

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS



**MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS
PADRÃO TISS 4.00.01 e 4.01**

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS**Sumário**

1.	Relacionamento Eletrônico com os Prestadores de Serviços.....	3
2.	Identificação do Participante CASSI	5
3.	Guias TISS	6
3.1.	Guia de Consulta	7
3.2.	Guia de SP/SADT	11
3.3.	Guia de Solicitação de Internação	22
3.4.	Guia de Solicitação de Prorrogação ou Complementação do Tratamento	29
3.5.	Anexo de Solicitação de OPME.....	34
3.6.	Anexo de Solicitação de Quimioterapia.....	38
3.7.	Anexo de Solicitação de Radioterapia.....	44
3.8.	Guia de Honorários Individual.....	49
3.9.	Guia de Resumo de Internação.....	55
3.10.	Anexo de Outras Despesas	66
3.11.	Guia de Comprovante Presencial	71
4.	Protocolo	74
5.	Tabelas de Domínio – TISS	75
5.1.	Tabelas de Procedimentos e Eventos em Saúde.....	75
5.2.	Tabela Própria das Operadoras	75
5.3.	Tabelas de Diárias, Taxas e Gases Medicinais	75
5.4.	Tabela de Materiais e OPME.....	75
5.5.	Tabela de Medicamentos	76
5.6.	Tabela de Pacotes.....	76
5.7.	Tabela 23 - Caráter do Atendimento	76
5.8.	Tabela 24 - CBO	76
5.9.	Tabela 25 - Código da Despesa.....	82
5.10.	Tabela 26 - Conselho Profissional	82
5.11.	Tabela 29 - Diagnóstico por Imagem	83
5.12.	Tabela 30 - Escala de Capacidade Funcional - ECOG.....	83
5.13.	Tabela 31 - Estadiamento do Tumor.....	84
5.14.	Tabela 33 - Finalidade do Tratamento	84
5.15.	Tabela 35 - Grau de Participação	84
5.16.	Tabela 36 - Indicador de Acidente	85
5.17.	Tabela 39 - Motivo de Encerramento	85
5.18.	Tabela 41 - Regime de Internação	86
5.19.	Tabela 43 - Sexo	86
5.20.	Tabela 48 - Técnica Utilizada.....	87
5.21.	Tabela 49 - Tipo de Acomodação	87
5.22.	Tabela 50 - Tipo de Atendimento	88
5.23.	Tabela 52 - Tipo de Consulta	89
5.24.	Tabela 57 - Tipo de Internação	89
5.25.	Tabela 58 - Tipo de Quimioterapia.....	89
5.26.	Tabela 59 - Unidades da Federação.....	90
5.27.	Tabela 60 - Unidade de Medida	91
5.28.	Tabela 61 - Via de Acesso	93
5.29.	Tabela 62 - Via de Administração	94
5.30.	Tabela 65 - Terminologia de Metástases	95
5.31.	Tabela 66 - Terminologia de Nódulo.....	95
5.32.	Tabela 67 - Terminologia de Tumor	96
5.33.	Tabela 76 - Terminologia de Regime de Atendimento	96
5.34.	Tabela 77 - Terminologia de Saúde Ocupacional.....	96

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

1. Relacionamento Eletrônico com os Prestadores de Serviços

Em atendimento à determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, expressa na Resolução Normativa nº 305, a CASSI disponibiliza ferramentas de relacionamento eletrônico para utilização de toda a sua rede credenciada, por meio de parceria firmada com a empresa Orizon, especializada em serviços de conectividade e transações eletrônicas.

Resolução Normativa – RN – nº 305 de 09 de outubro de 2012 - Estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre os agentes definidos no art. 4º; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009.

Seguem as características das soluções utilizadas pela CASSI no Relacionamento Eletrônico por meio das ferramentas Autorize e Fature:

Autorize: Sistema de autorização online de procedimentos - é uma solução tecnológica que, a partir de parâmetros pré-definidos pela CASSI, analisa a solicitação de prestação de serviços, possibilitando automação e agilidade no processo de autorização. A autorização eletrônica pode ser realizada por meio dos equipamentos e softwares relacionados a seguir, conforme o perfil e a necessidade de cada prestador, que realizará a opção de acordo com sua conveniência:

- a) Web / Internet;
- b) Webservice.

Fature: Sistema de faturamento eletrônico - é uma solução desenvolvida na plataforma WEB / Internet que possibilita a geração do faturamento das contas médico-hospitalares, permitindo que o fechamento e a transmissão das contas sejam realizados de forma eletrônica. O software é acessado, via Internet, no Portal da Orizon – <http://www.orizonbrasil.com.br/>. O envio do faturamento eletrônico pode acontecer nos formatos abaixo:

- a) Transmissão de arquivo *eXtend Markup Language* - XML - o faturamento / cobrança é gerado no sistema próprio do prestador, seguindo o padrão ANS / TISS. Este arquivo é enviado através do Portal Orizon onde será realizada a validação da estrutura do mesmo e das particularidades da CASSI. Essa opção é voltada para prestadores que possuem Sistema próprio de gestão (Hospitais, Laboratórios e Clínicas);

Nota:

XML – eXtend Markup Language: Padrão utilizado para publicar, armazenar e distribuir informação estruturada, independente de plataforma tecnológica.

- b) Plataforma Orizon - opção de “digitação de Guias” para os prestadores que não possuem sistema próprio de gestão e para os atendimentos não

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

submetidos ao Autorize, como: exames admissionais, honorários individuais e internações;

c) Fechamento de Lote para transações baixa complexidade: opção de geração dos lotes de faturamento/ cobrança a partir das informações geradas através das transações do Autorize. Essas informações podem ser acessadas através do Portal Orizon de forma simples e rápida;

d) Webservice.

Ressaltamos que não há custos para a adesão às ferramentas, funcionam de forma segura e integrada, possibilitando a transmissão eletrônica dos dados referentes aos atendimentos realizados, em conformidade com as regras da ANS.

Apresentamos a seguir os benefícios do Relacionamento Eletrônico:

Dispensa o envio de documentação física para a maioria dos eventos, conforme especificado no contrato, reduzindo os custos de envio por correio;

Reduz o risco de glosas, pois a validação das informações no Portal Orizon ocorre antes do envio das cobranças, em conformidade com o Padrão TISS e as regras contratuais da CASSI;

Otimiza o tempo de processo, eliminando a digitação dos mesmos campos para diferentes Guias de contas médicas;

Elegibilidade dos participantes para a realização de consultas;

Padronização dos insumos de acordo com a legislação da ANS.

Em caso de dúvida relativa à adesão/utilização das ferramentas Autorize e Fature, entre em contato por meio dos canais abaixo, disponíveis 24 horas por dia:

Autorize: Central CASSI 0800 729 0080 ou entre em contato com a Unidade de sua jurisdição.

Fature: Central de Relacionamento da Orizon, pelos telefones 3003-7333 (para grandes centros - custo de ligação local) e 0800 724 7333 (demais regiões - ligação gratuita) ou acesse o site www.orizonbrasil.com.br.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

2. Identificação do Participante CASSI

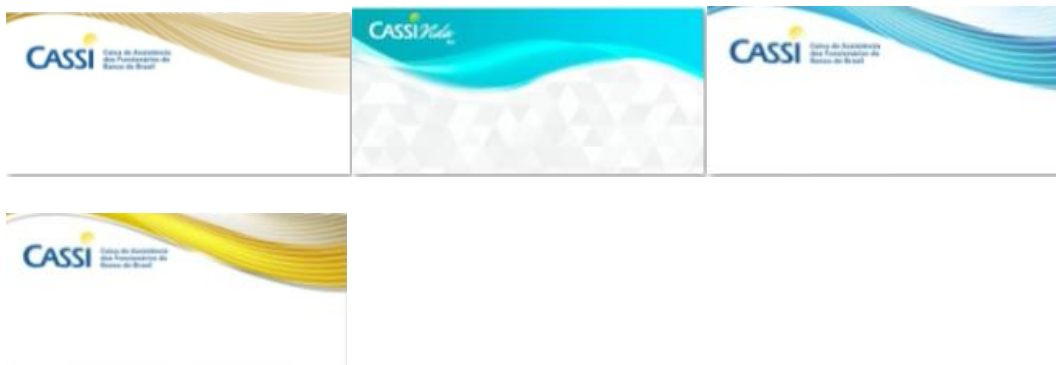
Os participantes CASSI devem ser identificados no ato do atendimento, mediante apresentação do Cartão de Identificação CASSI, acompanhado de documento oficial de identidade.

Se o participante não estiver com o Cartão CASSI é necessário identificá-lo por meio de documento de identidade e entrar em contato com a Central CASSI.

Para o correto preenchimento das Guias, evitando glosas e/ou devoluções pela CASSI, é importante observar:

- a) Todos os campos devem ser preenchidos conforme orientações nas páginas seguintes, não devendo apresentar rasuras ou corretivos;
- b) Utilizar letra legível e caneta, preferencialmente, de cor azul ou preta. Devem conter a assinatura do participante ou seu responsável, além de assinatura do prestador de serviços;
- c) As datas deverão ser informadas no formato dia/mês/ano. Exemplo: 11/08/2023;
- d) Deverão ser utilizadas Guias específicas de acordo com o serviço realizado;
- e) O campo de identificação do participante (número da carteira) deverá ser preenchido com o número de cartão de identificação da CASSI, não sendo aceito o preenchimento com número de matrícula.

Os dados de nome do beneficiário, número do cartão, produto (Associados, CASSI Família, CASSI Vida, CASSI Essencial e Funci CASSI) abrangência, acomodação, tipo contratação, pessoa jurídica contratante, registro produto ANS, nascimento, data início vigência, validade, segmentação e número CNS estão listados no Cartão do Participante.



MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

3. Guias TISS

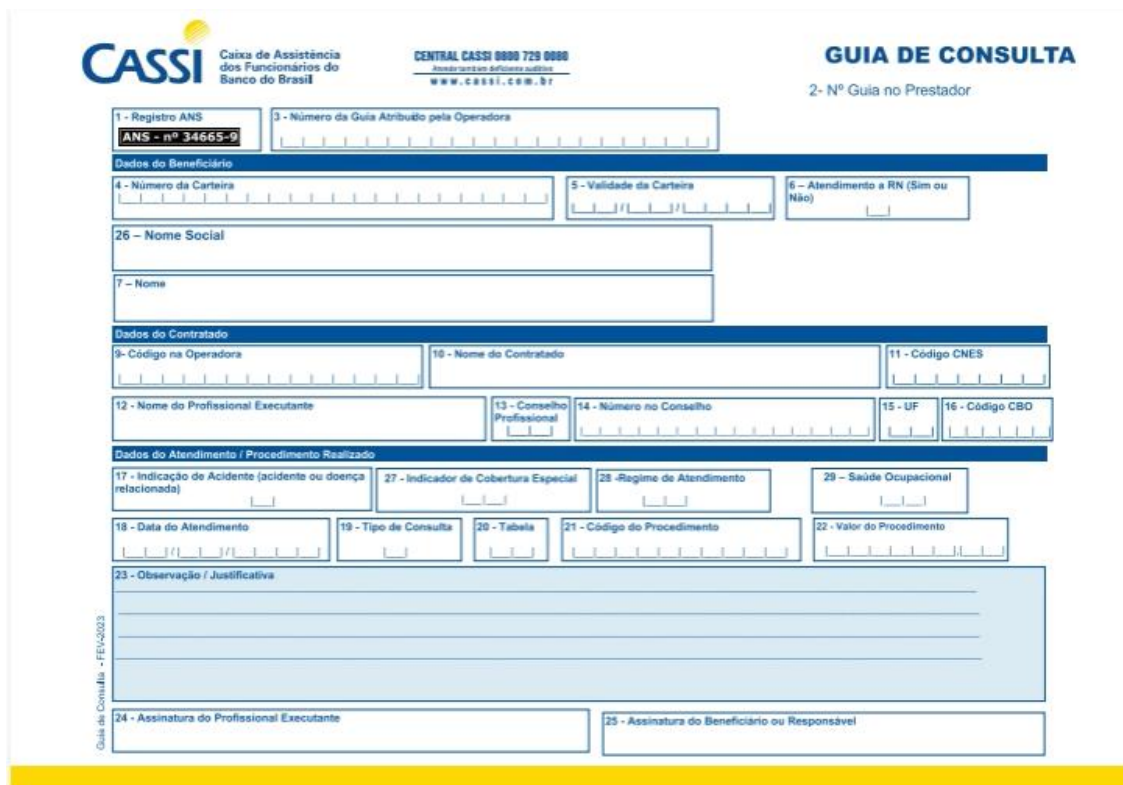
A ANS estabeleceu as Guias no Padrão TISS que são disponibilizadas pelas operadoras de saúde aos prestadores de serviços para utilizar solicitação de autorização e envio de cobranças de faturas referentes aos atendimentos prestados.

As Guias definidas no Padrão TISS são:

- 3.1. Guia de Consulta;
- 3.2. Guia de Serviços Profissionais/ Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT);
- 3.3. Guia de Solicitação de Internação;
- 3.4. Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento;
- 3.5. Anexo de Solicitação de OPME;
- 3.6. Anexo de Solicitação de Quimioterapia;
- 3.7. Anexo de Solicitação de Radioterapia;
- 3.8. Guia de Honorário Individual;
- 3.9. Guia de Resumo de Internação;
- 3.10. Anexo de Outras Despesas;
- 3.11. Guia de Comprovante Presencial.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS**3.1. Guia de Consulta**

A Guia de Consulta deve ser utilizada para cobrança de consultas eletivas em consultório.



O formulário "GUIA DE CONSULTA" é dividido em seções para coleta de dados do beneficiário, do contratado, do atendimento e observações. No topo, há o logotipo da CASSI e informações de contato. O formulário contém campos numerados de 1 a 25, incluindo registros ANS, dados pessoais, profissionais e detalhes da consulta. Uma seção de observações é fornecida no final.

Dados do Beneficiário	
1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Número da Carteira	5 - Validade da Carteira
6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)	
26 - Nome Social	
7 - Nome	

Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado
11 - Código CNES	
12 - Nome do Profissional Executante	13 - Conselho Profissional
14 - Número no Conselho	15 - UF
16 - Código CBO	

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	27 - Indicador de Cobertura Especial
28 - Regime de Atendimento	29 - Saúde Ocupacional
18 - Data do Atendimento	19 - Tipo de Consulta
20 - Tabela	21 - Código do Procedimento
22 - Valor do Procedimento	
23 - Observação / Justificativa	
24 - Assinatura do Profissional Executante	
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Pré-impresso nas Guias: nº 34665-9
Nº da Guia no prestador	2	Número da Guia no prestador	Número que identifica a Guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da Guia atribuído pela operadora	3	Número da Guia atribuído pela operadora	Número que identifica a Guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à Guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	4	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	5	Data de validade da carteira	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
Atendimento a RN	6	Indicador de atendimento ao recém-nato	Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome social	26	Nome social do beneficiário	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome	7	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Código na operadora	9	Código do contratado executante na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	10	Nome do contratado executante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	11	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	12	Nome do profissional executante	Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	13	Conselho profissional do executante	Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	14	Número do executante no conselho profissional	Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	15	UF do conselho do profissional executante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	16	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 24.	Obrigatório.
Indicação de Acidente	17	Indicação de acidente ou doença relacionada	Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme Tabela de Domínio nº 36.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Cobertura Especial	27	Cobertura Especial	Código da Cobertura Especial conforme Tabela de Domínio nº 75.	Opcional. Deve ser preenchido nos casos de atendimento ambulatorial em planos de cobertura exclusivamente hospitalar, a gestantes ou no pré e pós operatório.
Regime de atendimento	28	Regime de atendimento	Código do tipo de atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 76.	Obrigatório.
Saúde ocupacional	29	Saúde ocupacional	Código do tipo de atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 77.	Opcional. Deve ser preenchido nos casos de atendimentos referentes à saúde ocupacional do beneficiário.
Data do Atendimento	18	Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Tipo de consulta	19	Tipo de consulta	Código do tipo de consulta realizada, conforme Tabela de Domínio nº 52.	Obrigatório.
Tabela	20	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme Tabela de Domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento	21	Código do procedimento realizado	Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme Tabela de Domínio.	Obrigatório.
Valor do procedimento	22	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Observação/Justificativa	23	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do profissional executante	24	Assinatura do profissional executante	Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	25	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.

3.2. Guia de SP/SADT

A Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) deve ser utilizada para:

- Solicitação de procedimentos que exigem senha/autorização, porém não há necessidade de internação;
- Para cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em pacientes não internados ou em pacientes internados, se realizado por serviço terceirizado;
- Caso seja necessário cobrar os honorários de médicos ou outros profissionais decorrentes dos procedimentos discriminados na Guia, deve ser usado o quadro que identifica os profissionais informando o Grau de Participação de cada profissional no atendimento.

Vinculação entre Guias:

- O campo “3 – Número da Guia Principal” só deve ser utilizado para referenciar uma Guia de Solicitação de Internação ou outra Guia de SP/SADT.
- As despesas com materiais, medicamentos, OPME, taxas diversas e gases medicinais decorrentes dos atendimentos informados na Guia de SP/SADT deverão ser detalhadas no Anexo de Outras Despesas, cujo campo “2 – Número da Guia Referenciada” conterá o número da Guia de SP/SADT onde foi feita a cobrança do procedimento/exame.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Quando a Guia apresentada for secundária, este campo deve ser informado com o número da Guia de SP/SADT ou Solicitação de Internação, a qual está vinculada

[illegible]

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Pré-impresso nas Guias: nº 34665-9
Nº da Guia no prestador	2	Número da Guia no prestador	Número que identifica a Guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da Guia principal	3	Número da Guia principal	Número da Guia principal	Condicional. Deve ser preenchido com o número da Guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais.
Data da autorização	4	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da Guia atribuído pela operadora	7	Número da Guia atribuído pela operadora	Número que identifica a Guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à Guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	9	Data de validade da carteira	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
Nome social	89	Nome social do beneficiário	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
Nome	10	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Atendimento a RN	12	Indicador de atendimento ao recém-nato	Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	13	Código do contratado solicitante na operadora	Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado	14	Nome do contratado solicitante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	15	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	16	Conselho profissional do solicitante	Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	17	Número do solicitante no conselho profissional	Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	18	UF do conselho do profissional solicitante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	19	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 24.	Obrigatório.
Assinatura do Solicitante	20	Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Caráter do Atendimento	21	Caráter do atendimento	Código do caráter do atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 23.	Obrigatório.
Data da Solicitação	22	Data da solicitação	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Indicação Clínica	23	Indicação clínica	Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Cobertura Especial	90	Cobertura Especial	Código da Cobertura Especial conforme Tabela de Domínio nº 75.	Opcional. Deve ser preenchido nos casos de atendimento ambulatorial em planos de cobertura exclusivamente hospitalar, a gestantes ou no pré e pós operatório.
Tabela	24	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme Tabela de Domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial	25	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme Tabela de Domínio.	Obrigatório.
Descrição	26	Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	27	Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde Aut	28	Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora	Obrigatório.
Código na operadora	29	Código do contratado executante na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	30	Nome do contratado executante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	31	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de Atendimento	32	Tipo de atendimento	Código do tipo de atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de Acidente	33	Indicação de acidente ou doença relacionada	Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme Tabela de Domínio nº 36.	Obrigatório.
Tipo de consulta	34	Tipo de consulta	Código do tipo de consulta realizada, conforme Tabela de Domínio nº 52.	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.
Motivo de Encerramento do Atendimento	35	Motivo de Encerramento	Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 39.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de óbito.
Regime de atendimento	91	Regime de atendimento	Código do tipo de atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 76.	Obrigatório.
Saúde ocupacional	92	Saúde ocupacional	Código do tipo de atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 77.	Opcional. Deve ser preenchido nos casos de atendimentos referentes à saúde ocupacional do beneficiário.
Data	36	Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Hora Inicial	37	Hora inicial da realização do procedimento	Horário inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
Hora Final	38	Hora final da realização do procedimento	Horário final da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela	39	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme Tabela de Domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Código do Procedimento	40	Código do procedimento realizado	Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme Tabela de Domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Descrição	41	Descrição do procedimento realizado	Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Qtde	42	Quantidade de procedimentos realizados	Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via	43	Via de acesso	Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Téc	44	Técnica utilizada para realização do procedimento	Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	45	Fator de redução ou acréscimo	Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 1,00.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Unitário	46	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Valor unitário do procedimento realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Valor Total	47	Valor total por procedimento realizado	Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Seq. Ref	48	Sequencial de referência do procedimento realizado	Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
Grau Part	49	Grau de participação do profissional	Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Operadora / CPF	50	Código do contratado executante na operadora	Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Nome do profissional	51	Nome do profissional executante	Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho Profissional	52	Conselho profissional do executante	Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Número no conselho	53	Número do executante no conselho profissional	Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
UF	54	UF do conselho do profissional executante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Código CBO	55	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Data de realização de procedimentos em série	56	Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados.
Assinatura do beneficiário ou responsável na realização de procedimentos em série	57	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação/Justificativa	58	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Total de Procedimentos	59	Valor total de procedimentos	Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Total de Taxas Diversas e Aluguéis	60	Valor total de taxas e aluguéis	Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.
Total de Materiais	61	Valor total de materiais	Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Total de OPME	62	Valor total de OPME	Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.
Total de Medicamentos	63	Valor total de medicamentos	Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Total Gases Medicinais	64	Valor total de gases medicinais	Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Total Geral	65	Valor do total geral	Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela Autorização	66	Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	68	Assinatura do contratado	Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

3.3. Guia de Solicitação de Internação

A Guia de Solicitação de Internação deve ser utilizada para solicitação de autorização de internação em regime hospitalar, hospital-dia e internação domiciliar.

Vinculação entre Guias:

- a) A Guia principal deve ser referenciada pela Guia de Resumo de Internação e Guia de Honorários para cobrança/faturamento do atendimento prestado ao participante internado;
- b) É referência para a Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento;
- c) Além de ser referência para os Anexos de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, Solicitação de Quimioterapia e Radioterapia.



CASSI
Guia de Assistência
dos Pensionistas do
Banco do Brasil

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

4 - Data de Autuação

6 - Nome do Beneficiário

8 - Data de Validade do Seguro

2 - Número da Guia Atribuída pelo Operador

3 - Validade do Seguro

5 - Nome do Contratante

7 - Nome

9 - Número do Contrato

11 - Nome Social

13 - Nome

10 - Validade do Contrato

12 - Acordo com o IN

14 - Código na Operadora

16 - Nome do Profissional Solicitante

18 - Nome do Profissional

20 - Número no Conselho

22 - UF

24 - Código CID

15 - Nome do Contratado

26 - Código na Operadora / CNPJ

28 - Nome do Hospital/Local Solicitado

30 - Data esperada para internação

27 - Nome do Hospital/Local Solicitado

32 - Código do Atendimento

34 - Tipo de Internação

36 - Regime de Internação

38 - Datas Status Indicação

40 - Permissão de uso de OPM

42 - Permissão de uso de quimioterapia

33 - Indicação Clínica

44 - Indicação Clínica

45 - Indicação Clínica

46 - CID 10 Principal (Operador)

48 - CID 10 2ª (Operador)

50 - CID 10 3ª (Operador)

52 - CID 10 4ª (Operador)

47 - Indicação de Atendimento (conforme a descrição - Operador)

54 - Local

56 - Código de Procedimento no Item Assistencial

58 - Descrição

55 - Data Prevista da Admissão Hospitalar

57 - Tipo de Internação

59 - Data Aut

60 - Data Prevista da Admissão Hospitalar

62 - CID 10 2ª (Operador)

64 - CID 10 3ª (Operador)

66 - CID 10 4ª (Operador)

61 - Tipo de Internação

68 - CID 10 2ª (Operador)

70 - CID 10 3ª (Operador)

72 - CID 10 4ª (Operador)

69 - Tipo de Internação

74 - CID 10 2ª (Operador)

76 - CID 10 3ª (Operador)

78 - CID 10 4ª (Operador)

75 - Tipo de Internação

80 - CID 10 2ª (Operador)

82 - CID 10 3ª (Operador)

84 - CID 10 4ª (Operador)

81 - Tipo de Internação

86 - CID 10 2ª (Operador)

88 - CID 10 3ª (Operador)

90 - CID 10 4ª (Operador)

87 - Tipo de Internação

92 - CID 10 2ª (Operador)

94 - CID 10 3ª (Operador)

96 - CID 10 4ª (Operador)

93 - Tipo de Internação

98 - CID 10 2ª (Operador)

100 - CID 10 3ª (Operador)

102 - CID 10 4ª (Operador)

99 - Tipo de Internação

104 - CID 10 2ª (Operador)

106 - CID 10 3ª (Operador)

108 - CID 10 4ª (Operador)

105 - Tipo de Internação

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Pré-impresso nas Guias: nº 34665-9
Nº da Guia no prestador	2	Número da Guia no prestador	Número que identifica a Guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da Guia atribuído pela operadora	3	Número da Guia atribuído pela operadora	Número que identifica a Guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à Guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	4	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Validade da carteira	8	Data de validade da carteira	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
Atendimento a RN	9	Indicador de atendimento ao recém-nato	Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome social	50	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicional. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
Nome	10	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Código do contratado	12	Código do contratado solicitante na operadora	Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado solicitante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	15	Conselho profissional do solicitante	Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	16	Número do solicitante no conselho profissional	Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	17	UF do conselho do profissional solicitante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	18	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 24.	Obrigatório.
Código na operadora / CNPJ	19	Código do contratado solicitado na operadora	Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário	Obrigatório.
Nome do hospital / local	20	Nome do hospital / local solicitado	Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.
Data sugerida para internação	21	Data sugerida para internação	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	Obrigatório.
Caráter do Atendimento	22	Caráter do atendimento	Código do caráter do atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de internação	23	Tipo de internação	Código do tipo de internação conforme Tabela de Domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de Internação	24	Regime de internação	Código regime de internação conforme Tabela de Domínio nº 41.	Obrigatório.
Qtde diárias solicitadas	25	Quantidade de diárias solicitadas	Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório.
Previsão de uso de OPME	26	Indicador de previsão de uso de OPME	Indica se há previsão de utilização de OPME na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso destes materiais.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Previsão de uso de quimioterápico	27	Indicador de previsão de uso de quimioterápico	Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.
Indicação Clínica	28	Indicação clínica	Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
CID10 Principal	29	Diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (2)	30	Diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (3)	31	Terceiro diagnóstico	Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (4)	32	Quarto diagnóstico	Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de Acidente	33	Indicação de acidente ou doença relacionada	Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme Tabela de Domínio nº 36.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela	34	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme Tabela de Domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento ou item assistencial	35	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme Tabela de Domínio.	Obrigatório.
Descrição	36	Descrição do procedimento solicitado	Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	37	Quantidade solicitada do procedimento	Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Aut	38	Quantidade autorizada do procedimento	Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Data provável da admissão hospitalar	39	Data provável da admissão hospitalar	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Qtde diárias autorizadas	40	Quantidade de diárias autorizadas	Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Tipo da acomodação autorizada	41	Tipo da acomodação autorizada	Código do tipo da acomodação autorizada, conforme Tabela de Domínio nº 49.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código na operadora	42	Código do contratado autorizado na operadora	Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do hospital / local autorizado	43	Nome do hospital / local autorizado	Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código CNES	44	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Observação / Justificativa	45	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da solicitação	46	Data da solicitação	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	47	Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	48	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	49	Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

3.4. Guia de Solicitação de Prorrogação ou Complementação do Tratamento

A referida Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação de Tratamento deve ser utilizada para solicitação de prorrogação de internação e realização de novos procedimentos.

Vinculação entre Guias:

Sempre estará vinculada a Guia de Solicitação de Internação e no campo “3-Número da Guia de Solicitação de Internação” deve ser informado o número da Guia de Solicitação de Internação que originou a internação, mesmo que já tenha sido efetuada alguma cobrança utilizando a Guia de Resumo de Internação.

Guia de Prorrogação ou Complementação de Internação - FIC-0023

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Pré-impresso nas Guias: nº 34665-9
Nº da Guia no prestador	2	Número da Guia no prestador	Número que identifica a Guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da Guia de solicitação de internação.	3	Número da Guia de solicitação de internação	Número da Guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Número da Guia atribuído pela operadora	6	Número da Guia atribuído pela operadora	Número que identifica a Guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à Guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome social	31	Nome social	Nome do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicional. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome	8	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Código na operadora	9	Código do contratado solicitante na Operadora	Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	10	Nome do contratado solicitante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	12	Conselho profissional do solicitante	Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	13	Número do solicitante no conselho profissional	Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	14	UF do conselho do profissional solicitante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme Tabela de Domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	15	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 24.	Obrigatório.
Qtde. diárias adicionais solicitadas	16	Quantidade de diárias adicionais solicitadas	Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.	Condicional. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.
Tipo da acomodação solicitada	17	Tipo da acomodação solicitada	Código do tipo da acomodação solicitada, conforme Tabela de Domínio nº 49.	Condicional. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação Clínica	18	Indicação clínica	Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela	19	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme Tabela de Domínio nº 87.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento ou item assistencial	20	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme Tabela de Domínio.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição	21	Descrição do procedimento solicitado	Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde solic	22	Quantidade solicitada do procedimento	Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde Aut	23	Quantidade autorizada do procedimento	Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde. diárias adicionais autorizadas	24	Quantidade de diárias adicionais autorizadas	Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
Tipo da acomodação autorizada	25	Tipo da acomodação autorizada	Código do tipo da acomodação autorizada, conforme Tabela de Domínio nº 49.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Justificativa da Operadora	26	Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação/Justificativa	27	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	28	Data da solicitação	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	29	Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	30	Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

3.5. Anexo de Solicitação de OPME

O Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) deve ser utilizado na solicitação de autorização para utilização de órteses, próteses e materiais especiais.

Vinculação entre Guias:

Sempre estará vinculado a Guia de Solicitação de Internação, quando o procedimento requerer internação ou a Guia de SP/SADT, quando o procedimento não for realizado sob o regime de internação.

No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da Guia de Solicitação de Internação (paciente internado) ou o número da Guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.



CASSI
Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

CENTRAL CASSI 0800 729 0800
www.cassi-cobn.br

**ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ORTESES, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS - nº 34695-9	2 - Número da Guia Referenciada	3 - Sessão	4 - Data de Autorização	5 - Número da Guia Atribuída pelo Operadora			
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		20 - Nome Social					
8 - Nome							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do Profissional Solicitante		19 - Telefone		18 - E-mail			
Dados da Empresa							
12 - Justificativa Técnica							
OPME Solicitante							
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtd. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtd. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento			
01							
02							
03							
04							
05							
06							
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
28 - Data de Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante			29 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Pré-impresso nas Guias: nº 34665-9
Número da Guia no prestador	2	Número do anexo no prestador	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da Guia referenciada	3	Número da Guia referenciada	Número da Guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de autorização	5	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da Guia atribuído pela operadora	6	Número da Guia atribuído pela operadora	Número que identifica a Guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à Guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome social	29	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicional. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
Nome	8	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	9	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone	10	Telefone do profissional solicitante	Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
E-mail	11	E-mail do profissional solicitante	Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Justificativa técnica	12	Justificativa técnica	Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Tabela	13	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme Tabela de Domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material	14	Código do material solicitado	Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição	15	Descrição do material solicitado	Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Opção fabr	16	Ordem da opção de fabricante do material solicitado	Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Qtde solíc	17	Quantidade solicitada do material	Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor Unitário Solicitado	18	Valor do unitário material solicitado	Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
quantidade autorizada	19	Quantidade autorizada do material	Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
valor unitário autorizado	20	Valor do unitário material autorizado	Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicional. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
Registro ANVISA do material	21	Registro ANVISA do material	Número de registro do material na ANVISA	Condicional. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TISS.
Referência do material no fabricante	22	Código de referência do material no fabricante	Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TISS.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Nº autorização de funcionamento	23	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Especificação do material	24	Especificação do material solicitado	Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
Observação/Justificativa	25	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	26	Data da solicitação	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	27	Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	28	Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

3.6. Anexo de Solicitação de Quimioterapia

O Anexo de Solicitação de Quimioterapia deve ser utilizado na solicitação de autorização para utilização de tratamento quimioterápico.

Vinculação entre Guias:

Sempre estará vinculado a Guia de Solicitação de Internação, quando o procedimento requerer internação ou a Guia de SP/SADT, quando o procedimento não for realizado sob o regime de internação.

No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da Guia de Solicitação de Internação (paciente internado) ou o número da Guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.



CASSI
CENTRAL CASSI 0800 729 0080
Atende também deficiente auditivo
WWW.CASSI.COM.BR

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA
2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9		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					12 - Nome Social				
8 - Nome									
9 - Peso (Kg)		10 - Altura (Cm)		11 - Superfície Corporal (m²)		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 (Opcional)		19 - CID 10 (2) (Opcional)		20 - CID 10 (3) (Opcional)		21 - CID 10 (4) (Opcional)	
22 - Estadiamento		23 - Tipo de Quimioterapia		24 - Finalidade		25 - ECOG		26 - Tumor	
27 - Nódulo		28 - Metástase		29 - Plano Terapêutico					
30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico							31 - Informações relevantes		
Medicamentos e Drogas solicitadas									
32 - Data Prevista para Início da Administração		33 - Tabela		34 - Código do Medicamento		35 - Descrição		36 - Dosagem total no ciclo	
37 - Unidade de Medida		38 - Via Adm		39 - Frequência		40 - Cirurgia			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
41 - Data da Realização									
42 - Área Irradiada									
43 - Data da Aplicação									
44 - Observação / Justificativa									
45 - Número de Ciclos Previstos		46 - Ciclo Atual		47 - Nº de dias do Ciclo Atual		48 - Intervalo entre Ciclos (em dias)		49 - Data da Solicitação	
50 - Assinatura do Profissional Solicitante					51 - Assinatura do Responsável pela Autorização				

Anexo de Solicitação de Quimioterapia - FEP-2023

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Pré-impresso nas Guias: nº: 34665-9.
Número do anexo no prestador	2	Nº da Guia no prestador	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da Guia referenciada	3	Número da Guia referenciada	Número da Guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da Guia atribuído pela operadora	6	Número da Guia atribuído pela operadora	Número que identifica a Guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à Guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome social	52	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicional. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
Nome do beneficiário	8	Nome	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso do beneficiário	9	Peso(kg)	Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Altura do beneficiário	10	Altura	Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	11	Superfície corporal	Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	12	Idade	Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	13	Sexo	Sexo do beneficiário, conforme Tabela de Domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	15	Telefone	Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	16	E-mail	Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	17	Data do diagnóstico	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	18	CID10 Principal	Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	19	CID10 (2)	Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	20	CID10 (3)	Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Quarto diagnóstico	21	CID10 (4)	Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	22	Estadiamento	Estadiamento do tumor, conforme Tabela de Domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	23	Tipo de quimioterapia	Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme Tabela de Domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	24	Finalidade	Código da finalidade do tratamento, conforme Tabela de Domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	25	ECOG	Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme Tabela de Domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	26	Tumor	Classificação do tumor conforme Tabela de Domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	27	Nódulo	Classificação do nódulo conforme Tabela de Domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	28	Metástase	Classificação da metástase conforme Tabela de Domínio nº 65	Obrigatório.
Plano terapêutico	29	Plano terapêutico	Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	30	Diagnóstico cito/histopatológico	Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	31	Informações relevantes	Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para o início da administração do medicamento	32	Data prevista para início da administração	Data prevista para o início da administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	33	Tabela	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme Tabela de Domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	34	Código do medicamento	Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme Tabela de Domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	35	Descrição	Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem do medicamento	36	Dosagem total no ciclo	Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	37	Unidade de medida	Unidade de medida do medicamento conforme Tabela de Domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	38	Via adm	Via de administração do medicamento, conforme Tabela de Domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	39	Frequência	Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
Cirurgia	40	Cirurgia	Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	41	Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	42	Área irradiada	Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	43	Data da aplicação	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação / Justificativa	44	Observação/Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	45	Número de ciclos previstos	Número de ciclos previstos no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	46	Ciclo atual	Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Número de dias do ciclo atual	47	Número de dias do ciclo atual	Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	48	Intervalo entre ciclos	Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Data da solicitação	49	Data da solicitação	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	50	Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	51	Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

3.7. Anexo de Solicitação de Radioterapia

O Anexo de Solicitação de Radioterapia deve ser utilizado na solicitação de autorização para tratamento de radioterapia

Vinculação entre Guias:

Sempre estará vinculado a Guia de Solicitação de Internação, quando o procedimento requerer internação ou a Guia de SP/SADT, quando o procedimento não for realizado sob o regime de internação.

No campo “3-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da Guia de Solicitação de Internação (paciente internado) ou o número da Guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.



CASSI
CENTRAL CASSI 0800 729 0080
Atenda também deficientes auditivos
WWW.CASSI.COM.BR

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA
2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9		3 - Número da Guia Referenciada		4 - Genhe		5 - Data da Autorização		6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
7 - Número da Carteira									
8 - Nome Social								9 - Mãe	
10 - Nome									
11 - Nome do Profissional Solicitante									
12 - Telefone								13 - E-mail	
14 - Data do diagnóstico									
15 - CID 10 Principal (Opcional)		16 - CID 10 (2) (Opcional)		17 - CID 10 (3) (Opcional)		18 - CID 10 (4) (Opcional)		19 - Diagnóstico por imagem	
20 - Estadiamento		21 - ECOG		22 - Finalidade					
23 - Diagnóstico Citopatológico									
24 - Informações relevantes									
25 - Data de Realização									
26 - Quimioterapia									
27 - Data de Aplicação									
28 - Observação/Justificativa									
29 - Número de Campos		30 - Dose por dia (em Gy)		31 - Dose Total (em Gy)		32 - Número de Sessões		33 - Data Prevista para Início da Administração	
34 - Data de Solicitação		35 - Assinatura do Profissional Solicitante				36 - Assinatura do Autorizador da Operadora			

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Pré-impresso nas Guias: nº 34665-9
Número do anexo no prestador	2	Nº da Guia no prestador	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da Guia referenciada	3	Número da Guia referenciada	Número da Guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da Guia atribuído pela operadora	6	Número da Guia atribuído pela operadora	Número que identifica a Guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à Guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome social	38	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicional. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do beneficiário	8	Nome	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Idade do beneficiário	9	Idade	Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	10	Sexo	Sexo do beneficiário, conforme Tabela de Domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	12	Telefone	Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	13	E-mail	Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	14	Data do diagnóstico	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	15	CID10 Principal	Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	16	CID10 (2)	Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	17	CID10 (3)	Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Quarto diagnóstico	18	CID10 (4)	Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	19	Diagnóstico por imagem	Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme Tabela de Domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme Tabela de Domínio.
Estadiamento do tumor	20	Estadiamento	Estadiamento do tumor, conforme Tabela de Domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	21	ECOG	Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme Tabela de Domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	22	Finalidade	Código da finalidade do tratamento, conforme Tabela de Domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	23	Diagnóstico cito/histopatológico	Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	24	Informações relevantes	Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	25	Cirurgia	Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	26	Data de Realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	27	Quimioterapia	Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da aplicação da última quimioterapia	28	Data da aplicação	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	29	Número de campos	Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	30	Dose por dia (em Gy)	Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	31	Dose total (em Gy)	Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	32	Número de dias	Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	33	Data revista para início da administração	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	34	Observação/Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	35	Data da solicitação	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	36	Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	37	Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

3.8. Guia de Honorários Individual

A Guia de Honorários Individual deve ser utilizada para a cobrança/faturamento de honorários profissionais referentes à atendimentos prestados sob o regime de internação, quando estes são cobrados diretamente pelo profissional executante.

Vinculação entre Guia:

- a) Sempre estará vinculada a Guia de Solicitação de Internação.

No campo “3-Número da Guia de Solicitação de Internação” deve ser informado o número da Guia de Solicitação de Internação que originou a internação do paciente.

CASSI
Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

Vinculação com a
Guia de solicitação de
internação

GUIA DE HONORÁRIOS
(Somente para pacientes internados)

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS - nº 34655-9		3- Nº Guia de Solicitação de Internação		4 - Senha		5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário							
6 - Número da Carteira		41 - Nome Social					
9 - Atendimento a RN		7 - Nome					
Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)							
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Hospital/Local		11 - Código CNES			
Dados do Contratado Executante							
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado		14 - Código CNES			
Dados da Internação							
15 - Data do Início do Faturamento		16 - Data do Fim do Faturamento					
Procedimentos Realizados							
17 - Data	18 - Hora Inicial	19 - Hora Final	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento	22 - Descrição	23 - Qlts.	24 - Via
						25 - Tels.	26 - Fatur. Red.
						27 - Valor Unitário - R\$	28 - Valor Total - R\$
						(Assim)	
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
29 - Seq. Ref.	30 - Grau Part.	31 - Código na Operadora/CPF	32 - Nome do Profissional	Profissional			
37 - Observação / Justificativa							38 - Valor total dos honorários
39 - Data de emissão							40 - Assinatura do Profissional Executante

Guia de Honorários - FEV/2023

CENTRAL CASSI 0800 729 0080
Atende também deficientes auditivos
www.cassi.com.br

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Pré-impresso nas Guias: nº 34665-9
Nº da Guia no prestador	2	Número da Guia no prestador	Número que identifica a Guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da Guia solicitação de internação	3	Número da Guia de solicitação de internação	Número que identifica a Guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.
Senha	4	Senha	Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Número da Guia atribuído pela operadora	5	Número da Guia atribuído pela operadora	Número que identifica a Guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à Guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	6	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome social	41	Nome social do beneficiário	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicional. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome	7	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Atendimento a RN	8	Indicador de atendimento ao recém-nato	Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	9	Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Nome do hospital / local	10	Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código CNES	11	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do prestador onde foi realizado o procedimento	Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Código do contratado na operadora	12	Código do contratado executante na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado executante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	14	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Data início Faturamento	15	Data do início do faturamento	Data de início do faturamento apresentado nesta Guia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	16	Data do fim do faturamento	Data final do faturamento apresentado nesta Guia.	Obrigatório.
Data	17	Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	18	Hora inicial da realização do procedimento	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora Final	19	Hora final da realização do procedimento	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela	20	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a Tabela de Domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento	21	Código do procedimento realizado	Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme Tabela de Domínio.	Obrigatório.
Descrição	22	Descrição do procedimento realizado	Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Qtde	23	Quantidade de procedimentos realizados	Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via	24	Via de acesso	Código da via de acesso, conforme Tabela de Domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Téc	25	Técnica utilizada para realização do procedimento	Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Fator Red / Acrésc	26	Fator de redução ou acréscimo	Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1,00.
Valor Unitário	27	Valor unitário do procedimento realizado.	Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor Total	28	Valor total por procedimento realizado	Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Seq. Ref	29	Sequencial de referência do procedimento realizado	Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicional. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
Grau Part	30	Grau de participação do profissional	Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 35.	Obrigatório.
Código na Operadora / CPF	31	Código do contratado executante na operadora	Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional	32	Nome do profissional executante	Nome do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Conselho Profissional	33	Conselho profissional do executante	Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	34	Número do executante no conselho profissional	Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
UF	35	UF do conselho do profissional executante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	36	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 24.	Obrigatório.
Observação/Justificativa	37	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Valor Total dos Honorários	38	Valor total dos honorários	Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante	Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data de emissão	39	Data de emissão da Guia	Data de emissão da Guia	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

3.9. Guia de Resumo de Internação

A Guia de Resumo de Internação deve ser utilizada para:

- a) Cobrança de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar;
- b) Cobrança de honorários de procedimentos e exames quando a cobrança e faturamento forem realizados diretamente pelo hospital;
- c) Quando a cobrança apresentada não se tratar de todo atendimento, deverão ser preenchidos os campos referentes ao período de faturamento ("Data/hora início e Data/hora fim de faturamento") para qualquer tipo de faturamento apresentado, de forma a não haver duplicidade na cobrança.

Vinculação entre Guias:

Sempre estará vinculada a Guia de Solicitação de Internação.

- a) No campo "3-Número da Guia de Solicitação de Internação" deve ser informado o número da Guia de Solicitação de Internação que originou a internação do paciente;
- b) As despesas com materiais, medicamentos, OPME, taxas diversas e gases medicinais decorrentes dos atendimentos informados na Guia de SP/SADT deverão ser detalhadas no Anexo de Outras Despesas, cujo campo "2 – Número da Guia Referenciada" conterá o número da Guia de Resumo de Internação onde foi feita a cobrança do procedimento;
- c) Caso seja necessário cobrar os honorários de médicos ou outros profissionais decorrentes dos procedimentos discriminados na Guia, deve ser usado o quadro que identifica os profissionais informando o Grau de Participação de cada profissional no atendimento;
- d) Para cobrança/faturamento de honorários profissionais, quando estes são cobrados diretamente pelo profissional executante, deverá ser utilizada a Guia de Honorários e no campo "3-Número da Guia de Solicitação de Internação" deve ser informado o número da Guia de Solicitação de Internação que originou a internação do paciente.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

[illegible]

Verso da Guia:

[illegible]

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Pré-impresso nas Guias: nº 34665-9
Nº da Guia no prestador	2	Número da Guia no prestador	Número que identifica a Guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da Guia de solicitação de internação.	3	Número da Guia de solicitação de internação	Número da Guia de solicitação de Internação	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da Guia atribuído pela operadora	7	Número da Guia atribuído pela operadora	Número que identifica a Guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à Guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Validade da carteira	9	Data de validade da carteira	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
Nome social	66	Nome social do beneficiário	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicional. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
Nome	10	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Atendimento a RN	12	Indicador de atendimento ao recém-nato	Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	13	Código do contratado executante na operadora	Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do contratado	14	Nome do contratado executante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	15	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Caráter do Atendimento	16	Caráter do atendimento	Código do caráter do atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 23.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de faturamento	17	Tipo de faturamento	Código do tipo do faturamento apresentado nesta Guia, conforme Tabela de Domínio nº 55.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	Data do início do faturamento apresentado nesta Guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da Guia que está sendo complementada.
Hora do início do faturamento	19	Hora do início do faturamento	Hora do início do faturamento.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do início do faturamento da Guia que está sendo complementada.
Data do fim do faturamento	20	Data do fim do faturamento	Data final do faturamento apresentado nesta Guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da Guia que está sendo complementada.
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Hora do final do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do fim do faturamento da Guia que está sendo complementada.
Tipo de internação	22	Tipo de internação	Código do tipo de internação, conforme Tabela de Domínio nº 57.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Regime de Internação	23	Regime de internação	Regime da internação de acordo com Tabela de Domínio nº 41.	Obrigatório.
CID10 Principal	24	Diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (2)	25	Diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (3)	26	Terceiro diagnóstico	Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (4)	27	Quarto diagnóstico	Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de Acidente	28	Indicação de acidente ou doença relacionada	Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme Tabela de Domínio nº 36.	Obrigatório.
Motivo de Encerramento da Internação	29	Motivo de Encerramento	Código do motivo de encerramento da internação, conforme Tabela de Domínio nº 39.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da Declaração de Nascido Vivo	30	Número da Declaração de Nascido Vivo	Número da declaração de nascido vivo, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
CID10 Óbito	31	Diagnóstico de óbito	Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Número da Declaração de Óbito	32	Número da Declaração de Óbito	Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	Condicionado. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na Guia de internação da mãe.
Indicador DO de RN	33	Indicador de declaração de óbito de recém-nato.	Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o campo Número da Declaração de Óbito for preenchido. Preencher com S - SIM caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N - Não caso a declaração de óbito informada seja da mãe.
Data	34	Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora Inicial	35	Hora inicial da realização do procedimento	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora Final	36	Hora final da realização do procedimento	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela	37	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme Tabela de Domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento	38	Código do procedimento realizado	Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme Tabela de Domínio.	Obrigatório.
Descrição	39	Descrição do procedimento realizado	Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Qtde	40	Quantidade de procedimentos realizados	Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via	41	Via de acesso	Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Téc	42	Técnica utilizada para realização do procedimento	Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	43	Fator de redução ou acréscimo	Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Unitário	44	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor Total	45	Valor total por procedimento realizado	Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Seq. Ref	46	Sequencial de referência do procedimento realizado	Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicional. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
Grau Part	47	Grau de participação do profissional	Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme Tabela de Domínio nº 35.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código na Operadora / CPF	48	Código do contratado executante na operadora	Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Nome do profissional	49	Nome do profissional executante	Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Conselho Profissional	50	Conselho profissional do executante	Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 26.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Número no conselho	51	Número do executante no conselho profissional	Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
UF	52	UF do conselho do profissional executante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código CBO	53	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Total de Procedimentos	54	Valor total de procedimentos	Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Total de Diárias	55	Valor total de diárias	Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
Total de Taxas e Aluguéis	56	Valor total de taxas e aluguéis	Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.
Total de Materiais	57	Valor total de materiais	Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Total de OPME	58	Valor total de OPME	Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes.
Total de Medicamentos	59	Valor total de medicamentos	Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Total Gases Medicinais	60	Valor total de gases medicinais	Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Total Geral	61	Valor do total geral	Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Data da assinatura do contratado	62	Data da assinatura do prestador contratado	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	63	Assinatura do contratado	Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do(s) auditor(es) da operadora	64	Assinatura do auditor da operadora	Assinatura do auditor da operadora	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria <i>in loco da operadora</i> .
Observação/Justificativa	65	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

3.10. Anexo de Outras Despesas

O Anexo de Outras Despesas deve ser utilizada para cobranças de despesas com diárias, taxas, gases medicinais, medicamentos, materiais e OPME decorrentes dos atendimentos prestados e cobrados nas Guias de SP/SADT ou na Guia de Resumo de Internação.

A Guia de Outras Despesas tem a finalidade de ser utilizada nos casos de apresentação do faturamento em papel, como instrumento de continuidade e complemento. Este anexo sempre estará ligado a uma Guia (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não deve ser encaminhada sozinha.

Importante: Para cobrança é necessário grampear o Anexo de Outras Despesas na Guia que originou o serviço.

Vinculação entre Guias:

Sempre estará vinculado à Guia de Resumo de Internação ou SP/SADT, ou seja, não tem número próprio de Guia. No campo “2 – Número da Guia Referenciada” deverá ser informado o número da Guia de Resumo de Internação ou SP/SADT onde foi feita a cobrança do procedimento.

Informar a Guia de resumo de internação ou SP/SADT, a qual refere-se a cobrança dos insumos e/ou diárias e/ou taxas



Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

CENTRAL CASSI

www.cassi.org.br

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

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9		2 - Número da Guia Referenciada	
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado	
5 - Código CNES			

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabella	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. / Acres.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01										
20 - Descrição										
02										
20 - Descrição										
03										
20 - Descrição										
04										
20 - Descrição										
05										
20 - Descrição										
06										
20 - Descrição										
07										
20 - Descrição										
08										
20 - Descrição										
09										
20 - Descrição										
10										
20 - Descrição										

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

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da Guia referenciada	2	Número da Guia referenciada	Número da Guia à qual esse anexo está vinculado.	Obrigatório.
Código na operadora	3	Código do contratado executante na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	5	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
CD	6	Código da despesa	Código da natureza da despesa, conforme Tabela de Domínio nº 25.	Obrigatório.
Data	7	Data de realização	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial	8	Hora inicial da realização do procedimento	Horário inicial da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final	9	Hora final da realização do procedimento	Horário final da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Tabela	10	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme Tabela de Domínio nº 87.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do item	11	Código do item assistencial utilizado	Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Qtde	12	Quantidade do item assistencial utilizado	Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Unidade de medida	13	Unidade de Medida	Código da unidade de medida, conforme Tabela de Domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Fator Red / Acrésc	14	Fator de redução ou acréscimo	Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1,00.
Valor unitário	15	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.
Valor total	16	Valor total dos itens assistenciais utilizados	Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório.
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Referência do material no fabricante	18	Código de referência do material no fabricante	Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Nº autorização de funcionamento da empresa	19	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Descrição	20	Descrição do item assistencial utilizado	Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Total de gases medicinais	21	Valor total de gases medicinais	Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total de medicamentos	22	Valor total de medicamentos	Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Obrigatório. Caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total de materiais	23	Valor total de materiais	Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total de OPME	24	Valor total de OPME	Valor total das OPMEs, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja órtese, prótese ou material especial cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Total de taxas e aluguéis	25	Valor total de taxas e aluguéis	Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Obrigatório. Caso não haja taxas ou aluguéis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total de diárias	26	Valor total de diárias	Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Obrigatório. Caso não haja diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total geral	27	Valor do total geral	Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

3.11. Guia de Comprovante Presencial

Comprovação da presença do beneficiário no prestador em referida data através de sua assinatura.

Vinculação entre Guias:

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

[illegible]

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Legenda

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Pré-impresso nas Guias: nº 34665-9
Nº da Guia no prestador	2	Número da Guia no prestador	Número que identifica a Guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Código na operadora	3	Código do contratado executante na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	5	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	6	Nome do profissional executante	Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	7	Conselho profissional do executante	Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	8	Número do executante no conselho profissional	Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	9	UF do conselho do profissional executante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 59.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Termo	Num. do Campo na Guia	Nome do campo na Guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CBO	10	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 24.	Obrigatório.
Data do atendimento	11	Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Número da carteira	12	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	13	Nome do beneficiário / nome social do beneficiário	Nome do beneficiário ou nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o nome social do beneficiário quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
Número da Guia principal	14	Número da Guia principal	Número da Guia principal	Obrigatório.
Assinatura	15	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de Assinatura do Contratado	16	Data da assinatura do prestador contratado	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	17	Assinatura do contratado	Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

4. Protocolo

O Formulário de Protocolo deve ser utilizado para encaminhar as Guias de cobrança.



**Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil**

PROTOCOLO

Para uso da CASSI - PEG nº

Identificação

CPF/CNPJ do Credenciado	Nome do Credenciado
Quantidade de Guias anexas	Valor total

Tipo de guia

☐ • Guia de Consulta
☐ • Guia de Honorários
☐ • Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SPISADT
☐ • Guia de Resumo de Internação
☐ • Anexo de Outras Despesas
☐ • Guia Comprovante Presença

☐ • Guia de Solicitação de Internação
☐ • Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação de Tratamento
☐ • Anexo de Solicitação de Órtese, Próteses e Materiais Especiais - OPME
☐ • Anexo de Solicitação de Quimioterapia
☐ • Anexo de Solicitação de Radioterapia

Número das notas fiscais entregues (para pessoas jurídicas)

Número	Valor	Número	Valor
1		2	
VALOR TOTAL			

____/____/____
Data

Assinatura e carimbo do credenciado

Protocolo cassi

Instruções

1. Utilizar 1(um) protocolo para cada tipo de guia;
2. Os anexos devem ser encaminhados com as guias de referência;
3. O crédito será efetuado ao credenciado cujo CPF/CNPJ conste neste PROTOCOLO;

ANS - nº 34665-9

CENTRAL CASSI 0800 729 0080
Atende também: deficientes auditivos
www.cassi.com.br

JAN/2013

0.27.521-2 - Carta Ramessa

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

5. Tabelas de Domínio – TISS

As Tabelas de Domínio foram definidas no Padrão TISS pela ANS, para auxiliar no preenchimento das informações dispostas nas Guias de acordo com a orientação de constante nas legendas de cada Guia.

5.1. Tabelas de Procedimentos e Eventos em Saúde

Utilizar para cobrança de procedimentos com codificação TISS.

Código da Tabela	Descrição
22	Procedimentos e eventos em saúde.

5.2. Tabela Própria das Operadoras

Utilizar para cobrança de procedimentos, itens assistenciais, medicamento, materiais com codificação que não constam nas TISS de procedimentos, Diárias, Taxas e Gases Medicinais, medicamentos, materiais e OPME.

Código da Tabela	Descrição
00	Tabela própria das operadoras

5.3. Tabelas de Diárias, Taxas e Gases Medicinais

Utilizar para cobrança de itens de assistenciais com codificação TISS.

Código da Tabela	Descrição
18	Diárias, Taxas e Gases Medicinais.

5.4. Tabela de Materiais e OPME

Utilizar para cobrança de materiais e OPME com codificação TISS.

Código da Tabela	Descrição
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS**5.5. Tabela de Medicamentos**

Utilizar para cobrança de medicamentos com codificação TUSS.

Código da Tabela	Descrição
20	Medicamentos.

5.6. Tabela de Pacotes

Utilizar a codificação atual referente ao procedimento contratualizado sob a forma de pacote, informando como Tabela de Domínio: 98.

Código da Tabela	Descrição
98	Tabela Própria de Pacotes

5.7. Tabela 23 – Caráter do Atendimento

Código do Termo	Termo
1	Eletivo
2	Urgência/Emergência

5.8. Tabela 24 – CBO

Código do Termo	Termo
201115	Geneticista
203015	Pesquisador em biologia de microorganismos e parasitas
213150	Físico médico
221105	Biólogo
223204	Cirurgião dentista - auditor
223208	Cirurgião dentista - clínico geral
223212	Cirurgião dentista - endodontista
223216	Cirurgião dentista - epidemiologista
223220	Cirurgião dentista - estomatologista

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo
223224	Cirurgião dentista - implantodontista
223228	Cirurgião dentista - odontogeriatra
223232	Cirurgião dentista - odontologista legal
223236	Cirurgião dentista - odontopediatra
223240	Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista
223244	Cirurgião dentista - patologista bucal
223248	Cirurgião dentista - periodontista
223252	Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial
223256	Cirurgião dentista - protesista
223260	Cirurgião dentista - radiologista
223264	Cirurgião dentista - reabilitador oral
223268	Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial
223272	Cirurgião dentista de saúde coletiva
223276	Cirurgião dentista - odontologia do trabalho
223280	Cirurgião dentista - dentística
223284	Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial
223288	Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais
223293	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família
223505	Enfermeiro
223605	Fisioterapeuta geral
223625	Fisioterapeuta respiratória
223630	Fisioterapeuta neurofuncional
223635	Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional
223640	Fisioterapeuta osteopata
223645	Fisioterapeuta quiropraxista
223650	Fisioterapeuta acupunturista
223655	Fisioterapeuta esportivo
223660	Fisioterapeuta do trabalho
223710	Nutricionista
223810	Fonoaudiólogo
223905	Terapeuta ocupacional
223910	Ortoptista

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo
225103	Médico infectologista
225105	Médico acupunturista
225106	Médico legista
225109	Médico Nefrologista
225110	Médico alergista e imunologista
225112	Médico neurologista
225115	Médico angiologista
225118	Médico nutrologista
225120	Médico cardiologista
225121	Médico oncologista clínico
225122	Médico cancerologista pediátrico
225124	Médico pediatra
225125	Médico clínico
225127	Médico pneumologista
225130	Médico de família e comunidade
225133	Médico psiquiatra
225135	Médico dermatologista
225136	Médico reumatologista
225139	Médico sanitaria
225140	Médico do trabalho
225142	Médico da estratégia de saúde da família
225145	Médico em medicina de trânsito
225148	Médico anatomopatologista
225150	Médico em medicina intensiva
225151	Médico anestesiológico
225155	Médico endocrinologista e metabologista
225160	Médico fisiatra
225165	Médico gastroenterologista
225170	Médico generalista
225175	Médico geneticista
225180	Médico geriatra
225185	Médico Hematologista

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo
225195	Médico Homeopata
225203	Médico em cirurgia vascular
225210	Médico cirurgião cardiovascular
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
225225	Médico cirurgião geral
225230	Médico cirurgião pediátrico
225235	Médico cirurgião plástico
225240	Médico cirurgião torácico
225250	Médico ginecologista e obstetra
225255	Médico Mastologista
225260	Médico neurocirurgião
225265	Médico oftalmologista
225270	Médico ortopedista e traumatologista
225275	Médico otorrinolaringologista
225280	Médico proctologista
225285	Médico urologista
225290	Médico cancerologista cirúrgico
225295	Médico cirurgião da mão
225305	Médico citopatologista
225310	Médico em endoscopia
225315	Médico em medicina nuclear
225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
225325	Médico patologista
225330	Médico radioterapeuta
225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
225340	Médico hemoterapeuta
225345	Médico hiperbarista
225350	Médico neurofisiologista
239425	Psicopedagogo
251510	Psicólogo clínico
251545	Neuropsicólogo

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo
251550	Psicanalista
251605	Assistente social
322205	Técnico de enfermagem
322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica
322225	Instrumentador cirúrgico
322230	Auxiliar de enfermagem
516210	Cuidador de idosos
223435	Farmacêutico industrial
223430	Farmacêutico em saúde pública
223415	Farmacêutico analista clínico
223405	Farmacêutico
223420	Farmacêutico de alimentos
223440	Farmacêutico toxicologista
223445	Farmacêutico hospitalar e clínico
223425	Farmacêutico práticas integrativas e complementares
223565	Enfermeiro da estratégia de saúde da família
223560	Enfermeiro sanitaria
223555	Enfermeiro puericultor e pediátrico
223550	Enfermeiro psiquiátrico
223545	Enfermeiro obstétrico
223540	Enfermeiro neonatologista
223535	Enfermeiro nefrologista
223530	Enfermeiro do trabalho
223525	Enfermeiro de terapia intensiva
223520	Enfermeiro de centro cirúrgico
223515	Enfermeiro de bordo
223510	Enfermeiro auditor
223570	Perfusionista
223705	Dietista
223845	Fonoaudiólogo em voz
223830	Fonoaudiólogo em linguagem
223825	Fonoaudiólogo em disfagia

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo
223835	Fonoaudiólogo em motricidade orofacial
223840	Fonoaudiólogo em saúde coletiva
223820	Fonoaudiólogo em audiolgia
223815	Fonoaudiólogo educacional
225154	Médico antroposófico
999999	CBO do prestador solicitante desconhecido ou não informado
221205	Biomédico
224105	Avaliador físico
224110	Ludomotricista
224115	Preparador de atleta
224120	Preparador físico
224125	Técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol)
224130	Técnico de laboratório e fiscalização desportiva
224135	Treinador profissional de futebol
226305	Musicoterapeuta
225355	Médico radiologista intervencionista
239440	Neuropsicopedagogo clínico
239445	Neuropsicopedagogo institucional
251555	Psicólogo acupunturista
223915	Psicomotricista
226310	Arteterapeuta
226315	Equoterapeuta
322120	Massoterapeuta
322125	Terapeuta holístico
224140	Profissional de educação física na saúde
131220	Gerontólogo
226105	Quiropraxista
226110	Osteopata
226320	Naturólogo
322135	Doula

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS**5.9. Tabela 25 - Código da Despesa**

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

5.10. Tabela 26 - Conselho Profissional

Código do Termo	Termo
01	Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)
02	Conselho Regional de Enfermagem (COREN)
03	Conselho Regional de Farmácia (CRF)
04	Conselho Regional de Fonoaudiologia (CREFONO)
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
11	Conselho Regional de Biologia (CRBio)
12	Conselho Regional de Biomedicina (CRBM)
13	Conselho Regional de Educação Física (CREF)
14	Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV)
15	Conselho Regional de Técnicos em Radiologia (CRTR)

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS**5.11. Tabela 29 - Diagnóstico por Imagem**

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

5.12. Tabela 30 - Escala de Capacidade Funcional - ECOG

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.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS**5.13. Tabela 31 - Estadiamento do Tumor**

Código do Termo	Termo
0	0
1	I
2	II
3	III
4	IV
5	Não se aplica

5.14. Tabela 33 - Finalidade do Tratamento

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

5.15. Tabela 35 - Grau de Participação

Código do Termo	Termo
00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
08	Consultor
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo
11	Auxiliar SADT
12	Clínico
13	Intensivista

5.16. Tabela 36 - Indicador de Acidente

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

5.17. Tabela 39 - 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

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo
27	Permanência, por reoperação
28	Permanência, outros motivos
31	Transferido para outro estabelecimento
32	Transferência para Internação Domiciliar
41	Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente
42	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML
43	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO.
51	Encerramento Administrativo
61	Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido
62	Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido
63	Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido
64	Alta da mãe/puérpera com óbito fetal
65	Óbito da gestante e do concepto
66	Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido
67	Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido

5.18. Tabela 41 - Regime de Internação

Código do Termo	Termo
1	Hospitalar
2	Hospital-dia
3	Domiciliar

5.19. Tabela 43 – Sexo

Código do Termo	Termo
1	Masculino
3	Feminino

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS**5.20. Tabela 48 - Técnica Utilizada**

Código do Termo	Termo
1	Convencional
2	Vídeo
3	Robótica

5.21. Tabela 49 - 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

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo
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

5.22. Tabela 50 - Tipo de Atendimento

Código do Termo	Termo
01	Remoção
02	Pequena Cirurgia
03	Outras Terapias
04	Consulta
08	Quimioterapia
09	Radioterapia
10	Terapia Renal Substitutiva (TRS)
13	Pequeno atendimento (sutura, gesso e outros)
23	Exame

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

5.23. Tabela 52 - Tipo de Consulta

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

5.24. Tabela 57 - Tipo de Internação

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

5.25. Tabela 58 - Tipo de Quimioterapia

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

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS**5.26. Tabela 59 - Unidades da Federação**

Código do Termo	Termo	Sigla
11	Rondônia	RO
12	Acre	AC
13	Amazonas	AM
14	Roraima	RR
15	Pará	PA
16	Amapá	AP
17	Tocantins	TO
21	Maranhão	MA
22	Piauí	PI
23	Ceará	CE
24	Rio Grande do Norte	RN
25	Paraíba	PB
26	Pernambuco	PE
27	Alagoas	AL
28	Sergipe	SE
29	Bahia	BA
31	Minas Gerais	MG
32	Espírito Santo	ES
33	Rio de Janeiro	RJ
35	São Paulo	SP
41	Paraná	PR
42	Santa Catarina	SC
43	Rio Grande do Sul	RS
50	Mato Grosso do Sul	MS
51	Mato Grosso	MT
52	Goiás	GO

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo	Sigla
53	Distrito Federal	DF
98	Países Estrangeiros	EX

5.27. Tabela 60 - Unidade de Medida

Código do Termo	Termo	Descrição Detalhada
001	AMP	Ampola
002	BUI	Bilhões de Unidades Internacionais
003	BG	Bisnaga
004	BOLS	Bolsa
005	CX	Caixa
006	CAP	Cápsula
007	CARP	Carpule
008	COM	Comprimido
009	DOSE	Dose
010	DRG	Drágea
011	ENV	Envelope
012	FLAC	Flaconete
013	FR	Frasco
014	FA	Frasco Ampola
015	GAL	Galão
016	GLOB	Glóbulo
017	GTS	Gotas
018	G	Grama
019	L	Litro
020	MCG	Microgramas
021	MUI	Milhões de Unidades Internacionais

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo	Descrição Detalhada
022	MG	Miligrama
023	ML	Milílitro
024	OVL	Óvulo
025	PAS	Pastilha
026	LT	Lata
027	PER	Pérola
028	PIL	Pílula
029	PT	Pote
030	KG	Quilograma
031	SER	Seringa
032	SUP	Supositório
033	TABLE	Tablete
034	TUB	Tubete
035	TB	Tubo
036	UN	Unidade
037	UI	Unidade Internacional
038	CM	Centímetro
039	CONJ	Conjunto
040	KIT	Kit
041	MÇ	Maço
042	M	Metro
043	PC	Pacote
044	PÇ	Peça
045	RL	Rolo
046	GY	Gray
047	CGY	Centgray
048	PAR	Par

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo	Descrição Detalhada
049	ADES	Adesivo Transdérmico
050	COM EFEV	Comprimido Efervescente
051	COM MST	Comprimido Mastigável
052	SACHE	Sache
053	M	Metro Linear
054	M ²	Metro Quadrado
055	M ³	Metro Cúbico
056	MG/peso	Miligrama / peso
057	MG/M ²	Miligrama por metro quadrado
058	CAL	Calorias
059	UI/M ²	Unidade internacional por metro quadrado
060	UI/ML	Unidade internacional por mililitro
061	CM ³	Centímetro cúbico

5.28. Tabela 61 - Via de Acesso

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

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

5.29. Tabela 62 - Via de Administração

Código do Termo	Termo
01	Bucal
02	Capilar
03	Dermatológica
04	Epidural
05	Gastrostomia/jejunostomia
06	Inalatória
07	Intra- Óssea
08	Intra-arterial
09	Intra-articular
10	Intracardiaca
11	Intradérmica
12	Intralesional
13	Intramuscular
14	Intraperitonal
15	Intrapleural
16	Intratecal
17	Intratraqueal
18	Intrauterina
19	Intravenosa
20	Intravesical
21	Intravítrea
22	Irrigação
23	Nasal
24	Oftálmica
25	Oral

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Código do Termo	Termo
26	Otológica
27	Retal
28	Sonda enteral
29	Sonda gástrica
30	Subcutânea
31	Sublingual
32	Transdérmica
33	Uretral
34	Vaginal
35	Outras

5.30. Tabela 65 - Terminologia de Metástases

Código do Termo	Termo
1	M1
2	M0
3	Mx
8	Não se aplica
9	Sem informação

5.31. Tabela 66 - Terminologia de Nódulo

Código do Termo	Termo
1	N1
2	N2
3	N3
4	N0
5	Nx
8	Não se aplica
9	Sem informação

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

5.32. Tabela 67 - Terminologia de Tumor

Código do Termo	Termo
1	T1
2	T2
3	T3
4	T4
5	T0
6	Tis
7	Tx
8	Não se aplica
9	Sem informação

5.33. Tabela 76 - Terminologia de Regime de Atendimento

Código do Termo	Termo
01	Ambulatorial
02	Domiciliar
03	Internação
04	Pronto-socorro
05	TELESSAÚDE

5.34. Tabela 77 - Terminologia de Saúde Ocupacional

Código do Termo	Termo
01	Admissional
02	Demissional
03	Periódico
04	Retorno ao trabalho
05	Mudança de função
06	Promoção à saúde

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE GUIAS TISS

Base Legal Aplicável - LGPD

A atividade / processo descrita nesse Manual não envolve o tratamento de dados pessoais e/ou dados pessoais sensíveis.

Agradecemos sua atenção e caso necessite de esclarecimentos adicionais, gentileza entrar em contato com a Unidade CASSI de sua região ou pela nossa Central CASSI - 0800 729 0080.