

# MANUAL PADRÃO TISS 3.02

Prestadores

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

**Unimed**   
Vales do Taquari  
e Rio Pardo/RS

ANS nº 30639-8

## Sumário

<b>NOVA VERSÃO TISS .....</b>	<b>4</b>
<b>GUIA RÁPIDO – SISTEMA DE ATENDIMENTO UNIMED VTRP .....</b>	<b>5</b>
Tela Execução de Guia SP/SADT .....	6
Tela Digitação de Guia SP/SADT .....	7
Tela Procedimentos com Participação .....	8
Tela Execução de Consulta de Fisioterapia.....	9
Tela Execução de Consulta de Emergência/Urgência.....	10
<b>GUIA RÁPIDO – GUIAS TISS EM PAPEL.....</b>	<b>11</b>
Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SP/SADT....	11
Guia de Honorários .....	13
Guia de Solicitação de Internação .....	14
Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complemento do Tratamento .....	15
Guia de Resumo de Internação.....	16
Anexo de Outras Despesas .....	18
Anexo de Solicitação de Quimioterapia.....	19
Anexo de Solicitação de Radioterapia .....	20
Guia de Consulta .....	21
<b>ANEXOS .....</b>	<b>22</b>
Tabela A – Terminologia do Conselho Profissional.....	22
Tabela B – Terminologia de Unidades da Federação .....	22
Tabela C – Terminologia de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) .....	22
Tabela D – Terminologia do Caráter do Atendimento .....	24
Tabela E – Tabela .....	24
Tabela F – Tipo de Acomodação .....	24
Tabela G – Sexo.....	25
Tabela H – Terminologia do Tipo de Faturamento .....	25
Tabela I – Terminologia da Via de Acesso .....	25
Tabela J –Terminologia de Estadiamento do Tumor .....	25
Tabela K – Terminologia do Diagnóstico por Imagem .....	26
Tabela L – Terminologia do Tipo de Internação .....	26

Tabela M – Terminologia da Técnica Utilizada .....	26
Tabela N – Terminologia da Unidade de Medida .....	26
Tabela O – Terminologia do Tipo de Quimioterapia .....	27
Tabela P – Terminologia do Indicador de Acidente .....	28
Tabela Q – Terminologia do Regime de Internação .....	28
Tabela R – Terminologia do Grau de Participação.....	28
Tabela S – Terminologia de Finalidade do Tratamento .....	28
Tabela T – Terminologia de Escala de Capacidade Funcional (ECOG - ESCALA DE ZUBROD) .....	29
Tabela U – Terminologia do Tipo de Consulta .....	29
Tabela V – Terminologia do Tipo de Atendimento.....	29
Tabela X – Terminologia do Motivo de Encerramento.....	30
Tabela Y – Terminologia do Código de Despesa .....	30
Tabela Z – Terminologia da Via de Administração .....	30
<b>Suporte e dúvidas.....</b>	<b>31</b>

## NOVA VERSÃO TISS

Prezado Prestador de Serviços,

Conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em sua Resolução Normativa nº 305, a Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS estabelece um padrão obrigatório para as trocas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos de saúde entre médicos cooperados, prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

Com a vigência da nova versão da TISS, os principais impactos se referem ao Sistema de Atendimento Unimed e à utilização das novas guias para os atendimentos.

Uma alteração significativa nos formulários manuais referem-se a existência de uma tabela de legendas específica para determinados campos a serem preenchidos, do contrário ao padrão TISS anterior, onde as legendas já estavam descritas no próprio formulário. Em virtude disso, reforçamos a importância de utilizar prioritariamente o Sistema de Atendimento, que agiliza muito mais o atendimento no seu serviço.

Ainda sobre os formulários manuais, alguns campos obrigatórios passaram a ser condicionados/opcionais e outros que eram condicionados/opcionais passaram a ser obrigatórios. Ressaltamos a importância de que os campos na cor branca nos formulários devem ser obrigatoriamente preenchidos.

Para o novo campo "Atendimento a RN (Recém Nascido)" tanto nos formulários manuais quanto no Sistema de Atendimento, deve ser informado "S" de Sim somente quando o cliente for um RN de até 30 dias de vida e que estará usando a carteira do plano de saúde da mãe.

A seguir apresentaremos as principais alterações do Padrão TISS para auxílio e informação.



## GUIA RÁPIDO – SISTEMA DE ATENDIMENTO UNIMED VTRP

Para facilitar o entendimento, colocamos abaixo as telas do sistema de atendimento que tiveram alterações, sinalizando os campos que foram removidos e os que foram adicionados.

**Unimed** 

**Sistema de Atendimento Unimed VTRP**

Usuário:

Senha:

---

[Esqueceu a senha?](#) | [Ajuda?](#) | [Compatibilidade](#) | [Velocidade](#)

Versão 5.25.0

## Tela Execução de Guia SP/SADT

### Campos REMOVIDOS

#### Dados da guia SP/SADT

Nº Guia	Registro ANS	Nº Principal	Autorização	Senha	Validade da Senha	Data de Emissão
1003651906	306398		15/08/2014	799244	13/12/2014	15/08/2014
Dados do beneficiário						
Número da carteira	Plano		Validade da carteira			
0029.7700036000044	FUNC UNIMED REGUL C/TX PRIVAT		31/12/2018			
Nome			Data de Nascimento			
USUARIO TESTE IV			25/02/1972 (42 anos)			
Dados do Contratado Solicitante						
Nome do contratado						
Nome do Profissional Solicitante						
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
Data da solicitação	Caráter da solicitação	CID	Indicação clínica (500 caracteres restantes)			
15/08/2014	E - Eletiva					
Dados do Contratado Executante						
Nome do contratado						
Nome do Profissional Executante / Complementar						
Dados do Atendimento						
Tipo de atendimento	Indicação de acidente					
05 - Exame	-					
Tipo de Doença	Tempo de Doença	Tipo de saída *				
-	-	Selecione				

### Campos ADICIONADOS

#### Dados da guia SP/SADT

Nº Guia	Registro ANS	Nº Principal	Autorização	Senha	Validade da Senha	
1003651833	306398		13/08/2014	799183	11/12/2014	
Dados do beneficiário						
Número da carteira	Plano		Validade da carteira			
0029.7700036000052	FUNC UNIMED REGUL C/TX PRIVAT		31/12/2014			
Nome			Data de Nascimento			
USUARIO TESTE V			26/02/1986 (28 anos)			
Dados do Contratado Solicitante						
Nome do contratado						
Nome do Profissional Solicitante						
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
Data da solicitação	Caráter da solicitação	Indicação clínica (500 caracteres restantes)				
13/08/2014	1 - Eletivo					
Dados do Contratado Executante						
Nome do contratado						
Dados do Atendimento						
Tipo de atendimento	Indicação de acidente	Tipo de Consulta	Motivo de Encerramento do Atendimento			
05 - Exame	1 - Acidente ou doença relacionada a tran	Selecione	Selecione			

## Tela Digitação de Guia SP/SADT

### Campos REMOVIDOS

Digitação de guia SP/SADT

Nº Guia *				
Nº Guia principal				
Data da autorização		Senha	Validade da senha	Data de emissão *
Dados do beneficiário				
Número da carteira	Plano	Validade da carteira		
0029.7700036000044	FUNC UNIMED REGUL C/TX PRIVAT	31/12/2018		
Nome	Data de Nascimento			
USUARIO TESTE IV	25/02/1972 (42 anos)			
Dados do Contratado Solicitante				
Nome do contratado *				
Nome do profissional solicitante				
Conselho Profissional *		Número no conselho *	UF do conselho *	Código CBOS
Selezione			Selezione	
Dados da Solicitação				
Data da solicitação *	Caráter da solicitação *	CID	Indicação clínica (500 caracteres restantes)	
	Selezione			
Dados do Atendimento				
Tipo de atendimento *		Indicação de acidente *		Tipo de saída *
Selezione		Selezione		Selezione
Consulta Referência				
Tipo de doença *		Tempo de doença		
Selezione		Selezione		

### Campos ADICIONADOS

Digitação de guia SP/SADT

Nº Guia *				
Nº Guia principal				
Data da autorização		Senha	Validade da senha	
Dados do beneficiário				
Número da carteira	Plano	Validade da carteira	OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO	
0029.7700036000044	FUNC UNIMED REGUL C/TX PRIVAT	31/12/2018	Atendimento a RH *	
Nome	Data de Nascimento		Selezione	
USUARIO TESTE IV	25/02/1972 (42 anos)			
Dados do Contratado Solicitante				
Nome do contratado *				
Nome do profissional solicitante				
Conselho Profissional *		Número no conselho *	UF do conselho *	Código CBOS
Selezione			Selezione	
Dados da Solicitação				
Data da solicitação *	Caráter da solicitação *	Indicação clínica (500 caracteres restantes)		
	Selezione			
Dados do Atendimento				
Tipo de atendimento *		OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO		
Selezione		Indicação de acidente *		
Tipo de Consulta		Motivo de Encerramento do Atendimento		
Selezione		Selezione		

## Tela Procedimentos com Participação

### Novas Telas

#### Passo 1

A etapa de inserir a quantidade realizada e gravar continua da mesma forma.

#### Passo 2

**Participação**

Dados da Guia

Número da guia 1003651811	Beneficiário 0029.7700036000052 - USUARIO TESTE V
Profissional [REDACTED]	Unimed 0029 - UNIMED VALES DO TAQUARI E RIO PARDO LTDA

**Profissional**

Dados do contratado

Nome do profissional \*

[Input field]

Cadastrar Cancelar

#### Passo 3

Participação na Identificação de Equipe

Procedimentos participados

Grau de participação	Item	Excluir
00 - Cirurgião	30306027 - FACETOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICACAO	<input type="checkbox"/>
	Selecionar	
	30306027 - FACETOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICACAO	

Adicionar linha

Gravar Cancelar

Os demais passos permanecem da mesma forma.

## Tela Execução de Consulta de Fisioterapia

### Campos REMOVIDOS

#### Dados da consulta

Número da guia  
1003651905

Dados do beneficiário

[Histórico do beneficiário](#)

Número da carteira - Nome  
0029.7700036000044 - USUARIO TESTE IV

Dados do Contratado

Médico \*

Especialidade \*

CLÍNICA GERAL ▼

Hipóteses Diagnósticas

Tipo de doença \*

Selecione ▼

Tempo de doença \*

Selecione ▼

Indicação de acidente

Selecione ▼

CID Principal

CID (2)

CID (3)

CID (4)

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

Data do atendimento \*

15/08/2014 10:06

Procedimento \*

Consulta eletiva ▼

Tipo de consulta \*

Selecione ▼

Tipo de saída \*

Selecione ▼

Observações (240 caracteres restantes)

Gravar e Finalizar Gravar Cancelar

### Campos ADICIONADOS

#### Dados da consulta

Número da guia  
1003651901

Dados do beneficiário

[Histórico do beneficiário](#)

Número da carteira - Nome  
0029.7700036000079 - USUARIO TESTE VII

Dados do Contratado

Médico \*

**OBRIGATÓRIO  
PREENCHIMENTO**

Atendimento a RN \*

Não ▼

Especialidade \*

NEUROCIRURGIA ▼

Hipóteses Diagnósticas

**OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO**

Indicação de acidente

9 - Não acidente ▼

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

Data do atendimento \*

15/08/2014 09:22

Procedimento \*

Consulta eletiva ▼

Tipo de consulta \*

1 - Primeira Consulta ▼

Observações (240 caracteres restantes)

Gravar e Finalizar Gravar Cancelar

## Tela Execução de Consulta de Emergência/Urgência

### Campos REMOVIDOS

Dados da consulta de Emergência/Urgência - Solicitação

Dados do beneficiário

Número da carteira

0029.7700030000077

Plano

FUNC UNIMED REGUL C/TX PRIVAT

Validade da carteira

30/04/2017

Nome

██████████

Data de Nascimento

19/08/1980 (33 anos)

Histórico do beneficiário

Dados do Contratado Solicitante

Médico \*

██████████

Especialidade \*

ADMINISTRACAO HOSPITALAR

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

Data da solicitação

07/08/2014 10:09

Caráter da solicitação

Urgência/Emergência

CID

██████████

Indicação clínica (500 caracteres restantes)

Dados do Atendimento

Tipo de atendimento \*

04 - Consulta

Indicação de acidente

Selecione

Tipo de saída

1 - Retorno

Consulta Referência

Tipo de doença \*

Selecione

Tempo de doença \*

Selecione

Procedimentos e OPM solicitados

Código do procedimento \*

Un. Med.

Qtd. Solicitada.\*

Excluir

10101039 CONSULTA PRONTO SOCORRO

1

Adicionar linha

Atualizar

### Campos ADICIONADOS

Dados da consulta de Emergência/Urgência - Solicitação

Dados do beneficiário

Número da carteira

0029.7700036000052

Plano

FUNC UNIMED REGUL C/TX PRIVAT

Validade da carteira

31/12/2014

Nome

USUARIO TESTE V

Data de Nascimento

26/02/1986 (28 anos)

Histórico do beneficiário

Dados do Contratado Solicitante

Médico \*

HOSPITAL BRUNO BORN

Especialidade \*

ADMINISTRACAO HOSPITALAR

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

Data da solicitação

15/08/2014 09:31

Caráter da solicitação

-

Indicação clínica (500 caracteres restantes)

Dados do Atendimento

Tipo de atendimento \*

11 - Pronto Socorro

Indicação de acidente

Selecione

Tipo de saída

1 - Retorno

Consulta Referência

Tipo de Consulta

1 - Primeira Consulta

Motivo de Encerramento do Atendimento

Selecione

Procedimentos e OPM solicitados

Código do procedimento \*

Un. Med.

Qtd. Solicitada.\*

Excluir

10101039 CONSULTA PRONTO SOCORRO

1

Adicionar linha

Atualizar

OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO

Atendimento a RN \*

Selecione

OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO


SELECIONAR OPÇÃO 11

## GUIA RÁPIDO – GUIAS TISS EM PAPEL

Aqui você encontra informações de preenchimento nos campos das guias impressas.

Lembrando que os campos na cor branca são de **preenchimento obrigatório**.

### Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SP/SADT

Unimed 		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT				2 - Nº Guia no Prestador <b>0000000</b>	
1 - Registro ANS <b>30639-8</b>		3 - Número da Guia Principal					
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
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 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. 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 - Qtd.		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 Sítio		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			

O campo 48 – Identificação dos Profissionais Executantes deverá ser utilizado somente nos casos de cobrança dos Honorários Médicos.


Para os campos listados abaixo efetuar o preenchimento conforme a tabela de legendas correspondente anexadas a este manual.

Campos 16 e 52 – Tabela A  
Campos 19 e 55 – Tabela C  
Campos 18 e 54 – Tabela B  
Campo 21 – Tabela D  
Campos 24 e 39 – Tabela E  
Campo 32 – Tabela V  
Campo 33 – Tabela P

Campo 34 – Tabela U  
Campo 35 – Tabela X  
Campo 43 – Tabela I  
Campo 44 – Tabela M  
Campo 49 – Tabela R



## Guia de Honorários



**GUIA DE HONORÁRIOS**  
(Somente para pacientes internados)

2 - Nº Guia no Prestador  
**0000000**

1 - Registro ANS  
**30639-8**

3 - Número 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 Contratante (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 do Atendimento	18 - Hora Inicial	19 - Hora Final	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento	22 - Descrição	23 - Qtd.	24 - Via	25 - Tec	26 - Fator Red./ Acresc.	27 - Valor Unitário - R\$	28 - Valor Total - R\$
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
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
1								
2								
3								
4								
5								

37 - Observação / Justificativa

38 - Valor total dos honorários - R\$

39 - Data de Emissão

40 - Assinatura do Profissional Executante


A guia de Honorário Individual deverá ser utilizada somente para pacientes internados. A cobrança de Honorários Médicos fora de ambiente hospitalar deverá ser na Guia SP/SADT, no campo 48 – Identificação dos Profissionais Executantes.

Para os campos listados abaixo efetuar o preenchimento conforme a tabela de legendas correspondente anexadas a este manual.

Campo 20 – Tabela E  
 Campo 24 – Tabela I  
 Campo 25 – Tabela M  
 Campo 30 – Tabela R

Campo 33 – Tabela A  
 Campo 35 – Tabela B  
 Campo 36 – Tabela C

## Guia de Solicitação de Internação



**Unimed**  
Vales do Taquari  
e Rio Pardo/RS

2 - Nº Guia no Prestador  
**0000000**

### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS <b>30639-8</b>		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 quimioterapia
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. Solicitada	38 - Qtde. Autorizada
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

**Dados da Autorização**

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo de 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

Para os campos listados abaixo efetuar o preenchimento conforme as tabelas de legendas correspondente anexadas a este manual.

Campo 15 – Tabela A  
 Campo 17 – Tabela B  
 Campo 18 – Tabela C  
 Campo 22 – Tabela D  
 Campo 23 – Tabela L

Campo 24 – Tabela Q  
 Campo 33 – Tabela P  
 Campo 34 – Tabela E  
 Campo 41 – Tabela F

## Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complemento do Tratamento



**Unimed**  
Vales do Taquari  
e Rio Pardo/RS

2 - Nº Guia no Prestador  
0000000

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

1 - Registro ANS <b>30639-8</b>	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
16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas	17 - Tipo de Acomodação Solicitada			
18 - Indicação Clínica				

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados**

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

**Dados da Autorização**


24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas	25 - Tipo de Acomodação Autorizada	
26 - Justificativa da Operadora		
27 - Observação / Justificativa		
28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Para os campos listados abaixo efetuar o preenchimento conforme as tabelas de legendas correspondente anexadas a este manual.

Campo 12 – Tabela A  
 Campo 14 – Tabela B  
 Campo 15 – Tabela C

Campo 17 – Tabela F  
 Campo 19 – Tabela E

## Guia de Resumo de Internação

		<b>GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO</b>		2 - Nº Guia no Prestador <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">000000</div>	
1 - Registro ANS <b>30639-8</b>		3 - Número da Guia de Solicitação de Internação <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		4 - Data de Autorização <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
5 - Setor <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		6 - Data de Validade da Guia <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
<b>Dados do Beneficiário</b>					
8 - Número da Carteira <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		9 - Validade da Carteira <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		10 - Nome <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
11 - Cartão Nacional de Saúde <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		12 - Apendimento a RN <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>			
<b>Dados do Contratado/Exercitante</b>					
13 - Código na Operadora <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		14 - Nome do Contratado <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		15 - Código CNEs <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
<b>Dados da Internação</b>					
16 - Tipo de Internação <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		17 - Tipo de Faturamento <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		18 - Data do Início do Faturamento <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
19 - Hora do Início do Faturamento <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		20 - Hora do Fim do Faturamento <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		21 - Hora do Fim do Faturamento <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
22 - Tipo de Internação <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		23 - Regime de Internação <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>			
24 - CID 10 Principal <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		25 - CID 10 (2) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		26 - CID 10 (3) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
27 - CID 10 (4) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		28 - Indicação de (ou doença relacionada) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		29 - Motivo de Encerramento da Internação <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
30 - Nº de Declaração de Necessidade Viso <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		31 - CID 10 - Óbito <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		32 - Nº de Declaração de Óbito <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
33 - Indicação C.O. de RN <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>					
<b>Procedimentos e Exames Realizados</b>					
34 - Cód. 35 - Hora Inicial 36 - Hora Final 37 - Tabela 38 - Código do Procedimento 39 - Descrição 40 - Qtd. 41 - Via 42 - Tec 43 - Fator Red. 44 - Valor Unitário - RS 45 - Valor Total - RS					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;">1</div> <div style="width: 15%;">2</div> <div style="width: 15%;">3</div> <div style="width: 15%;">4</div> <div style="width: 15%;">5</div> <div style="width: 15%;">6</div> <div style="width: 15%;">7</div> <div style="width: 15%;">8</div> <div style="width: 15%;">9</div> <div style="width: 15%;">10</div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;">11</div> <div style="width: 15%;">12</div> <div style="width: 15%;">13</div> <div style="width: 15%;">14</div> <div style="width: 15%;">15</div> <div style="width: 15%;">16</div> <div style="width: 15%;">17</div> <div style="width: 15%;">18</div> <div style="width: 15%;">19</div> <div style="width: 15%;">20</div> </div>			
<b>Identificação do Especialista</b>					
46 - Set. Rad 47 - Grau Part. 48 - Código na Operadora / CFP 49 - Nome do Profissional 50 - Conselho Profissional 51 - Número no Conselho 52 - UF 53 - Código CBO					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;">1</div> <div style="width: 15%;">2</div> <div style="width: 15%;">3</div> <div style="width: 15%;">4</div> <div style="width: 15%;">5</div> <div style="width: 15%;">6</div> <div style="width: 15%;">7</div> <div style="width: 15%;">8</div> <div style="width: 15%;">9</div> <div style="width: 15%;">10</div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;">11</div> <div style="width: 15%;">12</div> <div style="width: 15%;">13</div> <div style="width: 15%;">14</div> <div style="width: 15%;">15</div> <div style="width: 15%;">16</div> <div style="width: 15%;">17</div> <div style="width: 15%;">18</div> <div style="width: 15%;">19</div> <div style="width: 15%;">20</div> </div>			
54 - Total de Procedimentos - RS 55 - Total de Diárias - RS 56 - Total de Taxas e Aluguéis - RS 57 - Total de Materiais - RS 58 - Total de CPME - RS 59 - Total de Medicamentos - RS					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;">1</div> <div style="width: 15%;">2</div> <div style="width: 15%;">3</div> <div style="width: 15%;">4</div> <div style="width: 15%;">5</div> <div style="width: 15%;">6</div> <div style="width: 15%;">7</div> <div style="width: 15%;">8</div> <div style="width: 15%;">9</div> <div style="width: 15%;">10</div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;">11</div> <div style="width: 15%;">12</div> <div style="width: 15%;">13</div> <div style="width: 15%;">14</div> <div style="width: 15%;">15</div> <div style="width: 15%;">16</div> <div style="width: 15%;">17</div> <div style="width: 15%;">18</div> <div style="width: 15%;">19</div> <div style="width: 15%;">20</div> </div>			
60 - Total de Gastos Medicamentos - RS 61 - Total Geral - RS					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>			
62 - Data de assinatura do contratado 63 - Assinatura do contratado 64 - Assinatura (seja Autorizada) de Operadora					
65 - Observação / Justificativa <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px;"></div>					

[illegible]

Para os campos listados abaixo efetuar o preenchimento conforme as tabelas de legendas correspondente anexadas a este manual.

Campo 16 – Tabela D  
Campo 17 – Tabela H  
Campo 22 – Tabela L  
Campo 23 – Tabela Q  
Campo 28 – Tabela P  
Campo 29 – Tabela X  
Campo 37 – Tabela E

Campo 41 – Tabela I  
Campo 42 – Tabela M  
Campo 47 – Tabela R  
Campo 50 – Tabela A  
Campo 52 – Tabela B  
Campo 53 – Tabela C

## Anexo de Outras Despesas

Unimed		ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)													
Vale da Tatuagem e Rio Pardo/RS		1 - Registro ANS <b>30639-8</b>										2 - Número da Guia Referenciada <b>0000000</b>			
Dados do Contratado Executante		5 - Código CHES													
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado													
Despesas Realizadas															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
1	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento									
20 - Descrição															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
2	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento									
20 - Descrição															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
3	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento									
20 - Descrição															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
4	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento									
20 - Descrição															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
5	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento									
20 - Descrição															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
6	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento									
20 - Descrição															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
7	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento									
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\$)			

Para os campos listados abaixo efetuar o preenchimento conforme as tabelas de legendas correspondente anexadas a este manual.

Campo 6 – Tabela Y  
 Campo 10 – Tabela E  
 Campo 13 – Tabela N

## Anexo de Solicitação de Quimioterapia

Unimed		ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA				2 - Nº Guia no Prestador <b>000000</b>	
1 - Registro ANS <b>30639-8</b>		3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	
6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							
<b>Dados do Beneficiário</b>							
7 - Número da Carteira		8 - Nome					
9 - Peso (Kg)		10 - Altura (Cm)		11 - Superfície Corporal (m²)		12 - Idade	
						13 - Sexo	
<b>Dados do Profissional Solicitante</b>							
14 - Nome do Profissional Solicitante				15 - Telefone		16 - E-mail	
<b>Diagnóstico Oncológico</b>							
17 - Data do Diagnóstico		18 - CID 10 Principal		19 - CID 10 (2)		20 - CID 10 (3)	
						21 - CID 10 (4)	
22 - Estadiamento		23 - Tipo de Quimioterapia		24 - Finalidade		25 - ECOG	
27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico				28 - Plano Terapêutico			
				28 - Informações Relevantes			
<b>Medicamentos e Drogas Solicitados</b>							
29 - Data Prevista para Administração		30 - Tabela		31 - Código do Medicamento		32 - Descrição	
33 - Doses		34 - Via Adm		35 - Frequência		<b>Tratamentos Anteriores</b>	
1						36 - Cirurgia	
2						37 - Data da Realização	
3						38 - Área Irradiada	
4						39 - Data da Aplicação	
5							
6							
7							
8							
40 - Observação / Justificativa							
41 - Nº de Ciclos Previstos		42 - Ciclo Atual		43 - Intervalo entre Ciclos (em dias)		44 - Data da Solicitação	
						45 - Assinatura do Profissional Solicitante	
						46 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Para os campos listados abaixo efetuar o preenchimento conforme as tabelas de legendas correspondente anexadas a este manual.

Campo 13 – Tabela G  
 Campo 22 – Tabela J  
 Campo 23 – Tabela O  
 Campo 24 – Tabela S

Campo 25 – Tabela T  
 Campo 30 – Tabela E  
 Campo 34 – Tabela Z



## Anexo de Solicitação de Radioterapia

Unimed		ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA				2 - Nº Guia no Prestador <b>0000000</b>	
1 - Registro ANS <b>30639-8</b>	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
<b>Dados do Beneficiário</b>							
7 - Número da Carteira		8 - Nome			9 - Idade		10 - Sexo
<b>Dados do Profissional Solicitante</b>							
11 - Nome do Profissional Solicitante				12 - Telefone		13 - E-mail	
<b>Diagnóstico Oncológico</b>							
14 - Data do Diagnóstico	15 - CID 10 Principal	16 - CID 10 (2)	17 - CID 10 (2)	18 - CID 10 (2)	19 - Diagnóstico por Imagem	20 - Estadiamento	21 - ECOG
23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico		24 - Informações relevantes				22 - Finalidade	
<b>Tratamentos Anteriores</b>							
25 - Cirurgia							
26 - Data da Realização							
27 - Quimioterapia							
28 - Data da Aplicação							
<b>Procedimentos Complementares</b>							
29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Quantidade	29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento
1					7		
2					8		
3					9		
4					10		
5					11		
6					12		
34 - Nº de Campos	35 - Dose por dia (em Gy)	36 - Dose Total (em Gy)	37 - Nº de Dias	38 - Data Prevista para Início da Administração			
39 - Observação / Justificativa							
40 - Data da Solicitação		41 - Assinatura do Profissional Solicitante			42 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

Para os campos listados abaixo efetuar o preenchimento conforme as tabelas de legendas correspondente anexadas a este manual.

Campo 10 – Tabela G

Campo 19 – Tabela K

Campo 20 – Tabela J


Campo 21 – Tabela T

Campo 22 – Tabela S

Campo 30 – Tabela E



## Guia de Consulta

		<h1 style="margin: 0;">GUIA DE CONSULTA</h1>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>2 - Nº Guia no Prestador</b>  <span style="font-size: 1.2em; color: red;">0000000</span> </div>	
<b>1 - Registro ANS</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; font-size: 1.2em; margin-top: 5px;">30639-8</div>		<b>3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
<b>Dados do Beneficiário</b>					
<b>4 - Número da Carteira</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>5 - Validade da Carteira</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
<b>7 - Nome</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			<b>8 - Cartão Nacional de Saúde</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		
<b>Dados do Contratado</b>					
<b>9 - Código na Operadora</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>10 - Nome do Contratado</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>11 - Código CNES</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
<b>12 - Nome do Profissional Executante</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>13 - Conselho Profissional</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>14 - Número no Conselho</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
<b>15 - UF</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>16 - Código CBO</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
<b>Dados do Atendimento / Procedimento Realizado</b>					
<b>17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>18 - Data do Atendimento</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>19 - Tipo de Consulta</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
<b>20 - Tabela</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>21 - Código do Procedimento</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>22 - Valor do Procedimento</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
<b>23 - Observação / Justificativa</b> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div>					
<b>24 - Assinatura do Profissional Executante</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			<b>25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>		

Para os campos listados abaixo efetuar o preenchimento conforme a tabela de legendas correspondente anexadas a este manual.

Campo 13 – Tabela A  
Campo 15 – Tabela B  
Campo 16 – Tabela C

Campo 17 – Tabela P  
 Campo 19 – Tabela U  
 Campo 20 – Tabela E

## ANEXOS

**Tabela A – Terminologia do Conselho Profissional**

Código do Termo	Termo
01	Conselho Regional de Assistência Social (CRAS)
02	Conselho Regional de Enfermagem (COREN)
03	Conselho Regional de Farmácia (CRF)
04	Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFA)
05	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO)
06	Conselho Regional de Medicina (CRM)
07	Conselho Regional de Nutrição (CRN)
08	Conselho Regional de Odontologia (CRO)
09	Conselho Regional de Psicologia (CRP)
10	Outros Conselhos

**Tabela B – Terminologia de Unidades da Federação**

Código do Termo	Termo	Código do Termo	Termo
11	Rondônia	28	Sergipe
12	Acre	29	Bahia
13	Amazonas	31	Minas Gerais
14	Roraima	32	Espírito Santo
15	Pará	33	Rio de Janeiro
16	Amapá	35	São Paulo
17	Tocantins	41	Paraná
21	Maranhão	42	Santa Catarina
22	Piauí	43	Rio Grande do Sul
23	Ceará	50	Mato Grosso do Sul
24	Rio Grande do Norte	51	Mato Grosso
25	Paraíba	52	Goiás
26	Pernambuco	53	Distrito Federal
27	Alagoas	98	Países Estrangeiros

**Tabela C – Terminologia de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**

Código do Termo	Termo	Código do Termo	Termo
201115	Geneticista	225142	Médico da estratégia de saúde da família
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas	225145	Médico em medicina de trânsito
213150	Físico médico	225148	Médico anatomopatologista
221105	Biólogo	225150	Médico em medicina intensiva
223204	Cirurgião dentista - auditor	225151	Médico anestesiologista
223208	Cirurgião dentista - clínico geral	225155	Médico endocrinologista e metabologista
223212	Cirurgião dentista - endodontista	225160	Médico fisiatra
223216	Cirurgião dentista - epidemiologista	225165	Médico gastroenterologista
223220	Cirurgião dentista - estomatologista	225170	Médico generalista
223224	Cirurgião dentista - implantodontista	225175	Médico geneticista
223228	Cirurgião dentista - odontogeriatra	225180	Médico geriatra
223232	Cirurgião dentista - odontologista	225185	Médico Hematologista

	legal		
223236	Cirurgião dentista - odontopediatra	225195	Médico Homeopata
223240	Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista	225203	Médico em cirurgia vascular
223244	Cirurgião dentista - patologista bucal	225210	Médico cirurgião cardiovascular
223248	Cirurgião dentista - periodontista	225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
223252	Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial	225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
223256	Cirurgião dentista - protesista	225225	Médico cirurgião geral
223260	Cirurgião dentista - radiologista	225230	Médico cirurgião pediátrico
223264	Cirurgião dentista - reabilitador oral	225235	Médico cirurgião plástico
223268	Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial	225240	Médico cirurgião torácico
223272	Cirurgião dentista de saúde coletiva	225250	Médico ginecologista e obstetra
223276	Cirurgião dentista - odontologia do trabalho	225255	Médico Mastologista
223280	Cirurgião dentista - dentística	225260	Médico neurocirurgião
223284	Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial	225265	Médico oftalmologista
223288	Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais	225270	Médico ortopedista e traumatologista
223293	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	225275	Médico otorrinolaringologista
223505	Enfermeiro	225280	Médico proctologista
223605	Fisioterapeuta geral	225285	Médico urologista
223710	Nutricionista	225290	Médico cancerologista cirúrgico
223810	Fonoaudiólogo	225295	Médico cirurgião da mão
223905	Terapeuta ocupacional	225305	Médico citopatologista
223910	Ortoptista	225310	Médico em endoscopia
225103	Médico infectologista	225315	Médico em medicina nuclear
225105	Médico acupunturista	225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225106	Médico legista	225325	Médico patologista
225109	Médico Nefrologista	225330	Médico radioterapeuta
225110	Médico alergista e imunologista	225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225112	Médico neurologista	225340	Médico hemoterapeuta
225115	Médico angiologista	225345	Médico hiperbarista
225118	Médico nutrologista	225350	Médico neurofisiologista
225120	Médico cardiologista	239425	Psicopedagogo
225121	Médico oncologista clínico	251510	Psicólogo clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico	251545	Neuropsicólogo
225124	Médico pediatra	251550	Psicanalista
225125	Médico clínico	251605	Assistente social
225127	Médico pneumologista	322205	Técnico de enfermagem
225130	Médico de família e comunidade	322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica
225133	Médico psiquiatra	322225	Instrumentador cirúrgico
225135	Médico dermatologista	322230	Auxiliar de enfermagem
225136	Médico reumatologista	516210	Cuidador de idosos
225139	Médico sanitaria	999999	CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante
225140	Médico do trabalho		

## Tabela D – Terminologia do Caráter do Atendimento

Código do Termo	Termo
1	Eletivo
2	Urgência/Emergência

## Tabela E – Tabela

Código da Tabela	Descrição
00	Tabela própria das operadoras
18	Diárias, taxas e gases medicinais
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20	Medicamentos
22	Procedimentos e eventos em saúde
98	Tabela Própria de Pacotes

## Tabela F – 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

**Tabela G – Sexo**

Código do Termo	Termo
1	Masculino
3	Feminino

**Tabela H – Terminologia do Tipo de Faturamento**

Código do Termo	Termo
1	Parcial
2	Final
3	Complementar
4	Total

**Tabela I – Terminologia da Via de Acesso**

Código do Termo	Termo
1	Única
2	Mesma via
3	Diferentes vias

**Tabela J – Terminologia de Estadiamento do Tumor**

Código do Termo	Termo
1	I
2	II
3	III
4	IV
5	Não se aplica

**Tabela K – Terminologia do Diagnóstico por Imagem**

<b>Código do Termo</b>	<b>Termo</b>
1	Tomografia
2	Ressonância Magnética
3	Raios-X
4	Outras
5	Ultrassonografia
6	PET

**Tabela L – Terminologia do Tipo de Internação**

<b>Código do Termo</b>	<b>Termo</b>
1	Clínica
2	Cirúrgica
3	Obstétrica
4	Pediátrica
5	Psiquiátrica

**Tabela M – Terminologia da Técnica Utilizada**

<b>Código do Termo</b>	<b>Termo</b>
1	Convencional
2	Video
3	Robótica

**Tabela N – Terminologia da Unidade de Medida**

<b>Código do Termo</b>	<b>Termo</b>	<b>Descrição Detalhada</b>
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	Mililitro
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 Efervescente
051	COM MST	Comprimido Mastigável
052	SACHE	Sache

**Tabela O – Terminologia do Tipo de Quimioterapia**

Código do Termo	Termo
1	1ª linha
2	2ª linha
3	3ª linha
4	Outras linhas

**Tabela P – Terminologia do Indicador de Acidente**

Código do Termo	Termo
0	Trabalho
1	Trânsito
2	Outros
9	Não Acidente

**Tabela Q – Terminologia do Regime de Internação**

Código do Termo	Termo
1	Hospitalar
3	Domiciliar

**Tabela R – Terminologia do Grau de Participação**

Código do Termo	Termo
00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
12	Clínico
13	Intensivista

**Tabela S – Terminologia de Finalidade do Tratamento**

Código do Termo	Termo
1	Curativa
2	Neoadjuvante
3	Adjuvante
4	Paliativa
5	Controle



**Tabela T – Terminologia de Escala de Capacidade Funcional (ECOG - ESCALA DE ZUBROD)**

<b>Código do Termo</b>	<b>Termo</b>
0	Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico.
1	Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.
2	Caminha e é capaz de exercer as atividades de autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília.
3	Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.
4	Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.

**Tabela U – Terminologia do Tipo de Consulta**

<b>Código do Termo</b>	<b>Termo</b>
1	Primeira Consulta
2	Retorno
3	Pré-natal
4	Por encaminhamento

**Tabela V – Terminologia do Tipo de Atendimento**

<b>Código do Termo</b>	<b>Termo</b>
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
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

**Tabela X – Terminologia do 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 conceito
66	Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido
67	Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido

**Tabela Y – Terminologia do Código de Despesa**

Código do Termo	Termo
01	Gases medicinais
02	Medicamentos
03	Materiais
05	Diárias
07	Taxas e aluguéis
08	OPME

**Tabela Z – Terminologia da Via de Administração**

Código do Termo	Termo	Código do Termo	Termo
01	Bucal	19	Intravenosa
02	Capilar	20	Intravesical
03	Dermatológica	21	Intravítrea
04	Epidural	22	Irrigação

05	Gastrostomia/jejunostomia	23	Nasal
06	Inalatória	24	Oftálmica
07	Intra- Óssea	25	Oral
08	Intra-arterial	26	Otológica
09	Intra-articular	27	Retal
10	Intracardiaca	28	Sonda enteral
11	Intradérmica	29	Sonda gástrica
12	Intralesional	30	Subcutânea
13	Intramuscular	31	Sublingual
14	Intraperitoneal	32	Transdérmica
15	Intrapleural	33	Uretral
16	Intratecal	34	Vaginal
17	Intratraqueal	35	Outras
18	Intrauterina		

**Suporte e dúvidas sobre o novo padrão TISS podem ser obtidos através do telefone (51) 3714-7116 ou pelo e-mail [canalprestador@unimedvtrp.com.br](mailto:canalprestador@unimedvtrp.com.br).**