

# **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 significante 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.

The screenshot shows the login interface for the Unimed VTRP system. At the top, there is a dark green header bar with the Unimed logo on the left. Below the header, the title "Sistema de Atendimento Unimed VTRP" is displayed in bold black font. The main form area has a light gray background. It contains two input fields: "Usuário:" followed by a text input box, and "Senha:" followed by another text input box. Below these fields is a blue rectangular button labeled "Entrar". At the bottom of the form, there is a horizontal line separating it from the footer. Below this line, four links are listed: "Esqueceu a senha?", "Ajuda?", "Compatibilidade", and "Velocidade". In the bottom right corner of the form area, the text "Versão 5.25.0" is visible.

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 1003651906	Registro ANS 306398	Nº Principal	Autorização 15/08/2014	Senha 799244	Validade da Senha 13/12/2014	Data de Emissão 15/08/2014
Dados do beneficiário						
Número da carteira 0029.770003600044	Plano FUNC UNIMED REGUL C/TX PRIVAT	Validade da carteira 31/12/2018				
Nome USUARIO TESTE IV		Data de Nascimento 25/02/1972 (42 anos)				
Dados do Contratado Solicitante						
Nome do contratado [REDACTED]						
Nome do Profissional Solicitante [REDACTED]						
Dados da Solicitud / Procedimentos e Exames Solticados						
Data da solicitação 15/08/2014	Caráter da solicitação E - Eletivo	CID	Indicação clínica (500 caracteres restantes)			
Dados do Contratado Executante						
Nome do contratado [REDACTED]						
Nome do Profissional Executante / Complementar [REDACTED]						
Dados do Atendimento						
Tipo de atendimento 05 - Exame	Indicação de acidente -					
Tipo de Doença -	Tempo de Doença -		Tipo de saída * Selecione ▾			

### Campos ADICIONADOS

Dados da guia SP/SADT

Nº Guia 1003651833	Registro ANS 306398	Nº Principal	Autorização 13/08/2014	Senha 799183	Validade da Senha 11/12/2014	
Dados do beneficiário						
Número da carteira 0029.770003600052	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)				Atendimento a RN * N - Não
Dados do Contratado Solicitante						
Nome do contratado [REDACTED]						
Nome do Profissional Solicitante [REDACTED]						
Dados da Solicitud / Procedimentos e Exames Solticados						
Data da solicitação 13/08/2014	Caráter da solicitação 1 - Eletivo		Indicação clínica (500 caracteres restantes)			
Dados do Contratado Executante						
Nome do contratado [REDACTED]						
Dados do Atendimento						
Tipo de atendimento 05 - Exame	Indicação de acidente 1 - Acidente ou doença relacionada a trânsito	Tipo de Consulta Selecione ▾	Motivo de Encerramento do Atendimento Selecione ▾			

## Tela Digitação de Guia SP/SADT

### Campos REMOVIDOS

Digitação de guia SP/SADT

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

### Campos ADICIONADOS

Digitação de guia SP/SADT

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

## 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 type="text"/>	
<input type="button" value="Cadastrar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>	

Passo 3

Participação na Identificação de Equipe

Procedimentos participados		
Grau de participação 00 - Cirurgião	Item 30306027 - FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICACAO	Excluir
	Seleção 30306027 - FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICACAO	<input type="button" value="Adicionar linha"/>
		<input type="button" value="Gravar"/> <input type="button" value="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

Número da carteira - Nome  
0029.7700036000044 - USUARIO TESTE IV

[Histórico do beneficiário](#)

Dados do Contratado

Médico \*

Especialidade \*  CLINICA GERAL

Hipóteses Diagnósticas

Tipo de doença  Seleccione

Tempo de doença  Seleccione

Indicação de acidente  Seleccione

CID Principal  Seleccione

CID (2)  Seleccione

CID (3)  Seleccione

CID (4)  Seleccione

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

Data do atendimento \*  15/08/2014 10:06

Procedimento \*  Consulta eletiva

Tipo de consulta \*  Seleccione

Tipo de saída \*  Seleccione

Observações (240 caracteres restantes)

[Gravar e Finalizar](#) [Gravar](#) [Cancelar](#)

### Campos ADICIONADOS

Dados da consulta

Número da guia  
1003651901

Dados do beneficiário

Número da carteira - Nome  
0029.7700036000079 - USUARIO TESTE VII

**OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO**

Atendimento a RN \*  Não

Especialidade \*  NEUROCIRURGIA

Hipóteses Diagnósticas

Indicação de acidente  Seleccione

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 0029.770003000077	Plano FUNC UNIMED REGUL C/TX PRIVAT	Validade da carteira 30/04/2017
Nome [REDACTED]		
Data de Nascimento 19/08/1980 (33 anos)		
Histórico do beneficiário		
Dados do Contratado Solicitante		
Médico *	Especialidade *	ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
Dados da Solicitud / Procedimentos e Exames Solticados		
Data da solicitação 07/08/2014 10:09	Caráter da solicitação Urgência/Emergência	CID [REDACTED] 🔎 ❤️
Indicação clínica (500 caracteres restantes)		
Dados do Atendimento		
Tipo de atendimento * 04 - Consulta	Indicação de acidente Selecionar	Tipo de saída 1 - Retorno
Consulta Referência		
Tipo de doença Selecionar	Tempo de doença Selecionar	FAVORITOS
Procedimentos e OPM solicitados		
Código do procedimento * 10101039 CONSULTA PRONTO SOCORRO	Un. Med. [REDACTED]	Qtd. Solticada.* 1
Excluir		Adicionar linha Atualizar

### Campos ADICIONADOS

Dados da consulta de Emergência/Urgência - Solicitação

Dados do beneficiário		
Número da carteira 0029.770003600052	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 *	ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
Atendimento a RN * Selecionar		
Dados da Solicitud / Procedimentos e Exames Solticados		
Data da solicitação 15/08/2014 09:31	Caráter da solicitação <b>OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO</b> SELECCIONAR OPÇÃO 11	Indicação clínica (500 caracteres restantes)
OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO		
Tipo de atendimento * 11 - Pronto Socorro	Indicação de acidente Selecionar	Tipo de saída 1 - Retorno
Tipo de Consulta 1 - Primeira Consulta	Motivo de Encerramento do Atendimento Selecionar	FAVORITOS
Procedimentos e OPM solicitados		
Código do procedimento * 10101039 CONSULTA PRONTO SOCORRO	Un. Med. [REDACTED]	Qtd. Solticada.* 1
Excluir		Adicionar linha Atualizar

## 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

<b>Unimed</b> Vales do Taquari e Rio Pardo/RS		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															
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																	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
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.																	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
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\$							
1				a																
2				a																
3				a																
4				a																
5				a																
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													
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
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 Alugueis - 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\$											
1.			3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.										
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

 <b>1 - Registro ANS</b> <b>30639-8</b>		<b>GUIA DE HONORÁRIOS</b> (Somente para pacientes internados)		<b>2 - Nº Guia no Prestador</b> <b>0000000</b>	
<b>Dados do Beneficiário</b> <b>6 - Número da Carteira</b> <input type="text"/>		<b>3 - Número de Solicitação de Internação</b> <input type="text"/>		<b>4 - Senha</b> <input type="text"/>	
<b>Dados do Contratante (onde foi executado o procedimento)</b> <b>9 - Código na Operadora</b> <input type="text"/>		<b>7 - Nome</b> <input type="text"/>		<b>5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b> <input type="text"/>	
<b>Dados do Contratado Executante</b> <b>12 - Código na Operadora</b> <input type="text"/>		<b>10 - Nome do Hospital/Local</b> <input type="text"/>		<b>8 - Atendimento a RN</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Dados da Internação</b> <b>15 - Data do Início do Faturamento</b> <input type="text"/>		<b>16 - Data do Fim do Faturamento</b> <input type="text"/>		<b>11 - Código CNES</b> <input type="text"/>	
<b>Dados dos Profissionais Executantes</b> <b>17 - Data do Atendimento</b> <input type="text"/>		<b>18 - Hora Inicial</b> <input type="text"/>		<b>19 - Hora Final</b> <input type="text"/>	
<b>20 - Tabela</b> <input type="text"/>		<b>21 - Código do Procedimento</b> <input type="text"/>		<b>22 - Descrição</b> <input type="text"/>	
<b>23 - Qtde.</b> <input type="text"/>		<b>24 - Via.</b> <input type="text"/>		<b>25 - Tec.</b> <input type="text"/>	
<b>26 - Fator Red./Acresc.</b> <input type="text"/>		<b>27 - Valor Unitário - R\$</b> <input type="text"/>		<b>28 - Valor Total - R\$</b> <input type="text"/>	
<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b> <b>29 - Seq. Ref.</b> <input type="text"/>		<b>30 - Grau Part.</b> <input type="text"/>		<b>31 - Código na Operadora / CPF</b> <input type="text"/>	
<b>32 - Nome do Profissional</b> <input type="text"/>		<b>33 - Conselho Profissional</b> <input type="text"/>		<b>34 - Número no Conselho</b> <input type="text"/>	
<b>35 - UF</b> <input type="text"/>		<b>36 - Código CBO</b> <input type="text"/>		<b>38 - Valor total dos honorários - R\$</b> <input type="text"/>	
<b>37 - Observação / Justificativa</b> <input type="text"/>		<b>39 - Data de Emissão</b> <input type="text"/>		<b>40 - Assinatura do Profissional Executante</b> <input type="text"/>	

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 - N<sup>o</sup> Guia no Prestador

**0000000**

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS  
**30639-8**

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

4 - Data da Autorização

### 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

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

21 - Data Sugerida para Internação

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

1 - 34 - Tabelas

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde. Solicitada

38 - Qtde. Autorizada

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  
**30639-8**

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**

19 - Tabela

20 - Código do Procedimento  
ou Item Assistencial

21 - Descrição

22 - Qtde. Solicitada

23 - Qtde. Autorizada

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>

**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 anexas 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

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO											
1 - Registro ANS <b>30639-8</b>	2 - Número do Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização	2 - Nº Guia no Prestador <b>0000000</b>								
5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número do Guia Atribuído pela Operadora									
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Aprendizado a RN							
Dados do Contratado e Operadora											
13 - Nome da Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES									
Dados da Internação											
16 - Cetim do Abandono	17 - Tipo de Faturamento	18 - Data do Início do Faturamento	19 - Hora do Início do Faturamento	20 - Data do Fim do Faturamento	21 - Hora do Fim do Faturamento	22 - Tipo de Internação	23 - Regime de Internação				
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 (0)	26 - CID 10 (1)	27 - CID 10 (4)	28 - Indicação de Internação	29 - Motivo de Encerramento da Internação	30 - Nº da Declaração de Nascido Vivos	31 - CID 10 Obs.	32 - Nº da Declaração de Óbito	33 - Indicador O.O. de RN		
Procedimentos e Exames Realizados											
34 - Data	35 - Hora Inicial	36 - Hora Final	37 - Tabela	38 - Código do Procedimento	39 - Descrição	40 - Qtd.	41 - Via	42 - Tax. Atenção	43 - Fator Red./	44 - Valor Unitário - R\$	45 - Valor Total - R\$
34 - Seq. Ref.	47 - Grau Part.	48 - Código na Operadora / CPF	49 - Nome do Profissional	50 - Conselho Profissional	51 - Número no Conselho	52 - UF	53 - Código CBO				
Identificação da Equipe											
54 - Total de Procedimentos - R\$	55 - Total de Diárias - R\$	56 - Total de Taxas e Aluguel - R\$	57 - Total de Materiais - R\$	58 - Total de OPMs - R\$	59 - Total de Medicamentos - R\$						
60 - Total de Gastos Medicinares - R\$	61 - Total Geral - R\$										
62 - Recomendação	63 - Assinatura do contratado	64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora									
65 - Observação / Justificativa											

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO											
1 - Registro ANS <b>30639-8</b>	2 - Número do Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização	2 - Nº Guia no Prestador <b>0000000</b>								
5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número do Guia Atribuído pela Operadora									
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Aprendizado a RN							
Dados do Contratado e Operadora											
13 - Nome da Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES									
Dados da Internação											
16 - Cetim do Abandono	17 - Tipo de Faturamento	18 - Data do Início do Faturamento	19 - Hora do Início do Faturamento	20 - Data do Fim do Faturamento	21 - Hora do Fim do Faturamento	22 - Tipo de Internação	23 - Regime de Internação				
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 (0)	26 - CID 10 (1)	27 - CID 10 (4)	28 - Indicação de Internação	29 - Motivo de Encerramento da Internação	30 - Nº da Declaração de Nascido Vivos	31 - CID 10 Obs.	32 - Nº da Declaração de Óbito	33 - Indicador O.O. de RN		
Procedimentos e Exames Realizados (continuação)											
34 - Data	35 - Hora Inicial	36 - Hora Final	37 - Tabela	38 - Código do Procedimento	39 - Descrição	40 - Qtd.	41 - Via	42 - Tax. Atenção	43 - Fator Red./	44 - Valor Unitário - R\$	45 - Valor Total - R\$
34 - Seq. Ref.	47 - Grau Part.	48 - Código na Operadora / CPF	49 - Nome do Profissional	50 - Conselho Profissional	51 - Número no Conselho	52 - UF	53 - Código CBO				
Identificação da Equipe (continuação)											
54 - Total de Procedimentos - R\$	55 - Total de Diárias - R\$	56 - Total de Taxas e Aluguel - R\$	57 - Total de Materiais - R\$	58 - Total de OPMs - R\$	59 - Total de Medicamentos - R\$						
60 - Total de Gastos Medicinares - R\$	61 - Total Geral - R\$										
62 - Recomendação	63 - Assinatura do contratado	64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora									
65 - Observação / Justificativa											

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

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)													
1 - Registro ANS 30639-8		2 - Número da Guia Referenciada 0000000											
<b>Dados do Contratado Executante</b>													
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado											
<b>Despesas Realizadas</b>													
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./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 - Qtd.	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 - Qtd.	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 - Qtd.	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 - Qtd.	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 - Qtd.	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													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPMÉ (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguel (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

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA														
<b>Unimed</b> Vales do Taquari e Rio Pardo		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										
Dados do Beneficiário														
7 - Número da Carteira	8 - Nome													
9 - Peso (Kg)	10 - Altura (Cm)	11 - Superfície Corporal (m <sup>2</sup> )	12 - Idade	13 - Sexo										
Dados do Profissional Solicitante														
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Telefone	16 - E-mail												
Diagnóstico Oncológico														
17 - Data do Diagnóstico	18 - CID 10 Principal	19 - CID 10 (2)	20 - CID 10 (3)	21 - CID 10 (4)	26 - Plano Terapêutico									
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG											
27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico														
28 - Informações Relevantes														
Medicamentos e Drogas Solicitados														
29 - Data Prevista para Administração	30 - Tabela	31 - Código do Medicamento	32 - Descrição	33 - Doses	34 - Via Adm	35 - Frequência	Tratamentos Anteriores							
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

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA												
<b>Unimed</b> Vales do Taquari e Rio Pardo/RS		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								
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira	8 - Nome	9 - Idade	10 - Sexo									
Dados do Profissional Solicitante												
11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Telefone	13 - E-mail										
Diagnóstico Oncológico												
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	22 - Finalidade				
23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	24 - Informações relevantes											
Tratamentos Anteriores												
25 - Cirurgia												
26 - Data da Realização												
27 - Quimioterapia												
28 - Data da Aplicação												
Procedimentos Complementares												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Quantidade	29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Quantidade			
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

 Unimed Vales do Taquari e Rio Pardo/RS	GUIA DE CONSULTA			2 - Nº Guia no Prestador <b>0000000</b>
1 - Registro ANS <b>30639-8</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input type="text"/>			
<b>Dados do Beneficiário</b>				
4 - Número da Carteira <input type="text"/>	5 - Validade da Carteira <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não) <input type="checkbox"/>		
7 - Nome <input type="text"/>	8 - Cartão Nacional de Saúde <input type="text"/>			
<b>Dados do Contratado</b>				
9 - Código na Operadora <input type="text"/>	10 - Nome do Contratado <input type="text"/>	11 - Código CNES <input type="text"/>		
12 - Nome do Profissional Executante <input type="text"/>	13 - Conselho Profissional <input type="text"/>	14 - Número no Conselho <input type="text"/>	15 - UF <input type="text"/> 16 - Código CBO <input type="text"/>	
<b>Dados do Atendimento / Procedimento Realizado</b>				
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <input type="text"/>	18 - Data do Atendimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	19 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/>		
20 - Tabela <input type="text"/>	21 - Código do Procedimento <input type="text"/>	22 - Valor do Procedimento <input type="text"/>		
23 - Observação / Justificativa <input type="text"/>				
24 - Assinatura do Profissional Executante <input type="text"/>	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/>			

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 tráfego
213150	Físico médico	225148	Médico anatomoatopatologista
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 nutrólogista	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 sanitário	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**

Código do Termo	Termo
1	Tomografia
2	Ressonância Magnética
3	Raios-X
4	Outras
5	Ultrasoundografia
6	PET

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

Código do Termo	Termo
1	Clínica
2	Cirúrgica
3	Obstétrica
4	Pediátrica
5	Psiquiátrica

**Tabela M – Terminologia da Técnica Utilizada**

Código do Termo	Termo
1	Convencional
2	Video
3	Robótica

**Tabela N – Terminologia da 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	Gramas
019	L	Litro
020	MCG	Microgramas
021	MUI	Milhões de Unidades Internacionais
022	MG	Miligramas
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 Transdérmino
050	COM EFEV	Comprimido Efervecente
051	COM MST	Comprimido Mastigável
052	SACHE	Sache

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

Código do Termo	Termo
1	1 <sup>a</sup> linha
2	2 <sup>a</sup> linha
3	3 <sup>a</sup> 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	Pediatria 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)**

Código do Termo	Termo
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**

Código do Termo	Termo
1	Primeira Consulta
2	Retorno
3	Pré-natal
4	Por encaminhamento

**Tabela V – Terminologia do 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
13	Pequeno atendimento (sutura, gesso e outros)
14	Saúde Ocupacional - Admisional
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	Intravítreia
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	Intracardíaca	28	Sonda enteral
11	Intradérmica	29	Sonda gástrica
12	Intralesional	30	Subcutânea
13	Intramuscular	31	Sublingual
14	Intrapеритонial	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).**