total de Taxas e Alugueis R$) deve ser preenchido com valor total das taxas diversas e alugueis, considerando o somatório de todas as taxas e alugueis cobrados;

• Campo 61 (Total de Materiais R$) deve ser preenchido com o valor total dos materiais considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada;

• Campo 62 (Total de OPME R$) deve ser preenchido com o valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada;

• Campo 63 (Total de Medicamentos R$) deve ser preenchido com o valor total dos medicamentos considerando o valor unitário de cada medicamento e a quantidade utilizada;

• Campo 64 (Total de Gases Medicinais R$) deve ser preenchido com o valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados;

• Campo 65 (Total Geral) deve ser preenchido com o somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados;

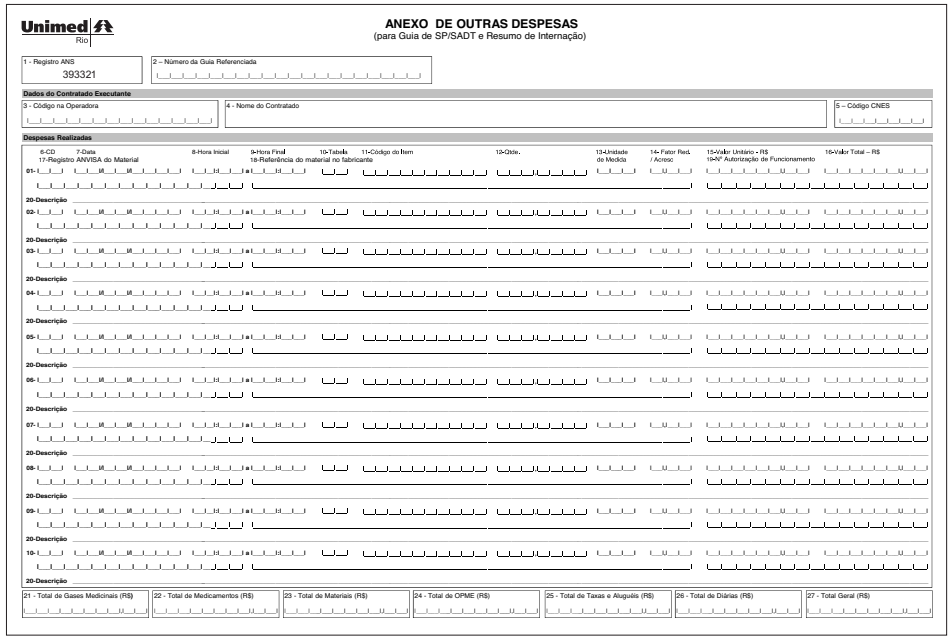
• Campo 66 (Assinatura do Responsável pela Autorização) deve ser preenchido com a assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora;

• Campo 67 (Assinatura do Beneficiário ou Responsável) deve ser preenchido com a assinatura do beneficiário ou responsável;

• Campo 68 (Assinatura do Contratado) deve ser preenchido com a assinatura do prestador contratado.

Anexo de Outras Despesas

A guia de anexo de outras despesas deve ser utilizada para a cobrança de despesas com gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME, taxas, aluguéis e diárias, decorrentes dos atendimentos realizados na guia de SP/SADT e na guia de Resumo de Internação.



Unimed Rio

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS: 393321
2 – Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante
3 - Código na Operadora
4 - Nome do Contratado
5 – Código CNES

Despesas Realizadas

6-CD 17-Registro ANVISA do Material	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final 18-Referência do material no fabricante	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14- Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total – R$
01-										
20-Descrição										
02-										
20-Descrição										
03-										
20-Descrição										
04-										
20-Descrição										
05-										
20-Descrição										
06-										
20-Descrição										
07-										
20-Descrição										
08-										
20-Descrição										
09-										
20-Descrição										
10-										
20-Descrição										

21 - Total de Gases Medicinais (R$)	22 - Total de Medicamentos (R$)	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)

• **Campo 01 e 02** esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

• **Campo 03** (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código identificador do prestador contratado executante junto à operadora, conforme contrato estabelecido;

• **Campo 04** (Nome do Contratado) deve ser preenchido com a Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento;

• **Campo 05** (Código CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) deve ser preenchido com o código do CNES ou caso não possua preencher com o número 9999999;

• **Campo 06** (CD) deve ser preenchido com o código da natureza da despesa conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 25 - Terminologia de código da despesa

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
01	Gases medicinais
02	Medicamentos
03	Materiais
05	Diárias
07	Taxas e aluguéis
08	OPME

• **Campo 07** (Data) deve ser preenchido com a data da realização da despesa;

• **Campo 08** (Hora Inicial) deve ser preenchido com o horário inicial da realização da despesa, quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas;

• **Campo 09** (Hora Final) deve ser preenchido com o horário final da realização da despesa, quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas;

• **Campo 10** (Tabela) deve preenchido com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

CÓDIGO DA TABELA	DESCRIÇÃO
00	Tabela própria das operadoras
22	Procedimentos e eventos em saúde
03	Materiais

• **Campo 11** (Código do Item) deve ser preenchido com o código do item assistencial das despesas realizadas conforme tabela de materiais e medicamentos;

• Campo 12 (Qtde.) deve ser preenchido com a quantidade realizada da despesa apresentada;

• Campo 13 (Unidade de Medida) deve ser preenchido com o código da unidade de medida, conforme tabela de domínio abaixo, quando o item cobrado possuir unidade de medida;

Tabela 60 – Terminologia de unidade de medida

CÓDIGO DO TERMO	TERMO	DESCRIÇÃO DETALHADA
001	AMP	Ampola
002	BUI	Bilhões de Unidades Internacionais
003	BG	Bisnaga
004	BOLS	Bolsa
005	CX	Caixa
006	CAP	Cápsula
007	CARP	Carpule
008	COM	Comprimido
009	DOSE	Dose
010	DRG	Drágea
011	ENV	Envelope
012	FLAC	Flaconete
013	FR	Frasco
014	FA	Frasco Ampola
015	GAL	Galão
016	GLOB	Glóbulo
017	GTS	Gotas
018	G	Grama
019	L	Litro
020	MCG	Microgramas
021	MUI	Milhões de Unidades Internacionais
022	MG	Miligrama
023	ML	Milílitro
024	OVL	Óvulo
025	PAS	Pastilha
026	LT	Lata
027	PER	Pérola
028	PIL	Pílula
029	PT	Pote
030	KG	Quilograma
031	SER	Seringa
032	SUP	Supositório
033	TABLE	Tablete
034	TUB	Tubete
035	TB	Tubo
036	UN	Unidade
037	UI	Unidade Internacional
038	CM	Centímetro
039	CONJ	Conjunto
040	KIT	Kit
041	MÇ	Maço
042	M	Metro
043	PC	Pacote
044	PÇ	Peça
045	RL	Rolo
046	GY	Gray
047	CGY	Centgray
048	PAR	Par
049	ADES	Adesivo Transdérmico
050	COM EFEV	Comprimido Efervecente
051	COM MST	Comprimido Mastigável
052	SACHE	Sache

• Campo 14 (Fator Red./Acresc.) deve ser preenchido com o fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado, caso não haja acréscimo ou redução no valor preencher o campo com 1.00;

• Campo 15 (Valor Unitário R$) deve ser preenchido com o valor unitário do procedimento realizado;

• Campo 16 (Valor Total R$) deve ser preenchido com o valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo;

• Campo 17 (Registro ANVISA do Material) deve ser preenchido com o numero de registro do material na ANVISA, no caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS;

• Campo 18 (Referência do material no fabricante) deve ser preenchido com o código de referencia do material no fabricante, quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS;

• Campo 19 (Nº Autorização de Funcionamento) deve ser preenchido com o numero da autorização de funcionamento da empresa da qual o material esta sendo comprado, nos casos de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.

• Campo 20 (Descrição) deve ser preenchido com a descrição do item assistencial utilizado;

• Campo 21 (Total de Gases Medicinais R$) deve ser preenchido com o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados, caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero);

• Campo 22 (Total de Medicamentos R$) deve ser preenchido com o valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado, caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero);

• Campo 23 (Total de Materiais R$) deve ser preenchido com o valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada, caso não haja materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero);

• Campo 24 (OPME) deve ser preenchido com o valor total das OPMEs, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada, caso não haja órtese, prótese ou material especiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero);

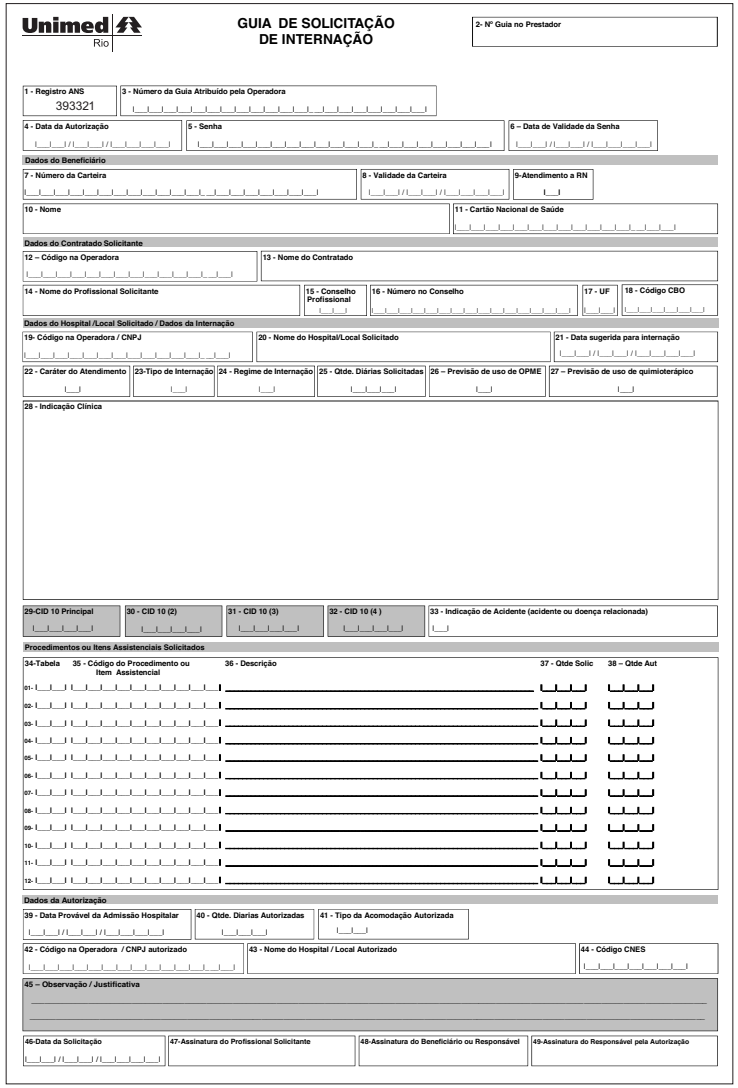
• Campo 25 (Total de Taxas e Alugueis R$) deve ser preenchido com o valor total das taxas e alugueis, considerando o somatório de todas as taxas e alugueis cobrados, caso não haja taxas ou alugueis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero);

• Campo 26 (Total de Diárias) deve ser preenchido com o valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas, caso não haja diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero);

• Campo 27 (Total Geral) deve ser preenchido com o somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados, nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0,00 (zero).

Guia de Solicitação de Internação

A Guia de Solicitação de Internação tem a finalidade de ser utilizada para solicitar internação Hospitalar, hospital-dia ou domiciliar (home-care).



Unimed Rio

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 393321

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 – Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9-Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 – Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 – Previsão de uso de OPME

27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29-CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diarias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

- **Campo 01 e 02** esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

- **Campo 03** (Número da Guia Atribuído pela Operadora) deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que identifica no prestador;

- **Campo 04** (Data da Autorização) deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora;

- **Campo 05** (Senha) deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha;

- **Campo 06** (Data de Validade da Senha) deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade;

- **Campo 07** (Número da carteira) deve ser preenchido com o número da carteira do beneficiário;

- **Campo 08** (Validade da carteira) deve ser preenchido quando a operadora exigir autorização previa para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida;

- **Campo 09** (Atendimento a RN(Sim ou Não)) deve ser preenchido "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;

- **Campo 10** (Nome) deve ser preenchido com o nome do beneficiário conforme descrição da carteira;

- **Campo 11** (Cartão Nacional de Saúde) deve ser preenchido com Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário, caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde;

• Campo 12 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código do médico cooperado;

• Campo 13 (Nome do Contratado) deve ser preenchido com o nome do médico cooperado;

• Campo 14 (Nome do Profissional Solicitante) deve ser preenchido com o nome do profissional que esta solicitando o procedimento;

• Campo 15 (Conselho Profissional) deve ser preenchido conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 26 - Terminologia de conselho profissional

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
06	Conselho Regional de Medicina (CRM)
10	Outros Conselhos
03	Materiais

• Campo 16 (Número do Conselho) deve ser preenchido com o número do Conselho Regional de Medicina do médico cooperado;

• Campo 17 (UF) sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do Executante do procedimento, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 59 - Terminologia de unidades da federação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO	SIGLA
33	Rio de Janeiro	RJ

• Campo 18 (Código CBO - Classificação Brasileira de Ocupações) deve ser preenchido com o código de acordo com a especialidade, conforme tabela abaixo;

Tabela 24 - Terminologia do código brasileiro de ocupação (CBO)

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
201115	Geneticista
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas
223905	Terapeuta ocupacional
223910	Ortopedista
225103	Médico infectologista
225105	Médico acupunturista
225106	Médico legista
225109	Médico Nefrologista
225110	Médico alergista e imunologista
225112	Médico neurologista
225115	Médico angiologista
225118	Médico nutrologista
225120	Médico cardiologista
225121	Médico oncologista clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico
225124	Médico pediatra
225125	Médico clínico
225127	Médico pneumologista
225130	Médico de família e comunidade
225133	Médico psiquiatra
225135	Médico dermatologista
225136	Médico reumatologista
225139	Médico sanitarista
225140	Médico do trabalho
225142	Médico da estratégia de saúde da família
225145	Médico em medicina de tráfego
225148	Médico anatomopatologista
225150	Médico em medicina intensiva
225151	Médico anestesiologista
225155	Médico endocrinologista e metabologista

225160	Médico fisiatra
225165	Médico gastroenterologista
225170	Médico generalista
225175	Médico geneticista
225180	Médico geriatra
225185	Médico Hematologista
225195	Médico Homeopata
225203	Médico em cirurgia vascular
225210	Médico cirurgião cardiovascular
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
225225	Médico cirurgião geral
225230	Médico cirurgião pediátrico
225235	Médico cirurgião plástico
225240	Médico cirurgião torácico
225250	Médico ginecologista e obstetra
225255	Médico Mastologista
225260	Médico neurocirurgião
225265	Médico oftalmologista
225270	Médico ortopedista e traumatologista
225275	Médico otorrinolaringologista
225280	Médico proctologista
225285	Médico urologista
225290	Médico cancerologista cirúrgico
225295	Médico cirurgião da mão
225305	Médico citopatologista
225310	Médico em endoscopia
225315	Médico em medicina nuclear
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem

225325	Médico patologista
225330	Médico radioterapeuta
225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225340	Médico hemoterapeuta
225345	Médico hiperbarista
225350	Médico neurofisiologista
251545	Neuropsicólogo
251550	Psicanalista
322225	Instrumentador cirúrgico
999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante

• Campo 19 (Código na Operadora/CNPJ) deve ser preenchido com o código do contratado ou CNPJ do prestador onde esta sendo solicitada a internação do beneficiário;

• Campo 20 (Nome do Hospital/Local Solicitado) deve ser preenchido com o nome do hospital/local para onde esta sendo solicitada a internação do beneficiário;

• Campo 21 (Data Sugerida para Internação) deve ser preenchido com a data sugerida pelo profissional solicitante, para inicio da internação do paciente;

• Campo 22 (Caráter do Atendimento) deve ser preenchido conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 23 - Terminologia de caráter do atendimento

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
1	Eletivo
2	Urgência/Emergência

• Campo 23 (Tipo de Internação) deve ser preenchido com o código do tipo de internação conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 57 - Terminologia de tipo de internação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
1	Clínica
2	Cirúrgica
3	Obstétrica
4	Pediátrica
5	Psiquiátrica

• Campo 24 (Regime de Internação) deve ser preenchido com o código de internação conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 41 - Terminologia de Regime de Internação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
1	Hospitalar
2	Hospital-dia
3	Domiciliar

• Campo 25 (Qtde. Diárias Solicitadas) deve ser preenchido com numero de dias de internação solicitado pelo prestador;

• Campo 26 (Previsão de Uso de OPME) deve ser preenchido "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;

• Campo 27 (Previsão de Uso de Quimioterápico) deve ser preenchido "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;

• Campo 28 (Indicação Clínica) deve ser preenchido pelo profissional embasando a solicitação e com o tempo de patologia de doença.

• Campo 29 (CID 10 Principal) deve ser preenchido com o Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão;

• Campo 30 (CID 10(2)) deve ser preenchido com o Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão;

• Campo 31 (CID 10(3)) deve ser preenchido com o Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão;

• Campo 32 (CID 10(4) deve ser preenchido com o Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão;

• Campo 33 (Indicação de Acidente (Acidente ou Doença relacionada) indica-se se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com beneficiário ou doença relacionada conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 36 - Terminologia de Indicador de Acidente

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
0	Trabalho
1	Trânsito
2	Outros
9	Não Acidente

• Campo 34 (Tabela) deve ser preenchido com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

CÓDIGO DA TABELA	DESCRIÇÃO
22	Procedimentos e eventos em saúde

• Campo 35 (Código do Procedimento ou item assistencial) deve ser preenchido

com o código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela TUSS;

• Campo 36 (Descrição) deve ser preenchido com a descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador;

• Campo 37 (Qtde.Solic.) deve ser preenchido com a quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador;

• Campo 38 (Qtde.Aut.) deve ser preenchido com a quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora;

• Campo 39 (Data Provável da Admissão Hospitalar) deve ser preenchido com a data provável da admissão do paciente no hospital;

• Campo 40 (Qtde. Diárias Autorizadas) deve ser preenchido com número de dias de internação autorizada pela operadora;

• Campo 41 (Tipo da Acomodação Autorizada) deve ser preenchido com o código do tipo da acomodação, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 49 - Terminologia de Tipo de Acomodação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
02	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR
09	APARTAMENTO DE LUXO DA MATERNIDADE
10	APARTAMENTO DE LUXO DE PSIQUIATRIA
11	APARTAMENTO DE LUXO
12	APARTAMENTO SIMPLES
13	APARTAMENTO STANDARD
14	APARTAMENTO SUÍTE
15	APARTAMENTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO
16	APARTAMENTO PARA PACIENTE COM OBESIDADE MÓRBIDA
17	APARTAMENTO SIMPLES DA MATERNIDADE
18	APARTAMENTO SIMPLES DE PSIQUIATRIA
19	APARTAMENTO SUÍTE DA MATERNIDADE
20	APARTAMENTO SUÍTE DE PSIQUIATRIA
21	BERÇÁRIO NORMAL
22	BERÇÁRIO PATOLÓGICO / PREMATURO
25	ENFERMARIA DE 3 LEITOS DA MATERNIDADE
26	ENFERMARIA DE 4 OU MAIS LEITOS DA MATERNIDADE
27	HOSPITAL DIA APARTAMENTO
28	HOSPITAL DIA ENFERMARIA
29	HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA
30	QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS DA MATERNIDADE
31	ENFERMARIA DE 3 LEITOS
32	ENFERMARIA DE 4 OU MAIS LEITOS
33	ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUNTO
36	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR DA MATERNIDADE
37	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR DE PSIQUIATRIA
38	SEMI UTI ADULTO GERAL
39	SEMI UTI CORONARIANA
40	SEMI UTI NEONATAL
41	QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS
43	QUARTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO
44	SEMI UTI NEUROLÓGICA
45	SEMI UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA
46	SEMI UTI QUEIMADOS
47	UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
48	UNIDADE DE TRANSPLANTE EM GERAL
49	APARTAMENTO STANDARD DA MATERNIDADE
50	APARTAMENTO STANDARD DE PSIQUIATRIA
51	UTI ADULTO GERAL

52	UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA
53	UTI NEONATAL
56	UNIDADE PARA TRATAMENTO RADIOATIVO
57	UTI CORONARIANA
58	UTI NEUROLÓGICA
59	UTI QUEIMADOS

• Campo 42 (Código na Operadora / CNPJ autorizado) deve ser preenchido com o código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido;

• Campo 43 (Nome do Hospital / Local Autorizado) deve ser preenchido com o nome do prestador para onde foi autorizada a internação;

• Campo 44 (Código CNES) deve ser preenchido com o código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS);

• Campo 45 (Observação / Justificativa) deve ser preenchido para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário;

• Campo 46 (Data da Solicitação) deve ser preenchido com a data em que o profissional solicita os procedimentos ou itens assistenciais;

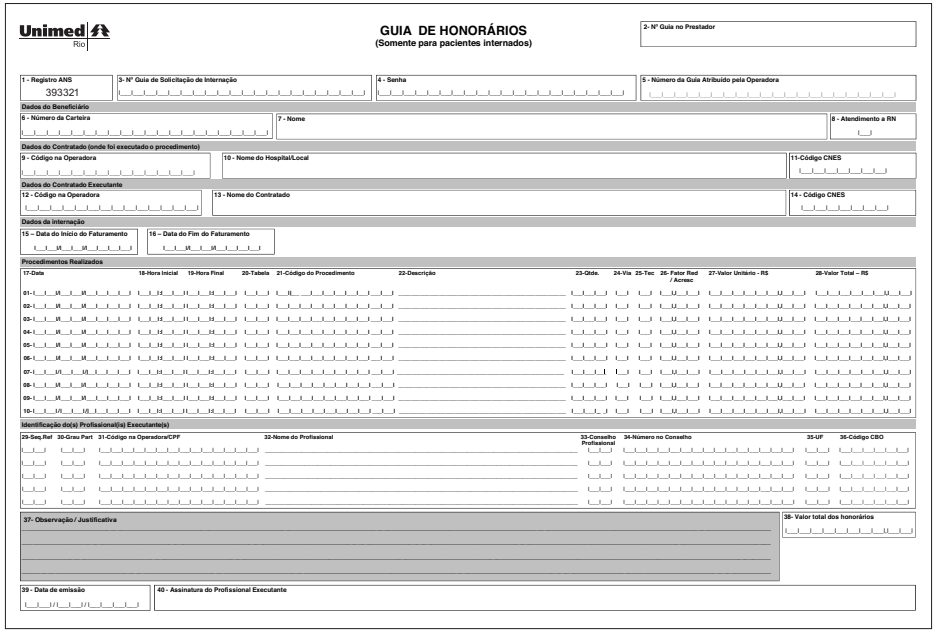
• Campo 47 (Assinatura do Profissional Solicitante) deve ser assinado pelo profissional que esta fazendo a solicitação;

• Campo 48 (Assinatura do Beneficiário ou Responsável) deve ser preenchido com a assinatura do beneficiário ou responsável;

• Campo 49 (Assinatura do Responsável pela Autorização) deve ser preenchido com a assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.

Guia de Honorários

A Guia de Honorários tem a finalidade de ser utilizada para a cobrança de honorários diretamente pelo profissional. Esta guia é preenchida pela operadora, o cooperado deverá apenas informar os horários e os valores.


Unimed Rio

GUIA DE HONORÁRIOS
(Somente para pacientes internados)

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 393321
3- Nº Guia de Solicitação de Internação
4 - Senha
5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
6 - Número da Carteira
7 - Nome
8 - Atendimento a RN

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)
9 - Código na Operadora
10 - Nome do Hospital/Local
11-Código CNES

Dados do Contratado Executante
12 - Código na Operadora
13 - Nome do Contratado
14 - Código CNES

Dados da internação
15 – Data do Início do Faturamento
16 – Data do Fim do Faturamento

Procedimentos Realizados

	17-Data	18-Hora Inicial	19-Hora Final	20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Qtde.	24-Via	25-Tec	26- Fator Red / Acresc	27-Valor Unitário - R$	28-Valor Total – R$
01-												
02-												
03-												
04-												
05-												
06-												
07-												
08-												
09-												
10-												

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

29-Seq.Ref	30-Grau Part	31-Código na Operadora/CPF	32-Nome do Profissional	33-Conselho Profissional	34-Número no Conselho	35-UF	36-Código CBO

37- Observação / Justificativa
38- Valor total dos honorários

39 - Data de emissão
40 - Assinatura do Profissional Executante

• Campo 01 e 02 esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

• Campo 03 (Nº Guia de Solicitação de Internação) deve ser preenchido com o número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador;

• Campo 04 (Senha) deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha;

• Campo 05 (Número da Guia Atribuído pela Operadora) deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador;

• Campo 06 (Número da carteira) deve ser preenchido com o número da carteira do beneficiário;

• Campo 07 (Nome) deve ser preenchido com o nome do beneficiário conforme descrição da carteira;

• Campo 08 (Atendimento a RN (Sim ou Não) deve ser preenchido "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;

• Campo 09 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado;

• Campo 10 (Nome do Hospital/Local) deve ser preenchido com a Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado;

• Campo 11 (Código CNES) deve ser preenchido com o código do CNES ou caso não possua preencher com o número 9999999;

• Campo 12 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código identificador do prestador contratado executante junto à operadora, conforme contrato estabelecido;

• Campo 13 (Nome do Contratado) deve ser preenchido com a Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento;

• Campo 14 (Código CNES) deve ser preenchido com o código do CNES ou caso não possua preencher com o número 9999999;

• Campo 15 (Data do Inicio do Faturamento) deve ser preenchido com a data de inicio do faturamento apresentado nesta guia;

• Campo 16 (Data do Fim do Faturamento) deve ser preenchido com a data de inicio do faturamento apresentado nesta guia;

• Campo 17 (Data) deve ser preenchido com a data em que o atendimento/procedimento foi realizado;

• Campo 18 (Hora Inicial) deve ser preenchido com o horário inicial que foi realizado o procedimento, quando ocorrer em situações urgência e emergência;

• Campo 19 (Hora Final) deve ser preenchido com o horário final que foi realizado o procedimento, quando ocorrer em situações urgência e emergência;

• Campo 20 (Tabela) deve ser preenchido com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio Nº 87;

• Campo 21 (Código do Procedimento) deve ser preenchido com o código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela TUSS;

• Campo 22 (Descrição) deve ser preenchido com a descrição do procedimento realizado;

• Campo 23 (Qtde.) deve ser preenchido com a quantidade realizada do procedimento;

• Campo 24 (Via) deve ser preenchido com o código da via de acesso, conforme tabela de domínio Nº 61;

• Campo 25 (Tec.) deve ser preenchido como código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio Nº 48;

• Campo 26 (Fator Red/Acresc.) deve ser preenchido com o Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado, quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o numero 1,00;

• Campo 27 (Valor Unitário – R$) deve ser preenchido com o valor do procedimento unitário;

• Campo 28 (Valor Total) deve ser preenchido com o valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo;

• Campo 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 e 36 não serão utilizados pela Unimed-Rio;

• Campo 37 (Observação Justificativa) deve ser utilizado para adicionar quais querem observações sobre atendimento ou justificativas que julgue necessário;

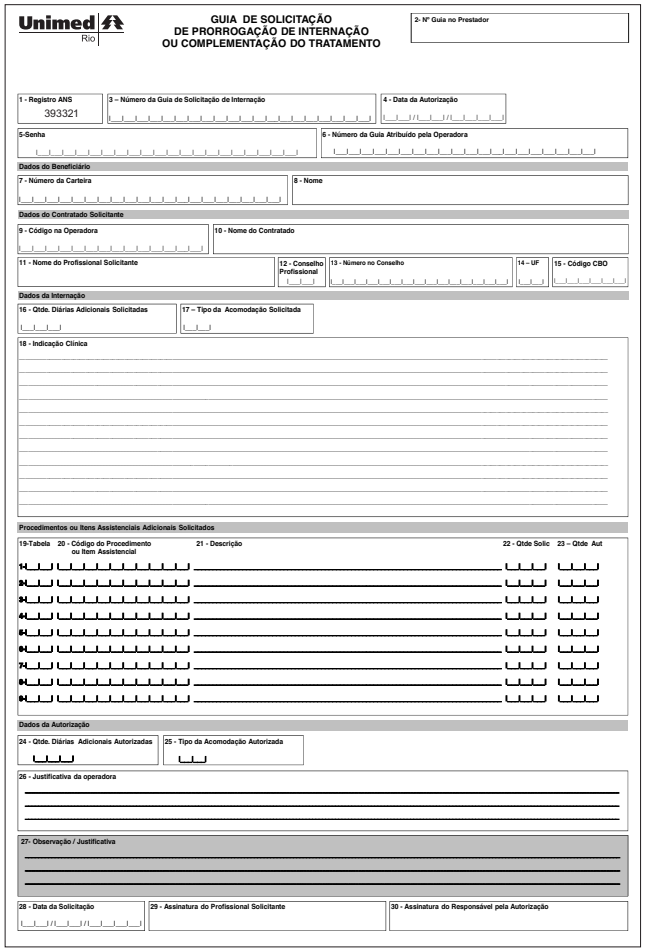
• Campo 38 (Valor Total dos Honorários) deve ser preenchido com valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados;

• Campo 39 (Data de Emissão) deve ser preenchido com a data inicial da guia.

• Campo 40 (Assinatura do Profissional Executante) deve ser preenchido com a assinatura do profissional que executou o procedimento;

Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação

Guia utilizada para a prorrogação de internação ou complementação do tratamento e sempre será uma Guia secundária, devendo ser vinculada através do 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.


Unimed Rio

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 393321

3 – Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Conselho Profissional

13 - Número no Conselho

14 – UF

15 - Código CBO

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

17 – Tipo da Acomodação Solicitada

18 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

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

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

• Campo 01 e 02 esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

• Campo 03 (Número da Guia de Solicitação de Internação) deve ser preenchido com número da guia inicial de solicitação de internação;

• Campo 04 (Data da Autorização) deve ser preenchido com a data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora;

• Campo 05 (Senha) deve ser preenchido com a senha de autorização emitida pela operadora;

• Campo 06 (Número da Guia Atribuído pela Operadora) deve ser preenchido com o número que identifica a guia atribuída pela operadora, caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador;

• Campo 07 (Número da carteira) deve ser preenchido com o número da carteira do beneficiário;

• Campo 08 (Nome) deve ser preenchido com o nome do beneficiário conforme descrição da carteira;

• Campo 09 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido;

• Campo 10 (Nome do Contratado) deve ser preenchido com a Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento;

• Campo 11 (Nome do Profissional Solicitante) deve ser preenchido com o nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento, deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo nome do contratado for pessoa jurídica;

• Campo 12 (Conselho Profissional) deve ser preenchido com o código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 26 - Terminologia de conselho profissional

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
06	Conselho Regional de Medicina (CRM)
10	Outros Conselhos

• Campo 13 (Número no Conselho) deve ser preenchido com número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional;

• Campo 14 (UF) deve ser preenchido com a Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 59 - Terminologia de unidades da federação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
33	Rio de Janeiro

• Campo 15 (Código CBO) deve ser preenchido com o Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 24 - Terminologia do código brasileiro de ocupação (CBO)

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
201115	Geneticista
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas
223905	Terapeuta ocupacional
223910	Ortopedista
225103	Médico infectologista
225105	Médico acupunturista
225106	Médico legista
225109	Médico Nefrologista
225110	Médico alergista e imunologista

225112	Médico neurologista
225115	Médico angiologista
225118	Médico nutrologista
225120	Médico cardiologista
225121	Médico oncologista clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico
225124	Médico pediatra
225125	Médico clínico
225127	Médico pneumologista
225130	Médico de família e comunidade
225133	Médico psiquiatra
225135	Médico dermatologista
225136	Médico reumatologista
225139	Médico sanitarista
225140	Médico do trabalho
225142	Médico da estratégia de saúde da família
225145	Médico em medicina de tráfego
225148	Médico anatomopatologista
225150	Médico em medicina intensiva
225151	Médico anestesiologista
225155	Médico endocrinologista e metabologista
225160	Médico fisiatra
225165	Médico gastroenterologista
225170	Médico generalista
225175	Médico geneticista
225180	Médico geriatra
225185	Médico Hematologista
225195	Médico Homeopata
225203	Médico em cirurgia vascular
225210	Médico cirurgião cardiovascular

225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
225225	Médico cirurgião geral
225230	Médico cirurgião pediátrico
225235	Médico cirurgião plástico
225240	Médico cirurgião torácico
225250	Médico ginecologista e obstetra
225255	Médico Mastologista
225260	Médico neurocirurgião
225265	Médico oftalmologista
225270	Médico ortopedista e traumatologista
225275	Médico otorrinolaringologista
225280	Médico proctologista
225285	Médico urologista
225290	Médico cancerologista cirúrgico
225295	Médico cirurgião da mão
225305	Médico citopatologista
225310	Médico em endoscopia
225315	Médico em medicina nuclear
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225325	Médico patologista
225330	Médico radioterapeuta
225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225340	Médico hemoterapeuta
225345	Médico hiperbarista
225350	Médico neurofisiologista
251545	Neuropsicólogo
251550	Psicanalista
322225	Instrumentador cirúrgico
999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante

• Campo 16 (Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas) deve ser preenchida com a quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas, caso de solicitação de aumento do número de diárias;

• Campo 17 (Tipo da Acomodação Solicitada) deve ser preenchido com o Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio abaixo, caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação;

Tabela 49 - Terminologia de Tipo de Acomodação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
02	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR
09	APARTAMENTO DE LUXO DA MATERNIDADE
10	APARTAMENTO DE LUXO DE PSIQUIATRIA
11	APARTAMENTO DE LUXO
12	APARTAMENTO SIMPLES
13	APARTAMENTO STANDARD
14	APARTAMENTO SUÍTE
15	APARTAMENTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO
16	APARTAMENTO PARA PACIENTE COM OBESIDADE MÓRBIDA
17	APARTAMENTO SIMPLES DA MATERNIDADE
18	APARTAMENTO SIMPLES DE PSIQUIATRIA
19	APARTAMENTO SUÍTE DA MATERNIDADE
20	APARTAMENTO SUÍTE DE PSIQUIATRIA
21	BERÇÁRIO NORMAL
22	BERÇÁRIO PATOLÓGICO / PREMATURO
25	ENFERMARIA DE 3 LEITOS DA MATERNIDADE
26	ENFERMARIA DE 4 OU MAIS LEITOS DA MATERNIDADE
27	HOSPITAL DIA APARTAMENTO
28	HOSPITAL DIA ENFERMARIA
29	HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA
30	QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS DA MATERNIDADE
31	ENFERMARIA DE 3 LEITOS
32	ENFERMARIA DE 4 OU MAIS LEITOS
33	ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUNTO
36	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR DA MATERNIDADE
37	QUARTO PRIVATIVO / PARTICULAR DE PSIQUIATRIA
38	SEMI UTI ADULTO GERAL
39	SEMI UTI CORONARIANA
40	SEMI UTI NEONATAL
41	QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS
43	QUARTO COM ALOJAMENTO CONJUNTO
44	SEMI UTI NEUROLÓGICA
45	SEMI UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA
46	SEMI UTI QUEIMADOS
47	UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
48	UNIDADE DE TRANSPLANTE EM GERAL
49	APARTAMENTO STANDARD DA MATERNIDADE
50	APARTAMENTO STANDARD DE PSIQUIATRIA
51	UTI ADULTO GERAL
52	UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA
53	UTI NEONATAL
56	UNIDADE PARA TRATAMENTO RADIOATIVO
57	UTI CORONARIANA
58	UTI NEUROLÓGICA
59	UTI QUEIMADOS

• Campo 18 (Indicação Clínica) deve ser preenchida com a indicação clínica do profissional embasando a solicitação;

• Campo 19 (Tabela) deve ser preenchido com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, confor-

me tabela de domínio abaixo, caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo;

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

CÓDIGO DA TABELA	DESCRIÇÃO
00	Tabela própria das operadoras
22	Procedimentos e eventos em saúde

• Campo 20 (Código do Procedimento ou Item Assistencial) deve ser preenchido com o Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitando pelo prestador, conforme tabela de domínio, caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados;

• Campo 21 (Descrição) deve ser preenchido com a descrição do procedimento solicitado pelo prestador, caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados;

• Campo 22 (Qtde Solic) deve ser preenchido com a quantidade do procedimento solicitado pelo prestador, caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados;

• Campo 23 (QtdeAut) deve ser preenchido com a quantidade do procedimento autorizada pela operadora, caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados;

• Campo 24 (Qtde.Diárias Adicionadas Autorizadas) deve ser preenchido com a quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora, sempre que o campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços;

• Campo 25 (Tipo da Acomodação Autorizada) deve ser preenchido com o Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio Nº 49, sempre que o campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços;

• Campo 26 (Justificativa da operadora) deve ser preenchido com a justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação, sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação;

• Campo 27 (Observação/Justificativa) deve ser preenchido para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário;

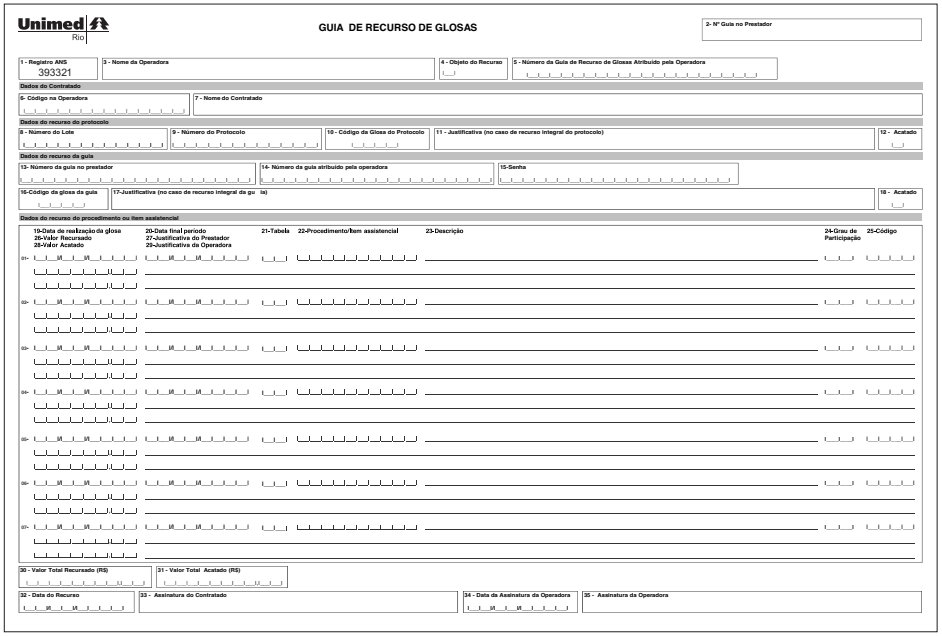
• Campo 28 (Data da Solicitação) deve ser preenchido com a data em que o profissional esta solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento;

• Campo 29 (Assinatura do Profissional Solicitante) deve ser preenchido com a assinatura do profissional que esta fazendo a solicitação;

• Campo 30 (Assinatura do Responsável pela Autorização) deve ser preenchido com a assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora;

Guia de Recursos de Glosas

Guia enviada pelo cooperado à operadora para a solicitação de revisão de glosa.



Unimed Rio

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

3- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 393321
3 - Nome da Operadora
4 - Objeto do Recurso
5 - Número da Guia de Recurso de Glosas 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-Código da glosa da guia
17-Justificativa (no caso de recurso integral da guia)
18 - Acatado

Dados do recurso do procedimento ou item assistencial

	19-Data de realização da glosa 26-Valor Recursado 28-Valor Acatado	20-Data final período 27-Justificativa do Prestador 29-Justificativa da Operadora	21-Tabela	22-Procedimento/Item assistencial	23-Descrição	24-Grau de Participação	25-Código
01-							
02-							
03-							
04-							
05-							
06-							
07-							

30 - Valor Total Recursado (R$)
31 - Valor Total Acatado (R$)
32 - Data do Recurso
33 - Assinatura do Contratado
34 - Data da Assinatura da Operadora
35 - Assinatura da Operadora

• Campo 01 e 02 esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

• Campo 03 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código identificador do prestador contratado executante junto à operadora, conforme contrato estabelecido;

• Campo 04 (Objeto do Recurso) deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de incluir (REN) ou número 2 no caso de Recurso de Guia, indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias especificas dentro do protocolo;

• Campo 05 (Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora) deve ser preenchido com o número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora, no caso a operadora atribua outro numero à guia, independente do número que a identifica no prestador;

• Campo 06 (Código na operadora) deve ser preenchido com o código de cadastro na Unimed Rio de cada cooperado/cooperador que atuou no evento;

• Campo 07 (Nome do contratado) deve ser preenchido com o nome de cada cooperado/cooperador que atuou no evento;

• Campo 08 (Número do Lote/Remessa) deve ser preenchido com o número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora;

• Campo 09 (Número do Protocolo) deve ser preenchido com o número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador;

• Campo 10 (Código da Glosa do Protocolo) deve ser preenchido com o código do motivo de glosa do protocolo, conforme informado pela operadora. Em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1;

• Campo 11 (Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo) deve ser preenchido com a justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa, caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1;

• Campo 12 (Acatado) indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora;

• Campo 13 (Número da guia no prestador) deve ser preenchido com o número identificador da guia a que se refere o recurso, caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso a 2;

• Campo 14 (Número da guia atribuído pela operadora) deve ser preenchido com o número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso, caso a apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2 e a operadora atribua outro numero à guia, independente do número que a identifica no prestador;

• Campo 15 (Senha) deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha;

• Campo 16 (Código da glosa da guia) deve ser preenchido com o código do motivo de glosa da guia, conforme informado pela operadora, em casos de apresentação de recurso para a glosa da guia;

• Campo 17 (Justificativa (no caso de recurso integral da guia)) deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para glosa da guia;

• Campo 18 (Acatado) indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora;

• Campo 19 (Data de realização) deve ser preenchido com a data em que o atendimento/procedimento foi realizado, caso apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial;

• Campo 20 (Data final período) deve ser preenchido com a data final do período de internação, caso de apresentação de conta referente à internação;

• Campo 21 (Tabela) deve preenchido com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

CÓDIGO DA TABELA	DESCRIÇÃO
22	Procedimentos e eventos em saúde

• Campo 22 (Procedimento/Item assistencial) deve ser preenchido com o código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela TUSS;

• Campo 23 (Descrição) deve ser preenchido com a descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado;

• Campo 24 (Grau de Participação) deve ser preenchido com o grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio abaixo. Deve ser preenchido nas cobranças referente à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial;

Tabela 35 - Terminologia de grau de participação

CÓDIGO DO TERMO	TERMO
00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
08	Consultor
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
11	Auxiliar SADT
12	Clínico
13	Intensivista

• Campo 25 (Código da glosa) deve ser preenchido com o código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme informado pela operadora;

• Campo 26 (Valor Recursado) deve ser preenchido com o valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador, nos casos de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial;

• Campo 27 (Justificativa do Prestador) deve ser preenchido com a justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa, nos casos de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial;

• Campo 28 (Valor Acatado) deve ser preenchido com o valor da guia do procedimento recursado acatado pela operadora;

• Campo 29 (Justificativa da Operadora) deve ser preenchido com a justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa;

• Campo 30 (Valor Total Recursado (R$)) deve ser preenchido com o valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador;

• Campo 31 (Valor Total Acatado (R$)) deve ser preenchido com o valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa;

• Campo 32 (Data do Recurso) deve ser preenchido com a data em que o prestador esta apresentando o recurso de glosa;

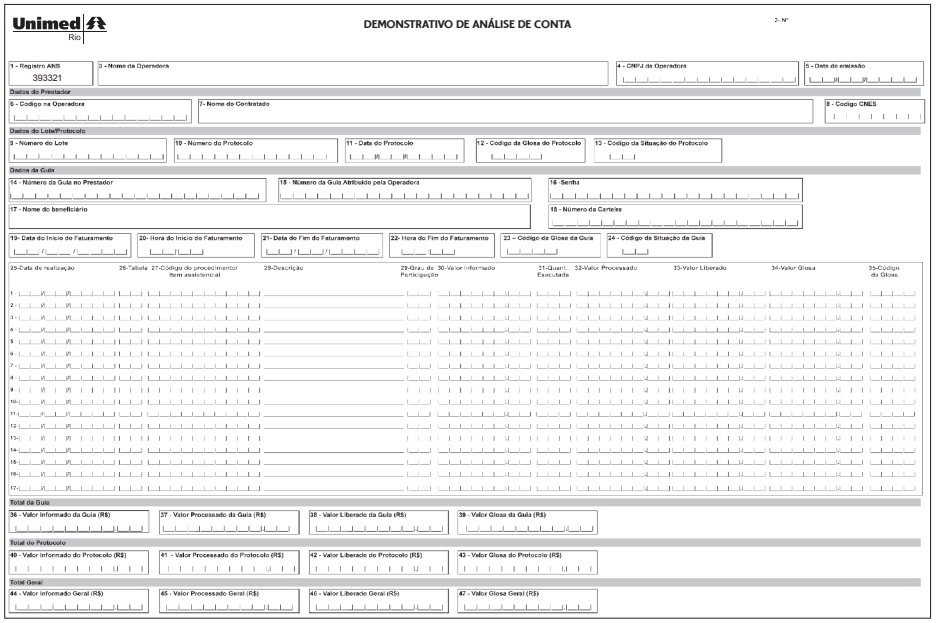
• Campo 33 (Assinatura do Contratado) deve ser preenchido com a assinatura do prestador contratado;

• Campo 34 (Data da Assinatura da Operadora) deve ser preenchido com a data da assinatura da operadora;

• Campo 35 (Assinatura da Operadora) deve ser preenchido com a assinatura da operadora.

Demonstrativo de Análise de Conta

É o documento enviado da operadora para o cooperado com a finalidade de fornecer informações detalhadas sobre o processamento do lote de guias de faturamento enviado pelo cooperado, item a item. A partir deste demonstrativo é possível fazer uma previsão das contas a serem pagas pela operadora e solicitar revisão de possíveis glosas baseado nos detalhes do processamento das guias.


Unimed Rio

DEMONSTRATIVO DE ANÁLISE DE CONTA

2- Nº

1 - Registro ANS: 393321
3 - Nome da Operadora
4 - CNPJ da Operadora
5 - Data de emissão

Dados do Prestador
6 - Código na Operadora
7- Nome do Contratado
8 - Código CNES

Dados do Lote/Protocolo
9 - Número do Lote
10 - Número do Protocolo
11 - Data do Protocolo
12 - Código da Glosa do Protocolo
13 - Código da Situação do Protocolo

Dados da Guia
14 - Número da Guia no Prestador
15 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
16 - Senha
17 - Nome do beneficiário
18 - Número da Carteira
19- Data do Início do Faturamento
20- Hora do Início do Faturamento
21- Data do Fim do Faturamento
22- Hora do Fim do Faturamento
23 – Código da Glosa da Guia
24 - Código da Situação da Guia

	25-Data de realização	26-Tabela	27-Código do procedimento/ Item assistencial	28-Descrição	29-Grau de Participação	30-Valor Informado	31-Quant. Executada	32-Valor Processado	33-Valor Liberado	34-Valor Glosa	35-Código da Glosa
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											

Total da Guia
36 - Valor Informado da Guia (R$)
37 - Valor Processado da Guia (R$)
38 - Valor Liberado da Guia (R$)
39 - Valor Glosa da Guia (R$)

Total do Protocolo
40 - Valor Informado do Protocolo (R$)
41 - Valor Processado do Protocolo (R$)
42 - Valor Liberado do Protocolo (R$)
43 - Valor Glosa do Protocolo (R$)

Total Geral
44 - Valor Informado Geral (R$)
45 - Valor Processado Geral (R$)
46 - Valor Liberado Geral (R$)
47 - Valor Glosa Geral (R$)

• Campo 01 e 02 esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

• Campo 03 (Nome da Operadora) deve ser preenchido com a Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência o código identificador do prestador contratado executante junto à operadora, conforme contrato estabelecido;

• Campo 04 (CNPJ da Operadora) deve ser preenchido com o número da opera-

dora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;

• Campo 05 (Data de emissão) deve ser preenchido com a data de emissão do demonstrativo;

• Campo 06 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido;

• Campo 07 (Nome do Contratado) deve ser preenchido com a Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento;

• Campo 08 (Código CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) deve ser preenchido com o código do CNES ou caso não possua preencher com o número 9999999;

• Campo 09 (Número do Lote) deve ser preenchido com o número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora;

• Campo 10 (Número do Protocolo) deve ser preenchido com o número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador;

• Campo 11 (Data do Protocolo) deve ser preenchido com a data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador;

• Campo 12 (Código da Glosa do Protocolo) deve ser preenchido com o código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio Nº 38, nos casos esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador;

• Campo 13 (Código da Situação do Protocolo) deve ser preenchido com o código do status do protocolo, conforme tabela de domínio Nº 47;

• Campo 14 (Número da Guia no Prestador) deve ser preenchido com o número identificador da guia a que se refere a conta;

• Campo 15 (Número da Guia Atribuído pela Operadora) deve ser preenchido com o número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta, caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador;

• Campo 16 (Senha) deve ser preenchido com a senha de autorização emitida pela operadora, caso haja senha de autorização para a guia referida;

• Campo 17 (Nome do beneficiário) deve ser preenchido com o nome do beneficiário;

• Campo 18 (Número da Carteira) deve ser preenchido com o número da carteira do beneficiário na operadora;

• Campo 19 (Data do Inicio do Faturamento) deve ser preenchido com a data do inicio do faturamento, caso de apresentação de conta referente à internação;

• Campo 20 (Hora do Inicio do Faturamento) deve ser preenchido com a hora do início do faturamento, caso de apresentação de conta referente à internação;

• Campo 21 (Data do Fim do Faturamento) deve ser preenchido com a data final do faturamento, caso de apresentação de conta referente à internação;

• Campo 22 (Hora do Fim do Faturamento) deve ser preenchido com hora do final do faturamento, caso de apresentação de conta referente à internação;

• Campo 23 (Código da Glosa da Guia) deve ser preenchido com código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio Nº 38, caso esteja sendo apresentada glosa integral da guia;

• Campo 24 (Código da Situação da Guia) deve ser preenchido com o código do status da guia, conforme tabela de domínio Nº 47;

• Campo 25 (Data de realização) deve ser preenchido com a data em que o atendimento/procedimento foi realizado, caso esteja sendo apresentada glosa de pro-

cedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo;

• Campo 26 (Tabela) deve ser preenchido com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio Nº 87, caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo;

• Campo 27 (Código do procedimento/item assistencial) deve ser preenchido com o código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio, caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo;

• Campo 28 (Descrição) deve ser preenchido com a descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado, caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo;

• Campo 29 (Grau de Participação) deve ser preenchido com o grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio Nº 35, no caso das cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial;

• Campo 30 (Valor Informado) deve ser preenchido com o valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado, caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo;

• Campo 31 (Quant.Executada) deve ser preenchido com a quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial, caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo;

• Campo 32 (Valor Processado) deve ser preenchido com valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o procedimento do pagamento a ser efetuado, caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento

ou item assistencial da guia no demonstrativo;

• Campo 33 (Valor Liberado) deve ser preenchido com o valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial, caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo;

• Campo 34 (Valor Glosa) deve ser preenchido com o valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado, caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo;

• Campo 35 (Código da Glosa) deve ser preenchido com o código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio Nº 38, caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo;

• Campo 36 (Valor Informado da Guia (R$)) deve ser preenchido com o valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais;

• Campo 37 (Valor Processado da Guia (R$)) deve ser preenchido com o valor da guia utilizada como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais;

• Campo 38 (Valor Liberado da Guia (R$)) deve ser preenchido com o valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia;

• Campo 39 (Valor Glosa da Guia (R$)) deve ser preenchido com o valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais, caso haja algum valor glosado na guia;

• **Campo 40** (Valor Informado do Protocolo (R$)) deve ser preenchido com o valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guia que compõem o lote;

• **Campo 41** (Valor Processado do Protocolo (R$)) deve ser preenchido com o valor do protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote;

• **Campo 42** (Valor Liberado do Protocolo (R$)) deve ser preenchido com o valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo;

• **Campo 43** (Valor Glosa do Protocolo (R$)) deve ser preenchido com o valor glosado do protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote, caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo;

• **Campo 44** (Valor Informado Geral (R$)) deve ser preenchido com o valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo;

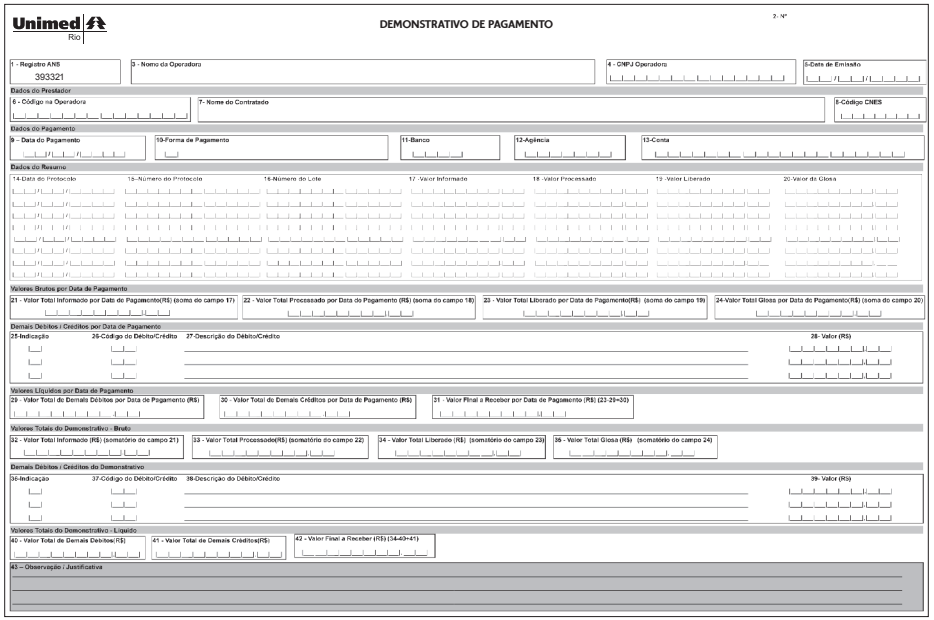
• **Campo 45** (Valor Informado Geral (R$)) deve ser preenchido com o valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo;

• **Campo 46** (Valor Liberado Geral (R$)) deve ser preenchido com o valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores de todos os protocolos apresentados no demonstrativo;

• **Campo 47** (Valor Glosa Geral (R$)) deve ser preenchido com o valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os protocolos no demonstrativo.

Demonstrativo de Pagamento

É o documento enviado da operadora para o cooperado ou prestador de serviços com a finalidade de fornecer informações sobre seu pagamento.


Unimed Rio

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

2 - Nº

1 - Registro ANS: 393321
3 - Nome da Operadora
4 - CNPJ Operadora
5-Data de Emissão

Dados do Prestador
6 - Código na Operadora
7- Nome do Contratado
8-Código CNES

Dados do Pagamento
9 - Data do Pagamento
10-Forma de Pagamento
11-Banco
12-Agência
13-Conta

Dados do Resumo
14-Data do Protocolo | 15-Número do Protocolo | 16-Número do Lote | 17 -Valor Informado | 18 -Valor Processado | 19 -Valor Liberado | 20-Valor da Glosa

Valores Brutos por Data de Pagamento
21 - Valor Total Informado por Data de Pagamento(R$) (soma do campo 17)
22 - Valor Total Processado por Data do Pagamento (R$) (soma do campo 18)
23 - Valor Total Liberado por Data do Pagamento(R$) (soma do campo 19)
24-Valor Total Glosa por Data do Pagamento(R$) (soma do campo 20)

Demais Débitos / Créditos por Data de Pagamento
25-Indicação | 26-Código do Débito/Crédito | 27-Descrição do Débito/Crédito | 28- Valor (R$)

Valores Líquidos por Data de Pagamento
29 - Valor Total de Demais Débitos por Data de Pagamento (R$)
30 - Valor Total de Demais Créditos por Data de Pagamento (R$)
31 - Valor Final a Receber por Data de Pagamento (R$) (23-29+30)

Valores Totais do Demonstrativo - Bruto
32 - Valor Total Informado (R$) (somatório do campo 21)
33 - Valor Total Processado(R$) (somatório do campo 22)
34 - Valor Total Liberado (R$) (somatório do campo 23)
35 - Valor Total Glosa (R$) (somatório do campo 24)

Demais Débitos / Créditos do Demonstrativo
36-Indicação | 37-Código do Débito/Crédito | 38-Descrição do Débito/Crédito | 39- Valor (R$)

Valores Totais do Demonstrativo - Líquido
40 - Valor Total de Demais Débitos(R$)
41 - Valor Total de Demais Créditos(R$)
42 - Valor Final a Receber (R$) (34-40+41)

43 – Observação / Justificativa

• **Campo 01 e 02** esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

• **Campo 03** (Nome da Operadora) deve ser preenchido com a Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência o código identificador do prestador contratado executante junto à operadora, conforme contrato estabelecido;

• **Campo 04** (CNPJ da Operadora) deve ser preenchido com o número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;

• Campo 05 (Data de emissão) deve ser preenchido com a data de emissão do demonstrativo;

• Campo 06 (Código na Operadora) deve ser preenchido com o código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido;

• Campo 07 (Nome do Contratado) deve ser preenchido com a Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento;

• Campo 08 (Código CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) deve ser preenchido com o código do CNES ou caso não possua preencher com o número 9999999;

• Campo 09 (Data de Pagamento) deve ser preenchido com a data do pagamento ou data prevista para o pagamento;

• Campo 10 (Forma de Pagamento) deve ser preenchido com o código da forma como será efetuado o pagamento dos serviços ao prestador, conforma tabela de domínio Nº 34;

• Campo 11 (Banco) deve ser preenchido com o código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados, deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária;

• Campo 12 (Agência) deve ser preenchido com o código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados;

• Campo 13 (Conta) deve ser preenchido com o número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados, deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária;

• Campo 14 (Data do Protocolo) deve ser preenchido com a data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador;

• Campo 15 (Número do protocolo) deve ser preenchido com o número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador;

• Campo 16 (Número do Lote) deve ser preenchido com o número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora;

• Campo 17 (Valor Informado) deve ser preenchido com o valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote;

• Campo 18 (Valor Processado) deve ser preenchido com o valor do lote/protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote;

• Campo 19 (Valor Liberado) deve ser preenchido com o valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor processado menos o valor glosado do lote/protocolo;

• Campo 20 (Valor da Glosa) deve ser preenchido com o valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote, caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado na data de pagamento;

• Campo 21 (Valor Total Informado por Data de Pagamento (R$) Soma do campo 17) deverá ser preenchido com o valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento;

• Campo 22 (Valor Total Processado por Data de Pagamento (R$) soma do campo 18) deverá ser preenchido com o valor total utilizado como base pela operadora

para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento;

• Campo 23 (Valor Total Liberado por Data de Pagamento (R$) soma do campo 19) deve ser preenchido com o valor previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento;

• Campo 24 (Valor Total Glosa por Data de Pagamento (R$) soma do campo 20) deve ser preenchido com o valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento, caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero);

• Campo 25 (Indicação) deve ser preenchido com o indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio Nº 37, caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento;

• Campo 26 (Código do Débito/Crédito) deve ser preenchido com o código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio Nº 27, caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento;

• Campo 27 (Descrição do Débito/Crédito) deve ser preenchido com a descrição de valores debitados ou creditados por data de pagamento, caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento;

• Campo 28 (Valor (R$)) deve ser preenchido com o valor dos débitos ou créditos complementares à conta por data de pagamento, caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento;

• Campo 29 (Valor Total de Demais Débitos por Data de Pagamento (R$)) deve ser preenchido com o valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados, caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero);

• Campo 30 (Valor Total de Demais Créditos por Data de Pagamento (R$)) deve ser preenchido com o valor total dos demais créditos complementares à conta por data de pagamento. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados na data de pagamento, caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero);

• Campo 31 (Valor Final a Receber por Data de Pagamento (R$)(23-29+30) deve ser preenchido com o valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem a data de pagamento;

• Campo 32 (Valor Total Informado (R$) somatório do campo 21) deve ser preenchido com valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo;

• Campo 33 (Valor Total Processado (R$) somatório do campo 22) deve ser preenchido com o valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo;

• Campo 34 (Valor Total Liberado (R$) somatório do campo 23) deve ser preenchido com o valor total previsto para pagamento o prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo;

• Campo 35 (Valor Total da Glosa (R$) somatório do campo 24) deve ser preenchido com o valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo, caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero);

• Campo 36 (Indicação) deve ser preenchido com o indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio Nº 37, caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito;

• Campo 37 (Código do Débito/Crédito) deve ser preenchido com o código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio Nº 27, caso tenha ocorrido qualquer

débito ou crédito;

• Campo 38 (Descrição do Débito/Crédito) deve ser preenchido com a descrição de valores debitados ou creditados, caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito;

• Campo 39 (Valor (R$)) deve ser preenchido com o valor dos débitos ou créditos complementares à conta, caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito;

• Campo 40 (Valor Total de Demais Débitos (R$)) deve ser preenchido com o valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados, caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero);

• Campo 41 (Valor Total de Demais Créditos (R$)) deve ser preenchido com o valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados, caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero);

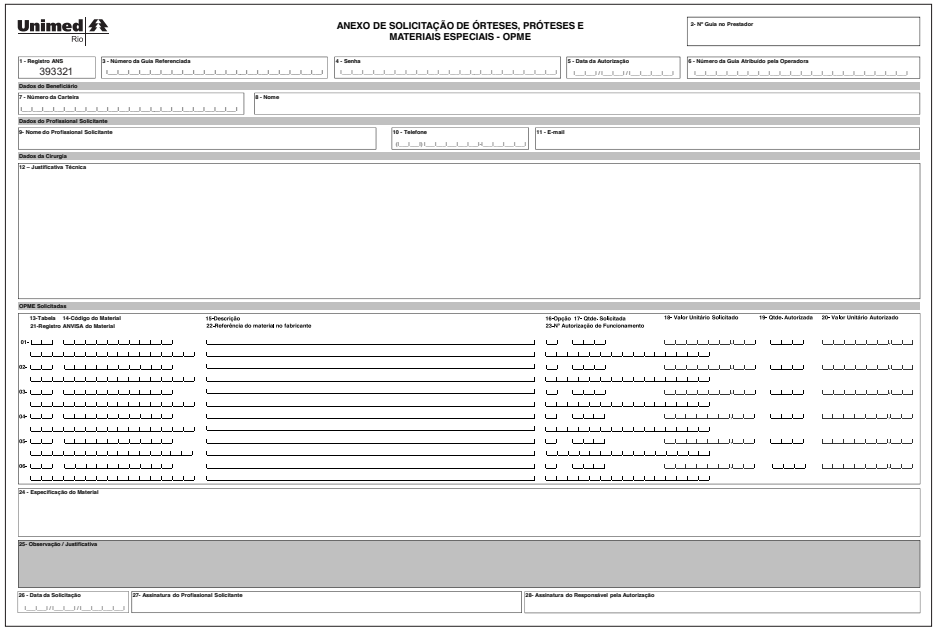
• Campo 42 (Valor Final a Receber (R$)(34-40+41)) deve ser preenchido com o valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem o demonstrativo;

• Campo 43 (Valor Glosa do Protocolo (R$)) deve ser preenchido com o valor glosado do protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote, caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo;

• Campo 44 (Observação/Justificativa) deve ser preenchido com o campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Anexo OPME

Guia de preenchimento obrigatório utilizada na solicitação de autorização para utilização de órteses, próteses e materiais especiais.


Unimed Rio

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 393321
3 - Número da Guia Referenciada
4 - Senha
5 - Data da Autorização
6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
7 - Número da Carteira
8 - Nome

Dados do Profissional Solicitante
9- Nome do Profissional Solicitante
10 - Telefone
11 - E-mail

Dados da Cirurgia
12 – Justificativa Técnica

OPME Solicitadas

	13-Tabela 14-Código do Material 21-Registro ANVISA do Material	15-Descrição 22-Referência do material no fabricante	16-Opção 17- Qtde. Solicitada 23-Nº Autorização de Funcionamento	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtde. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado
01-						
02-						
03-						
04-						
05-						
06-						

24 - Especificação do Material

25- Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação
27- Assinatura do Profissional Solicitante
28- Assinatura do Responsável pela Autorização

• Campo 1 e 2 esses campos já estarão preenchidos pela operadora;

• Campo 3 (Número da Guia Referenciada) deve ser preenchido com o número da guia à qual o anexo está vinculado;

• Campo 4 (Senha) deve ser preenchido com a senha de autorização emitida pela operadora;

• Campo 5 (Data da autorização) deve ser preenchido com a data em que a autorização para realização do atendimento / procedimento foi concedida pela operadora;

• Campo 6 (Número da guia atribuído pela operadora) deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a indica no prestador.

• Campo 7 (Número da carteira) deve ser preenchido com o número da carteira do beneficiário;

• Campo 8 (Nome) deve ser preenchido com o nome do beneficiário;

• Campo 9 (Nome do Profissional Solicitante) deve ser preenchido com o nome do profissional que está solicitando o material;

• Campo 10 (Telefone) deve ser preenchido com o telefone do profissional que está solicitando o material;

• Campo 11 (E-mail) deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato;

• Campo 12 (Justificativa Técnica) deve ser preenchido com relatório embasando a solicitação;

• Campo 13 (Tabela) deve ser preenchido com o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio abaixo;

Tabela 87 - Relação das terminologias unificadas da saúde suplementar

CÓDIGO DA TABELA	DESCRIÇÃO
00	Tabela própria das operadoras
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20	Medicamentos

• Campo 14 (Código do material) deve ser preenchido com o código do material solicitado pelo prestador;

• Campo 15 (Descrição) deve ser preenchido com a descrição do material solicitado pelo prestador;

• Campo 16 (Opção) deve ser preenchido em ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado;

• Campo 17 (Qtde. Solicitada) deve ser preenchido com a quantidade de material solicitado pelo prestador;

• Campo 18 (Valor Unitário Solicitado) deve ser preenchido com o valor indicado pelo prestador para o material solicitado;

• Campo 19 (Qtde.Autorizada) deve ser preenchido com a quantidade do material autorizada pela operadora;

• Campo 20 (Valor Unitário Autorizado) deve ser preenchido com o valor autorizado pela operadora para o material solicitado;

• Campo 21 (Registro ANVISA do Material) deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS;

• Campo 22 (Referência do material no fabricante) deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS;

• Campo 23 (Nº Autorização de Funcionamento) deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material;

• Campo 24 (Especificação do Material) deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado;

• Campo 25 (Observação / Justificativa) campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário;

• Campo 26 (Data da Solicitação) deve ser preenchido com a data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais;

• Campo 27 (Assinatura do profissional Solicitante) deve ser preenchido com a assinatura do profissional que está fazendo a solicitação;

• Campo 28 (Assinatura do Responsável pela Autorização) deve ser preenchido com a assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.

Endereços

ESPAÇO DE RELACIONAMENTO COM O COOPERADO

Centro: Rua do Ouvidor 161, 7º andar
Barra da Tijuca: Av. Armando Lombardi, 400 - loja 101

Ligue Doutor: 3861-0000
Site: www.unimedrio.com.br

ANS - nº 39.332-1

Unimed Rio