

ÍNDICE

TÓPICO	PAG.
1 – Apresentação	2
2 – Definição do Padrão TISS	3
3 – Objetivo do Padrão TISS	3
4 – Guias (formulários) do Padrão TISS	3
5 – Preenchimento das Guias do Padrão TISS	4
Guia de Consulta	4
Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SP/SADT	10
Guia de Solicitação de Internação	25
Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação de Tratamento	35
Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais	42
Anexo de Solicitação de Quimioterapia	49
Anexo de Solicitação de Radioterapia	60
Anexo de Outras Despesas	69
Guia de Resumo de Internação	76
Guia de Honorários	90
Guia de Recurso de Glosas	98
Guia de Comprovante Presencial.....	106
6 – Conceitos e Definições	111



1. Apresentação

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador da saúde suplementar no país, estabeleceu um padrão para a Troca de Informação em Saúde Suplementar, conhecido como TISS, para a padronização, registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos de saúde, profissionais médicos e prestadores de serviços.

O preenchimento de uma grande variedade de formulários utilizada por cada operadora e os demorados mecanismos para obtenção de informações e determinados procedimentos sempre exigiram muita burocracia dos prestadores de serviços.

Na maioria das vezes, os processos administrativos no atendimento dos beneficiários são lentos, assim como as possibilidades de erros e as dificuldades de comparação de dados são conseqüências associadas ao excesso de papéis e à ausência de sistemas de informação unificados e ágeis.

A partir de agora, todos nós vamos falar a mesma língua. Ou seja, vamos preencher os mesmos formulários, utilizando a mesma linguagem e os mesmos códigos. Este procedimento vai agilizar os processos operacionais, reduzir tempo e permitir avaliações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, que orientarão decisões e planejamentos, embasando as estatísticas da ANS e de outros órgãos governamentais sobre a saúde no nosso país.

É neste cenário que a Unimed Goiânia, focada no fortalecimento de sua política de relacionamento solidário com seus parceiros prestadores de serviços e, especialmente com seu quadro de médicos cooperados, disponibiliza este manual a fim de contribuir no processo de implantação da TISS.

A informação é uma ferramenta fundamental, leia atentamente este manual e contribua para a organização do setor de saúde suplementar brasileiro.

2. Definição do Padrão TISS

A ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar – estabeleceu um padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS -, para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde. Define o padrão para troca de informações sobre o atendimento prestado aos beneficiários, entre operadoras de planos privados de saúde e prestadores.

3. Objetivo do Padrão TISS

O objetivo do padrão TISS é atingir a compatibilidade e interoperabilidade funcional e semântica entre os diversos sistemas independentes para fins de avaliação da assistência à saúde (caráter clínico, epidemiológico ou administrativo) e seus resultados, orientando o planejamento do setor.

4. Guias (formulários) do Padrão TISS

O padrão TISS padroniza os formulários, por ela chamados de Guias, a serem utilizados pelas operadoras e prestadores. Os modelos não podem ser alterados em nenhuma hipótese. Foram definidas as seguintes guias:

- Guia de Consulta;
- Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SP/SADT
- Guia de Solicitação de Internação;
- Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação de Tratamento;
- Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME;
- Anexo de Solicitação de Quimioterapia;
- Anexo de Solicitação de Radioterapia;
- Anexo de Outras Despesas;
- Guia de Resumo de Internação;
- Guia de Honorários;
- Guia de Recurso de Glosas.

5. Preenchimento das Guias do Padrão TISS

Guia de Consulta

Tem a finalidade de ser utilizada única e exclusivamente para consultas eletivas realizadas em consultórios, quando não autorizadas pelo sistema HILUM, inclusive para beneficiários de intercâmbio (outras Unimed's).

Para as consultas em pronto-socorro deve ser utilizada a Guia de SP/SADT.

Cor	Legenda para Preenchimento
	Já Impresso
	Secretária(o)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente

Preenchimento do Formulário

Guia de Consultas Eletivas		
Nº	Campo	
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia no prestador de serviços
	Preenchimento:	É facultado 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 densidade.
	Obrigatório:	Sim
3	Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	1. Em se tratando de beneficiário da Unimed Goiânia (064), ou de Intercâmbio, transcrever o número de autorização informado pela Central de Tele Atendimento, quando não for autorizado pelo HILUM. 2. Quando autorizado pelo Atendimento Presencial da Unimed Goiânia, o número já será informado.
	Preenchimento:	1. Secretária(o) 2. Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver autorização prévia da Unimed Goiânia.
Dados do Beneficiário		
4	Número da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Código do cartão do beneficiário. Deve ser preenchido da esquerda para a direita, exatamente com todos os números impressos no cartão.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
5	Validade da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Data de validade do cartão do beneficiário.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim

6	Atendimento a RN (Sim ou Não)	
	Descrição do Preenchimento:	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.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
7	Nome	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do beneficiário por extenso, conforme cartão.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
8	Número do Cartão Nacional de Saúde	
	Descrição do Preenchimento:	Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o Cartão Nacional de Saúde.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Condicionado
Dados do Contratado (Cooperado Executante)		
9	Código na Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Informar sempre o CRM com dígito do(a) médico(a) cooperado(a) na Unimed Goiânia, conforme carimbo padrão, fornecido pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
10	Nome do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do(a) médico(a) cooperado(a) executante
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
11	Código CNES (Código Nacional dos Estabelecimentos de Saúde)	
	Descrição do Preenchimento:	Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES, preencher o campo com 9999999.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
12	Nome do Profissional Executante	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o nome do(a) médico(a) executante quando este não for cooperado e o campo 10 se referir a Pessoa Jurídica.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Condicionado

13	Conselho Profissional	
	Descrição do Preenchimento:	Código do Conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.
	Preenchimento:	06 – que corresponde ao Conselho Regional de Medicina. Já impresso.
	Obrigatório:	Sim
14	Número no Conselho	
	Descrição do Preenchimento:	Número do CRM sem o dígito da Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
15	UF Conselho	
	Descrição do Preenchimento:	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Regional, conforme Tabela de Domínio nº 59.
	Preenchimento:	Código 52, que corresponde ao Estado de Goiás. Já impresso.
	Obrigatório:	Sim
16	Código CBO	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.
	Preenchimento:	Secretária(o).
	Obrigatório:	Sim
Dados do Atendimento/Procedimento Realizado		
17	Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código de indicação de acidente, conforme Tabela de Domínio nº 36. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 0 quando se tratar de acidente ou doença relacionada ao trabalho; • Informar 1 quando se tratar de acidente de trânsito; • Informar 2 quando se tratar de outros tipos de acidentes; • Informar 9 quando se tratar de nenhum tipo de acidente.
	Preenchimento:	Médico(a) cooperado(a)
	Obrigatório:	Sim
18	Data do Atendimento	
	Descrição do Preenchimento:	Data de realização da consulta.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim

19	Tipo de Consulta	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código do tipo de consulta, conforme Tabela de Domínio nº 52. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 para Primeira Consulta (início do tratamento); • Informar 2 para Retorno (seqüência da consulta anterior. Lembrando que uma nova consulta só poderá ser autorizada a partir do 21º dia da consulta anterior). • Informar 3 para Pré-Natal; • Informar 4 para Por Encaminhamento.
	Preenchimento:	Médico(a) cooperado(a).
	Obrigatório:	Sim
20	Tabela	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Tabela adotada pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Código 22 – Terminologia de Procedimentos de Eventos em Saúde. Já impresso.
	Obrigatório:	Sim
21	Código do Procedimento	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Consulta Eletiva na TUSS – Terminologia Unificada na Saúde Suplementar.
	Preenchimento:	Já Impresso.
	Obrigatório:	Sim
22	Valor do Procedimento	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Condicionado.
23	Observação/Justificativa	
	Descrição do Preenchimento:	Utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas necessárias.
	Preenchimento:	O Contratado Executante (cooperado(a)) deverá estar atento quando houver informações neste campo.
	Obrigatório:	Não
24	Assinatura do Profissional Executante	
	Descrição do Preenchimento:	Assinatura e carimbo do médico(a) executante, fornecido pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Médico(a) cooperado(a)
	Obrigatório:	Sim
25	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
	Descrição do Preenchimento:	Assinatura do beneficiário, ou responsável.
	Preenchimento:	Beneficiário ou Responsável.
	Obrigatório:	Sim

Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT

Este formulário deve ser utilizado nos processos de solicitação, autorização e de execução dos serviços.

A opção “7 - Internação” deve ser utilizada quando o paciente em tratamento sob regime de internação hospitalar necessitar realizar exames ou terapias.

A Guia de SP/SADT deve ser utilizada nas seguintes situações:

- Utilizada para solicitação de autorização e cobrança de consultas com procedimento e/ou despesas.
- Utilizada para a cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado ou em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado, tais como:
 - Remoção;
 - Pequena Cirurgia;
 - **Outras Terapias;**
 - Consulta;
 - Exame Ambulatorial;
 - Atendimento Domiciliar;
 - **Internação (na solicitação de serviços – SADT – em pacientes internados e na solicitação/execução de serviços terceirizados em pacientes internados);**
 - Quimioterapia;
 - Radioterapia;
 - Terapia Renal Substitutiva (TRS);
 - Pronto Socorro;
 - Ocupacional;
 - Pequeno Atendimento (sutura, gesso e outros).
- Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesistas, auxiliares, etc.) decorrentes dos procedimentos discriminados na guia de SP/SADT – exceto nos casos de internação – deve ser usado o quadro que identifica os profissionais, informando o Grau de Participação de cada profissional no atendimento.
- Em caso de pacotes que substituam SADT ou honorário médico, a solicitação e execução acontecerão através dessa guia. Pacotes de despesas devem ser cobrados na Guia Anexo de Outras Despesas.
- Na solicitação de medicamentos de alto custo que requeiram autorização prévia da Unimed Goiânia.

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente

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

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

Logo da Empresa

1 - Registro ANS		5 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
		6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
		10 - Nome	
		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
		17 - Número no Conselho	
		18 - UF	
		19 - Código CBD	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.
			28 - Qtd. Act.
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela
			40 - Código do Procedimento
			41 - Descrição
			42 - Qtd.
			43 - Via
			44 - Tec.
			45 - Fator Red./Acresc.
			46 - Valor Unitário (R\$)
			47 - Valor Total (R\$)
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq./Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
			52 - Conselho Profissional
			53 - Número no Conselho
			54 - UF
			55 - Código CBD
56 - Data de Realização de Procedimentos em Débito			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	3 -	5 -	7 -
2 -	4 -	6 -	8 -
			9 -
			10 -
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
		61 - Total de Materiais (R\$)	
		62 - Total de OPME (R\$)	
		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT		
Nº	Campo	
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia no prestador de serviços
	Preenchimento:	Preencher com o número que identifica a guia no prestador de serviços
	Obrigatório:	Sim. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de códigos de barras impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
3	Nº da Guia Principal	
	Descrição do Preenchimento:	Deverá ser informado neste campo o número da autorização (senha) do primeiro procedimento autorizado na internação, quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais (Campo 5 da Guia de SP/SADT ou da Guia de Solicitação de Internação).
	Preenchimento:	Atendente/Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais.
4	Data da Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que o procedimento foi autorizado pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Atendente
	Obrigatório:	Sim
5	Senha	
	Descrição do Preenchimento:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Em se tratando de beneficiário da Unimed Goiânia (064), transcrever o número de autorização informado pela Central de Teleatendimento, quando não for autorizado pelo HILUM. 2. Quando autorizado via HILUM, não é necessário transcrever o número da autorização para a guia, mas deve-se anexar o comprovante da autorização à Guia de SP/SADT; 3. Quando autorizado pelo Atendimento Presencial da Unimed Goiânia, o número já será informado. 4. Quando se tratar de beneficiário de empresa de custo operacional onde a empresa é a autorizante, não haverá obrigatoriedade do preenchimento.
	Preenchimento:	Atendente
	Obrigatório:	Sim

6	Data de Validade da Senha	
	Descrição do Preenchimento:	O preenchimento deste campo está condicionado ao preenchimento do campo 5 – Senha desta guia.
	Preenchimento:	Atendente
	Obrigatório:	Sim
7	Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia, atribuído pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso a Unimed Goiânia atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Dados do Beneficiário		
8	Número da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Código do cartão do beneficiário. Deve ser preenchido da esquerda para a direita, exatamente com todos os 17 dígitos impressos no cartão.
	Preenchimento:	Atendente
	Obrigatório:	Sim
9	Validade da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Transcrever a data de validade do cartão do beneficiário.
	Preenchimento:	Atendente
	Obrigatório:	Sim
10	Nome	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do beneficiário por extenso, conforme cartão.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	
	Descrição do Preenchimento:	Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o Cartão Nacional de Saúde.
	Preenchimento:	Atendente
	Obrigatório:	Condicionado
12	Atendimento a RN (Sim ou Não)	
	Descrição do Preenchimento:	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.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim

Dados do Solicitante		
13	Código da Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	<ul style="list-style-type: none"> Quando a solicitação for feita por médico(a) cooperado(a), informar seu código na Unimed Goiânia (CRM + dígito verificador) quando se tratar de Consulta de Referência; Quando a solicitação for feita por médico(a) não cooperado(a) (permitido somente nos atendimentos de urgência) informar o código na Unimed Goiânia do prestador pessoa jurídica.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
14	Nome do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	<ul style="list-style-type: none"> Quando a solicitação for feita por médico(a) cooperado(a), informar seu nome; Quando a solicitação for feita por médico(a) não cooperado(a) (permitido somente nos atendimentos de urgência) informar o nome do prestador pessoa jurídica cadastrado na Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
15	Nome do Profissional Solicitante	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o nome do(a) médico(a) que solicitou o procedimento ou atendeu o paciente.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim, quando o contratado informado no campo 14 for Pessoa Jurídica.
16	Conselho Profissional	
	Descrição do Preenchimento:	Código do Conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
17	Número no Conselho	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro no Conselho Profissional.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
18	UF Conselho	
	Descrição do Preenchimento:	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional, conforme Tabela de Domínio nº 59.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim

19	Código CBO	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.
	Preenchimento:	Secretária(o).
	Obrigatório:	Sim
20	Assinatura do Profissional Solicitante	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com carimbo e assinatura do(a) profissional solicitante.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados		
21	Caráter do Atendimento	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com código do caráter de atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 23, sendo: 1 – Para Atendimento Eletivo 2 – Para Atendimento de Urgência/Emergência.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim.
22	Data da Solicitação	
	Descrição do Preenchimento:	Lançar a data da Solicitação.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
23	Indicação Clínica	
	Descrição do Preenchimento:	Informar os motivos e indicações clínicas que levaram à solicitação dos procedimentos.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim, em caso de pequena cirurgia, terapia e alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.

24	Código da Tabela	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme Tabela de Domínio nº 87, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • Informar 22 para Procedimentos e Eventos em Saúde; • Informar 20 para Medicamentos (medicamentos de alto custo, exceto Quimioterápicos que devem ser discriminados no Anexo de Solicitação de Quimioterapia); • Informar 00 para Tabela Própria das Operadoras;
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
25	Código do Procedimento ou Item Assistencial	
	Descrição do Preenchimento:	Código do item solicitado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
26	Descrição	
	Descrição do Preenchimento:	Descrição do procedimento solicitado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
27	Quantidade Solicitada	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade do procedimento solicitado.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
28	Quantidade Autorizada	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade autorizada do procedimento.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim
Dados do Contratado Executante		
29	Código na Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código da Unimed Goiânia, conforme descrito abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Se o executante for médico(a) cooperado(a), preencher com o CRM + o dígito da Unimed Goiânia; • Se o executante for Pessoa Jurídica (inclusive em consultas de urgência/emergência em que o médico não for cooperado) informar o código do prestador cadastrado e fornecido pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
30	Nome do Contratado	

	Descrição do Preenchimento:	<ul style="list-style-type: none"> • Informar o nome do executante (médico(a) cooperado(a) ou prestador). • Em caso de atendimento de urgência/emergência cujo executante não seja médico cooperado, informar o nome do prestador.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
31	Código CNES (Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde)	
	Descrição do Preenchimento:	Número de código do Cadastro Nacional de Saúde do Prestador Executante.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório	Sim. Preencher com o número de código do Cadastro Nacional de Saúde do Prestador Executante. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES, preencher o campo com 9999999.
Dados do Atendimento		
32	Tipo do Atendimento	
	Descrição do Preenchimento:	<p>Preencher com o código do tipo de atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 50.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar 01 para Solicitação de Remoção; • Informar 02 para Solicitação de Pequena Cirurgia; • Informar 03 para Solicitação de outras Terapias (Ex.: Tratamento por Sessão) • Informar 04 para Execução de Consulta (Urgência/Emergência); • Informar 05 para Solicitação de Exame Ambulatorial; • Informar 06 para Solicitação de Atendimento Domiciliar; • Informar 07 para Solicitação de SADT Internado; • Informar 08 para Solicitação de Quimioterapia; • Informar 09 para Solicitação de Radioterapia; • Informar 10 para Solicitação de TRS – Terapia Renal Substitutiva (Diálise e Hemodiálise); • Informar 11 para Pronto Socorro; • Informar 12 para Ocupacional; • Informar 13 para Pequeno Atendimento (sutura, gesso e outros).
	Preenchimento:	Profissional executante.
	Obrigatório:	Sim

33	Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)
-----------	---

	Descrição do Preenchimento:	Preencher conforme Tabela de Domínio nº 36. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 0 quando se tratar de acidente ou doença relacionada ao trabalho; • Informar 1 quando se tratar de acidente de trânsito; • Informar 2 quando se tratar de outros tipos de acidentes; • Informar 9 quando se tratar de nenhum tipo de acidente.
	Preenchimento:	Profissional executante.
	Obrigatório:	Sim
34	Tipo de Consulta	
	Descrição do Preenchimento:	<ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 para Primeira Consulta (início do tratamento); • Informar 2 para Retorno (seqüência da consulta anterior. Lembrando que uma nova consulta só poderá ser autorizada a partir do 21º dia da consulta anterior, não considerando as de retorno médico). • Informar 3 para Pré-Natal; • Informar 4 para Por Encaminhamento.
	Preenchimento:	Profissional executante.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando o campo “32-Tipo de Atendimento” for igual à Consulta (04).
35	Motivo de Encerramento do Atendimento	
	Descrição do Preenchimento:	Informar 41 - Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente; Informar 42 - Óbito com declaração de óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal – IML; Informar 43 - Óbito com declaração de óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito – SVO.
	Preenchimento:	Profissional executante.
	Obrigatório:	Sim
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados		
36	Data	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
37	Hora Inicial	
	Descrição do Preenchimento:	Hora inicial da realização do procedimento.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim, quando se tratar de atendimento de urgência/ emergência.
38	Hora Final	
	Descrição do Preenchimento:	Hora final da realização do procedimento.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim, quando se tratar de atendimento de urgência/ emergência.

39	Tabela	
	Descrição do Preenchimento:	Informar conforme Tabela de Domínio nº 87. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 para Tabela Própria das Operadoras; • Informar 22 para Tabela Própria de Procedimentos e Eventos em Saúde.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
40	Código do Procedimento	
	Descrição do Procedimento:	Código do item realizado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
41	Descrição do Procedimento	
	Descrição do Procedimento:	Descrição do procedimento realizado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
42	Quantidade	
	Descrição do Procedimento:	Quantidade realizada do procedimento.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
43	Via de acesso	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Via de Acesso, conforme Tabela de Domínio 61. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 para Via Única; • Informar 2 para Mesma Via; • Informar 3 para Diferentes Vias.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado, quando se tratar de procedimento que tenha redução de vias.
44	Técnica Utilizada	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Técnica Utilizada, conforme Tabela de Domínio 48. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 para Convencional; • Informar 2 para Vídeo; • Informar 3 para Robótica.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado, quando se tratar de procedimento cirúrgico.
45	Fator Red./Acrésc.	

	Descrição do Preenchimento:	Fator de redução/acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado. Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> No caso de radiologia de múltiplas áreas ou seguimentos. Em atendimentos de urgência e emergência.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, deve ser informado o fator 1,00.
46	Valor Unitário (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor unitário de cada procedimento realizado.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
47	Valor Total (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total de cada procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL(IS) EXECUTANTE(S)		
48	Sequencial de Referência	
	Descrição do Preenchimento:	Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado, devendo ser preenchido com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
49	Grau de Participação	
	Descrição do Preenchimento:	Grau de participação do profissional na realização do procedimento conforme tabela de domínio nº 35.
	Preenchimento:	<ul style="list-style-type: none"> Informar 00 quando for Cirurgião; Informar 01 quando for Primeiro Auxiliar; Informar 06 quando for Anestesista.
	Obrigatório:	Condicionado. Preencher sempre que houver honorários profissionais relativos a procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe médica.
50	Código na Operadora/CPF	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher conforme descrito abaixo: <ul style="list-style-type: none"> Se o executante for médico(a) cooperado(a), preencher com o CRM + o dígito da Unimed Goiânia; Se o profissional executante não for médico cooperado, informar o CPF do mesmo.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Preencher sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
51	Nome do Profissional	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do profissional executante que realizou o atendimento.

	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Preencher sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
52	Conselho Profissional	
	Descrição do Preenchimento:	Código do Conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Preencher sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
53	Número no Conselho	
	Descrição do Preenchimento:	Número no Conselho Profissional do profissional executante.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Preencher sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
54	UF	
	Descrição do Preenchimento:	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Regional do profissional executante conforme Tabela de Domínio nº 59.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Preencher sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
55	Código CBO (Código Brasileiro de Ocupação)	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Preencher sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
56	Data de Realização de Procedimentos em Série	
	Descrição do Preenchimento:	Data de cada sessão do procedimento em série realizado.
	Preenchimento:	Beneficiário.
	Obrigatório:	Condicionado, devendo ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados.
57	Assinatura do Beneficiário ou Responsável Pela Realização de Procedimentos em Série	
	Descrição do Preenchimento:	Assinatura do beneficiário ou responsável
	Preenchimento:	Beneficiário ou responsável.
	Obrigatório:	Sim
58	Observações/Justificativas	
	Descrição do Preenchimento:	Pode ser utilizada para complementar a indicação clínica ou outra observação/justificativa que se tornar necessária.
	Preenchimento:	
	Obrigatório:	Opcional.
59	Total de Procedimentos (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total dos honorários dos procedimentos realizados, constantes no campo 47 desta guia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim

60	Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total de taxas diversas e aluguéis.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim, quando houver cobrança de taxas ou aluguel, transcrever para este local o valor do campo 25 – Total de Taxas e Aluguéis (R\$) do Anexo de Outras Despesas, que deve ser juntada a esta guia.
61	Total de Materiais	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total dos materiais utilizados.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim, quando houver cobrança de materiais transcrever para este local o valor do campo 23 – Total de Materiais (R\$) do Anexo de Outras Despesas, que deve ser juntada a esta guia.
62	Total de OPME	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total dos OPME, considerando o valor unitário de cada material e quantidade utilizada.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicional. Deve ser preenchido caso haja órtese, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.
63	Total de Medicamentos	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total dos medicamentos utilizados.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim, quando houver cobrança de Medicamentos, transcrever para este local o valor do campo 22 – Total de Medicamentos (R\$) do Anexo de Outras Despesas, que deve ser juntada a esta guia.
64	Total Gases Medicinais (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valores referentes à quantidade de taxas de Gases Medicinais utilizados.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim, quando houver complemento, transcrever para este local o valor do campo 21 - Total Gases Medicinais (R\$) do Anexo de Outras Despesas, que deve ser juntada a essa guia.
65	Total Geral (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor em reais referente ao total geral da guia, ou seja, a soma dos campos 59, 60, 61, 62, 63 e 64 desta guia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
66	Assinatura do Responsável pela Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Carimbo e assinatura do responsável pela autorização.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia/Empresa Contratante.
	Obrigatório:	Sim
67	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
	Descrição do Preenchimento:	Assinatura do beneficiário ou do responsável.



	Preenchimento:	Beneficiário ou Responsável.
	Obrigatório:	Sim
68	Assinatura do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Carimbo e assinatura do Executante (Cooperado ou Prestador) que receberá pelos serviços/procedimentos realizados.
	Preenchimento:	Médico(a) Cooperado(a) ou Prestador Executante.
	Obrigatório:	Sim



Guia de Solicitação de Internação

Tem a finalidade de ser utilizada para a solicitação e autorização de internação, para tratamento em regime hospitalar e hospital-dia. Deve ser utilizada nas seguintes situações:

- Na solicitação de procedimentos realizados por equipe médica, em regime de internação hospitalar. Porém a apresentação da conta/faturamento desses procedimentos que os hospitais enviam à Unimed Goiânia, deve ser feita na Guia correspondente ao tipo de serviço executado e pelo contratado executante responsável pelo atendimento.

Todas as guias de solicitação de prorrogação de internação e respectivos documentos de autorização emitidos pela Unimed Goiânia ou Empresa Contratante, quando houver, devem ser anexadas à Guia de Solicitação de Internação inicial, quando da apresentação da conta para pagamento.

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc.)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO 2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

Logo da Empresa

1 - Registro AHS
2 - Número da Guia Através da Operadora

4 - Data da Autorização
5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira
8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN

10 - Nome
11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora
13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante
15 - Conselho Profissional
16 - Número no Conselho
17 - UF
18 - Código CBO

Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados de Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ
20 - Nome do Hospital/Local Solicitado
21 - Data sugerida para internação

22 - Caracter do Atendimento
23 - Tipo de Internação
24 - Regime de Internação
25 - Qtd. Diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME
27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal
30 - CID 10 (2)
31 - CID 10 (3)
32 - CID 10 (4)
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

Dados de Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar
40 - Qtd. Diárias Autorizadas
41 - Tipo de Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado
43 - Nome do Hospital / Local Autorizado
44 - Código CNES

45 - Observação Justificativa

46 - Data da Solicitação
47 - Assinatura do Profissional Solicitante
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Guia de Solicitação de Internação		
Nº	Campo	
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia no prestador de serviços.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impresso imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
3	Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia, atribuído pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso a Unimed Goiânia atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
4	Data da Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que a internação é autorizada.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim
5	Senha	
	Descrição do Preenchimento:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Em se tratando de beneficiário da Unimed Goiânia (064), transcrever o número de autorização informado pela Central de Teletendimento, ou informado no parecer de autorização; 2. Quando autorizado pelo Atendimento Presencial da Unimed Goiânia, o número já será informado. 3. Quando se tratar de beneficiário de empresa de custo operacional onde a empresa é autorizante, não haverá obrigatoriedade do preenchimento.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
6	Data de Validade da Senha	
	Descrição do Preenchimento:	O preenchimento deste campo está condicionado ao preenchimento do campo 5 – Senha.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim

Dados do Beneficiário		
7	Número da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Código do cartão do beneficiário. Deve ser preenchido da esquerda para a direita, exatamente com todos os dígitos impressos no cartão.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
8	Validade da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Data de validade do cartão do beneficiário.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
9	Atendimento a RN	
	Descrição do Preenchimento:	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.
	Preenchimento:	Atendente
	Obrigatório:	Sim
10	Nome	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do beneficiário por extenso, conforme cartão.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	
	Descrição do Preenchimento:	Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o Cartão Nacional de Saúde.
	Preenchimento:	Atendente
	Obrigatório:	Condicionado
Dados do Contratado Solicitante		
12	Código na Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a solicitação for feita por médico(a) cooperado(a), informar sempre o CRM com dígito do(a) médico(a) cooperado(a) na Unimed Goiânia, conforme carimbo padrão, fornecido pela Unimed Goiânia. • Quando a solicitação for feita por médico(a) não cooperado(a) (permitido somente nos atendimentos de urgência) preencher o código do prestador Pessoa Jurídica cadastrado na Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Atendente
	Obrigatório:	Sim

13	Nome do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a solicitação for feita por médico(a) cooperado(a), preencher o nome do(a) médico(a) solicitante; • Quando a solicitação for feita por médico(a) não cooperado(a) (permitido somente nos atendimentos de urgência) preencher o nome do prestador pessoa jurídica cadastrado na Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
14	Nome do Profissional Solicitante	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o nome do(a) médico(a) não cooperado que solicitou o procedimento.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim, quando o contratado informado no campo 13 for Pessoa Jurídica.
15	Conselho Profissional	
	Descrição do Preenchimento:	Código do Conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • 04 – Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFA) • 05 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) • 06 – Conselho Regional de Medicina (CRM) • 07 – Conselho Regional de Nutrição (CRN) • 08 – Conselho Regional de odontologia (CRO) • 09 – Conselho Regional de Psicologia (CRP) • 10 – Outros Conselhos
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
16	Número no Conselho	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro no Conselho Profissional.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
17	UF	
	Descrição do Preenchimento:	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional, conforme Tabela de Domínio nº 59.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim

18	Código CBO	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
Dados do Hospital/Local Solicitado/Dados da Internação		
19	Código da Operadora/CNPJ	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código do prestador (hospital) na Unimed Goiânia, onde está prevista a internação do beneficiário.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
20	Nome do Hospital/Local Solicitado	
	Descrição do Preenchimento:	Nome por extenso do prestador (hospital) onde o beneficiário possivelmente será internado.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
21	Data Sugerida para a Internação	
	Descrição do Preenchimento:	Data sugerida pelo contratado ou profissional solicitante para início da internação do beneficiário.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
22	Caráter do Atendimento	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com código do caráter de atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 23. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 – Para Atendimento Eletivo • Informar 2 – Para Atendimento de Urgência/Emergência.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
23	Tipo da Internação	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher conforme Tabela de Domínio nº 57. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 – Para Internação Clínica • Informar 2 – Para Internação Cirúrgica • Informar 3 – Para Internação Obstétrica; • Informar 4 – Para Internação Pediátrica; • Informar 5 – Para Internação Psiquiátrica.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim

24	Regime de Internação	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher conforme Tabela de Domínio nº 41. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 quando for Internação Hospitalar; • Informar 2 quando for Internação Hospital-dia; • Informar 3 quando for Internação Domiciliar.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
25	Quantidade de Diárias Solicitadas	
	Descrição do Preenchimento:	Número de dias de internação solicitados.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
26	Previsão de Uso de OPME	
	Descrição do Preenchimento:	Indicar se há previsão de utilização de OPME na internação. <ul style="list-style-type: none"> • Informar “S” se houver previsão; • Informar “N” se não houver previsão.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
27	Previsão de Uso de Quimioterápico	
	Descrição do Preenchimento:	Indicar se há previsão de uso de quimioterápicos na internação. <ul style="list-style-type: none"> • Informar “S” se houver previsão; • Informar “N” se não houver previsão.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
28	Indicação Clínica	
	Descrição do Preenchimento:	Informar os motivos e indicações clínicas que embasam ou justificam a solicitação.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
29	CID10 Principal	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do diagnóstico principal, motivador da internação.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Opcional

30	CID10 (2)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do segundo diagnóstico.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Opcional, em caso de segundo diagnóstico.
31	CID10 (3)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do terceiro diagnóstico.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Opcional, em caso de terceiro diagnóstico.
32	CID10 (4)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do quarto diagnóstico.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Opcional, caso de quarto diagnóstico.
33	Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
	Descrição do Preenchimento:	<p>Preencher conforme Tabela de Domínio nº 36.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar 0 quando se tratar de acidente ou doença relacionada ao trabalho; • Informar 1 quando se tratar de acidente de trânsito; • Informar 2 quando se tratar de outros tipos de acidentes; • Informar 9 quando se tratar de nenhum tipo de acidente.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim.
Procedimentos Solicitados		
34	Tabela	
	Descrição do Preenchimento:	<p>Informar conforme Tabela de Domínio nº 87.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 para Tabela Própria das Operadoras; • Informar 22 para Tabela Própria de Procedimentos e Eventos em Saúde.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
35	Código do Procedimento ou Item Assistencial	
	Descrição do Preenchimento:	Código do item realizado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim

36	Descrição	
	Descrição do Preenchimento:	Descrição do procedimento realizado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
37	Quantidade Solicitada	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade do procedimento solicitado.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
38	Quantidade Autorizada	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade autorizada do procedimento.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim
Dados da Autorização		
39	Data Provável da Admissão Hospitalar	
	Descrição do Preenchimento:	Data provável da admissão do paciente no hospital.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Condicionado, dever ser preenchido em caso de autorização pela Unimed Goiânia.
40	Quantidade de Diárias Autorizadas	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade de diárias autorizadas.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia/Empresa Contratante.
	Obrigatório:	Condicionado, devendo ser preenchido em caso de autorização pela Unimed Goiânia
41	Tipo da Acomodação Autorizada	
	Descrição do Preenchimento:	Deve ser preenchido conforme Tabela de Domínio nº 49. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 31 quando se tratar de Enfermaria; • Informar 13 quando se tratar de Apartamento.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Sim
42	Código na Operadora/CNPJ autorizado	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código na Unimed Goiânia do prestador (hospital) autorizado, onde o beneficiário será internado.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Sim

43	Nome do Hospital/Local Autorizado	
	Descrição do Preenchimento:	Nome por extenso do prestador (hospital) onde o beneficiário será internado.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Sim
44	Código CNES (Código Nacional do Estabelecimento de Saúde)	
	Descrição do Preenchimento:	Código do prestador (hospital) autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Sim
45	Observações/Justificativas	
	Descrição do Preenchimento:	Pode ser utilizada para complementar a indicação clínica ou outra observação/justificativa que se tornar necessária.
	Preenchimento:	
	Obrigatório:	Não.
46	Data da Solicitação	
	Descrição do Preenchimento:	Lançar a data da Solicitação.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
47	Assinatura do Profissional Solicitante	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com carimbo e assinatura do(a) profissional solicitante.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
48	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
	Descrição do Preenchimento:	Assinatura do beneficiário ou do responsável.
	Preenchimento:	Beneficiário ou Responsável.
	Obrigatório:	Sim
49	Assinatura do Responsável pela Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Carimbo e assinatura do responsável pela autorização.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia/Empresa Contratante.
	Obrigatório:	Sim

Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

As Guias de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento deve ser utilizada na solicitação de prorrogação de diárias e procedimentos realizados por equipe médica, em regime de internação hospitalar. Porém a apresentação da conta/faturamento desses procedimentos que os hospitais enviam à Unimed Goiânia, deve ser feita na Guia correspondente ao tipo de serviço executado e pelo contratado executante responsável pelo atendimento.

As guias de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complemento do Tratamento e respectivos documentos de autorização emitidos pela Unimed Goiânia ou Empresa Contratante, quando houver, devem ser anexadas à Guia de Solicitação de Internação inicial, quando da apresentação da conta para pagamento.

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc.)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

Logo da Operadora _____ 2.º nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS _____ 3 - Número da Guia de Solicitação de Internação _____ 4 - Data de Autorização _____

5 - Senha _____ 6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira _____ 8 - Nome _____

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora _____ 10 - Nome do Contratado _____

11 - Nome do Profissional Solicitante _____ 12 - Conselho Profissional _____ 13 - Número no Conselho _____ 14 - UF _____ 15 - Código CBO _____

Local de Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas _____ 17 - Tipo de Acomodação Solicitada _____

18 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Item Assistenciais Adicionais Solicitados

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

Dados de Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas _____ 25 - Tipo de Acomodação Autorizada _____

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação _____ 29 - Assinatura do Profissional Solicitante _____ 30 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____

Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento		
Nº	Campo	
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número da Guia no Prestador
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	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.
3	Número da Guia de Solicitação de Internação	
	Descrição do Preenchimento:	Deverá ser informado neste campo o número da autorização (senha) da internação inicial (Campo 5 da Guia de Solicitação de Internação).
	Preenchimento:	1. Secretária(o) 2. Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Sim.
4	Data da Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que o procedimento é autorizado.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim
5	Senha	
	Descrição do Preenchimento:	1. Em se tratando de beneficiário da Unimed Goiânia (064), ou de intercâmbio, transcrever o número de autorização informado pela Central de Tele Atendimento, ou informado no parecer de autorização; 2. Quando autorizado pelo Atendimento Presencial da Unimed Goiânia, o número já será informado; 3. Quando se tratar de beneficiário de empresa de custo operacional onde a empresa é autorizante, não haverá obrigatoriedade do preenchimento.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim

6	Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia, atribuído pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso a Unimed Goiânia atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Dados do Beneficiário		
7	Número da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Código do cartão do beneficiário. Deve ser preenchido da esquerda para a direita, exatamente com todos os dígitos impressos no cartão.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
8	Nome	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do beneficiário por extenso, conforme cartão.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante..
	Obrigatório:	Sim
Dados do Contratado Solicitante		
9	Código na Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	<ul style="list-style-type: none"> Quando a solicitação for feita por médico(a) cooperado(a), informar sempre o CRM com dígito do(a) médico(a) cooperado(a) na Unimed Goiânia, conforme carimbo padrão, fornecido pela Unimed Goiânia. Quando a solicitação for feita por médico(a) não cooperado(a) (permitido somente nos atendimentos de urgência) preencher o código do prestador Pessoa Jurídica cadastrado na Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Atendente
	Obrigatório:	Sim
10	Nome do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	<ul style="list-style-type: none"> Quando a solicitação for feita por médico(a) cooperado(a), preencher o nome do(a) médico(a) solicitante; Quando a solicitação for feita por médico(a) não cooperado(a) (permitido somente nos atendimentos de urgência) preencher o nome do prestador pessoa jurídica cadastrado na Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim

11	Nome do Profissional Solicitante	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o nome do(a) médico(a) não cooperado que solicitou o procedimento.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim, quando o contratado informado no campo 13 for Pessoa Jurídica.
12	Conselho Profissional	
	Descrição do Preenchimento:	Código do Conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
13	Número no Conselho	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro no Conselho Profissional.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
14	UF	
	Descrição do Preenchimento:	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional, conforme Tabela de Domínio nº 59.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
15	Código CBO	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
Dados da Internação		
16	Quantidade de Diárias Adicionais Solicitadas	
	Descrição do Preenchimento:	Número de dias de internação solicitados.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Condicionado, somente preencher no caso de solicitação de aumento do número de diárias. Caso sejam solicitados apenas procedimentos/medicamentos de alto custo, este campo deve ficar em branco.

17	Tipo da Acomodação Solicitada	
	Descrição do Preenchimento:	Deve ser preenchido conforme Tabela de Domínio nº 49. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 31 quando se tratar de Enfermaria; • Informar 13 quando se tratar de Apartamento.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido apenas no caso de alteração do tipo de acomodação.
18	Indicação Clínica	
	Descrição do Preenchimento:	Informar os motivos e indicações clínicas que embasam ou justificam a solicitação.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
Procedimentos Adicionais Solicitados		
19	Tabela	
	Descrição do Preenchimento:	Informar conforme Tabela de Domínio nº 87. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 para Tabela Própria das Operadoras; • Informar 02 para Tabela Própria de Procedimentos e Eventos em Saúde.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
20	Código do Procedimento ou Item Assistencial	
	Descrição do Preenchimento:	Código do item realizado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
21	Descrição	
	Descrição do Preenchimento:	Descrição do procedimento realizado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
22	Quantidade Solicitada	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade do procedimento solicitado.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
23	Quantidade Autorizada	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade do procedimento autorizado pela Operadora.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso hajam procedimentos adicionais a serem solicitados.
Dados da Autorização		
24	Quantidade de Diárias Adicionais Autorizadas	

	Descrição do Preenchimento:	Quantidade de diárias adicionais autorizadas.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia/Empresa Contratante.
	Obrigatório:	Condicionado, devendo ser preenchido sempre que o Campo 16 – Quantidade de Diárias Adicionais Solicitadas – for preenchido pelo prestador, caso seja autorizado pela Unimed Goiânia.
25	Tipo da Acomodação Autorizada	
	Descrição do Preenchimento:	Deve ser preenchido conforme Tabela de Domínio nº 49. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 31 quando se tratar de Enfermaria; • Informar 13 quando se tratar de Apartamento.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Condicionado, devendo ser preenchido sempre que o Campo 17 – Tipo da Acomodação Solicitada – for preenchido pelo prestador, caso seja autorizado pela Unimed Goiânia.
26	Justificativa da Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Justificativa sobre a não autorização por parte da operadora.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a Operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
27	Observações/Justificativas	
	Descrição do Preenchimento:	Pode ser utilizada para complementar a indicação clínica ou outra observação/justificativa que se tornar necessária.
	Preenchimento:	
	Obrigatório:	Opcional.
28	Data da Solicitação	
	Descrição do Preenchimento:	Lançar a data da Solicitação da Prorrogação ou Complementação do tratamento.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
29	Assinatura do Profissional Solicitante	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com carimbo e assinatura do(a) profissional solicitante.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
30	Assinatura do Responsável pela Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Carimbo e assinatura do responsável pela autorização.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia/Empresa Contratante.
	Obrigatório:	Sim

Anexo de Solicitação de Orteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME

A Guia de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME deve ser utilizada na solicitação de autorização para utilização de órteses, próteses e materiais especiais.

Essas guias e respectivos documentos de autorização emitidos pela Unimed Goiânia ou Empresa Contratante, quando houver, devem ser anexadas à Guia de SP/SADT ou à Guia de Solicitação de Internação inicial, quando da apresentação da conta para pagamento.

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc.)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente

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

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

Logo da Empresa

1- Registro ANS	3- Número da Guia Referenciada	4- Seria	6- Data de Autorização	8- Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário							
7- Número da Carteira		5- Nome					
Dados do Profissional Solicitante							
9- Nome do Profissional Solicitante		10- Telefone	11- E-mail				
Dados da Cirurgia							
12- Justificativa Técnica							
OPME Solicitadas							
13- Tabela	14- Código do Material	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							
26- Data da Solicitação		27- Assinatura do Profissional Solicitante			28- Assinatura do Responsável pela Autorização		

Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME		
Nº	Campo	
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim. 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.
3	Número da Guia Referenciada	
	Descrição do Preenchimento:	Deverá ser informado neste campo o número da autorização (senha) da internação inicial (Campo 5 da Guia de Solicitação de Internação, ou da Guia de SP/SADT, quando se tratar de tratamento ambulatorial).
	Preenchimento:	1. Secretária(o) 2. Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim.
4	Senha	
	Descrição do Preenchimento:	Senha de autorização emitida pela operadora.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
5	Data da Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
6	Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia, atribuído pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso a Unimed Goiânia atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Dados do Beneficiário		
7	Número da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Código do cartão do beneficiário. Deve ser preenchido da esquerda para a direita, exatamente com todos os dígitos impressos no cartão.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
8	Nome	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do beneficiário por extenso, conforme cartão.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante..
	Obrigatório:	Sim
Dados do Profissional Solicitante		
9	Nome	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do profissional solicitante, por extenso.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
10	Telefone	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código DDD da cidade em que está sendo feita a solicitação e o número do telefone de contato.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
11	E-Mail	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o endereço de e-mail para contato.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado, caso o Profissional Solicitante possua e-mail de contato.
Dados da Cirurgia		
12	Justificativa Técnica	
	Descrição do Preenchimento:	Informar os motivos e indicações clínicas que embasam ou justificam a solicitação.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante
	Obrigatório:	Sim

OPME Solicitadas		
13	Tabela	
	Descrição do Preenchimento:	Informar conforme Tabela de Domínio nº 87. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 para Tabela Própria das Operadoras; • Informar 19 para Tabela de Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).
	Preenchimento:	Profissional Solicitante
	Obrigatório:	Sim
14	Código do Material	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código do OPME solicitado.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante
	Obrigatório:	Sim
15	Descrição	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a descrição do OPME solicitado.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante
	Obrigatório:	Sim
16	Opção	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante
	Obrigatório:	Sim
17	Quantidade Solicitada	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a quantidade do OPME solicitado.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante
	Obrigatório:	Sim
18	Valor Unitário Solicitado	
	Descrição do Preenchimento:	Valor indicado pelo prestador para o material solicitado.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
19	Quantidade Autorizada	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade do OPME autorizado.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Sim

20	Valor Unitário Autorizado	
	Descrição do Preenchimento:	Valor autorizado para o OPME autorizado.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso o OPME seja fornecido pelo Profissional Solicitante.
21	Registro ANVISA do Material	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro do material na ANVISA
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
22	Referência do Material no Fabricante	
	Descrição do Preenchimento:	Código de referência do OPME no fabricante.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim
23	Nº de Autorização de Funcionamento	
	Descrição do Preenchimento:	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o OPME está sendo comprado.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o profissional solicitante vai adquirir o OPME.
24	Especificação do Material	
	Descrição do Preenchimento:	Especificação ou esclarecimento adicional acerca do OPME solicitado.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha alguma informação adicional acerca do OPME solicitado.
25	Observações/Justificativas	
	Descrição do Preenchimento:	Pode ser utilizada para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que se tornarem necessárias.
	Preenchimento:	
	Obrigatório:	Opcional.
26	Data da Solicitação	
	Descrição do Preenchimento:	Lançar a data da Solicitação do OPME.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim

27	Assinatura do Profissional Solicitante	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com carimbo e assinatura do(a) profissional solicitante.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
28	Assinatura do Responsável pela Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Carimbo e assinatura do responsável pela autorização.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia/Empresa Contratante.
	Obrigatório:	Sim

Anexo de Solicitação de Quimioterapia

Essa guia deverá ser utilizada na solicitação de autorização para utilização de tratamento quimioterápico.

Essas guias e respectivos documentos de autorização emitidos pela Unimed Goiânia ou Empresa Contratante, quando houver, devem ser anexadas à Guia de SP/SADT ou à Guia de Solicitação de Internação inicial, quando da apresentação da conta para pagamento.

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc.)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente

Anexo de Solicitação de Quimioterapia		
Nº	Campo	
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impresso imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
3	Número da Guia Referenciada	
	Descrição do Preenchimento:	Deverá ser informado neste campo o número da autorização (senha) da internação inicial (Campo 5 da Guia de Solicitação de Internação, ou da Guia de SP/SADT, quando se tratar de tratamento ambulatorial).
	Preenchimento:	1. Secretária(o) 2. Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim.
4	Senha	
	Descrição do Preenchimento:	1. Em se tratando de beneficiário da Unimed Goiânia (064), ou de intercâmbio, transcrever o número de autorização informado pela Central de Tele Atendimento, ou informado no parecer de autorização; 2. Quando autorizado pelo Atendimento Presencial da Unimed Goiânia, o número já será informado; 3. Quando se tratar de beneficiário de empresa de custo operacional onde a empresa é autorizante, não haverá obrigatoriedade do preenchimento.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
5	Data da Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que o procedimento é autorizado.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim
6	Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia, atribuído pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso a Unimed Goiânia atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Dados do Beneficiário		
7	Número da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Código do cartão do beneficiário. Deve ser preenchido da esquerda para a direita, exatamente com todos os dígitos impressos no cartão.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
8	Nome	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do beneficiário por extenso, conforme cartão.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante..
	Obrigatório:	Sim
9	Peso (Kg)	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o peso do beneficiário em quilos.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
10	Altura (Cm)	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a altura do beneficiário em centímetros.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante..
	Obrigatório:	Sim
11	Superfície Corporal (m²)	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a superfície corporal do beneficiário, em metros quadrados.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante..
	Obrigatório:	Sim
12	Idade	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a idade do beneficiário.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante..
	Obrigatório:	Sim
13	Sexo	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a identificação do sexo do beneficiário, conforme Tabela de Domínio nº 43, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 – Para Masculino • Informar 2 – Para Feminino.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim

Dados do Profissional Solicitante		
14	Nome do Profissional Solicitante	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do profissional solicitante, por extenso.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
15	Telefone	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código DDD da cidade em que está sendo feita a solicitação e o número do telefone de contato.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
16	E-Mail	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o endereço de e-mail para contato.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado, caso o Profissional Solicitante possua e-mail de contato.
Diagnóstico Oncológico		
17	Data do Diagnóstico	
	Descrição do Preenchimento:	Data na qual foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
18	CID10 Principal	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do diagnóstico principal, motivador da solicitação.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Opcional
19	CID10 (2)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do segundo diagnóstico.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Opcional, em caso de segundo diagnóstico.
20	CID10 (3)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do terceiro diagnóstico.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Opcional, em caso de terceiro diagnóstico.
21	CID10 (4)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do quarto diagnóstico.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Opcional, caso de quarto diagnóstico.

22	Estadiamento	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o estadiamento (estágio clínico) do tumor, conforme Tabela de Domínio nº 31. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 – Para I estágio • Informar 2 – Para II estágio • Informar 3 – Para III estágio • Informar 4 – Para IV estágio • Informar 5 – Não se aplica.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
23	Tipo de Quimioterapia	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código do tipo de Quimioterapia, conforme Tabela de Domínio nº 58. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 – Para 1ª linha • Informar 2 – Para 2ª linha • Informar 3 – Para 3ª linha • Informar 4 – Outras linhas
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
24	Finalidade	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código da finalidade do tratamento, conforme Tabela de Domínio nº 33. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 - Para Curativa; • Informar 2 - Para Neoadjuvante; • Informar 3 - Para Adjuvante; • Informar 4 - Para Paliativa; • Informar 5 - Para Controle.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim

25	ECOG	
	Descrição do Preenchimento: <ul style="list-style-type: none"> Preencher com a classificação internacional sobre capacidade funcional do beneficiário portador de doença oncológica, conforme tabela de Domínio nº 30. • Informar 0 – Para totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico. • Informar 1 – Para situações nas quais não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório. • Informar 2 – Para situações nas quais caminha e é capaz de exercer as atividades de auto cuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília. • Informar 3 – Para situações nas quais apresenta capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília. • Informar 4 – Para situações nas quais é completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira. 	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
26	Tumor	NOVO
	Descrição do Preenchimento: <ul style="list-style-type: none"> Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67. • Informar 1 – Para T1 • Informar 2 – Para T2 • Informar 3 – Para T3 • Informar 4 – Para T4 • Informar 5 – Para T0 • Informar 6 – Para Tis • Informar 7 – Para Tx 	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
27	Nódulo	NOVO
	Descrição do Preenchimento: <ul style="list-style-type: none"> Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66 • Informar 1 – Para N1 • Informar 2 – Para N2 • Informar 3 – Para N3 • Informar 4 – Para N0 • Informar 5 – Para Nx 	

	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
28	Metástase		NOVO
	Descrição do Preenchimento:	Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 65 <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 – Para M1 • Informar 2 – Para M0 • Informar 3 – Para Mx 	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
29	Plano Terapêutico		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o Plano Terapêutico proposto pelo profissional solicitante.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
30	Diagnóstico Cito/Histopatológico		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Opcional.	
31	Informações Relevantes		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com outras informações que forem relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para o esclarecimento do caso.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento solicitado.	
Medicamentos e Drogas Solicitados			
32	Data Prevista para Administração		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
33	Tabela		RENUMERADO

	Descrição do Preenchimento:	Preencher conforme Tabela de Domínio nº 87. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 para Tabela Própria das Operadoras; • Informar 20 para Tabela de Medicamentos. 	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
34	Código do Medicamento		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código do medicamento solicitado, conforme Tabela de Domínio.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
35	Descrição		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a descrição do medicamento solicitado.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
36	Dosagem Total no Ciclo		ALTERADO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a quantidade de doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
37	Unidade de medida do medicamento		NOVO
	Descrição do Preenchimento:	Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 047 – Para CGY • Informar 048 – Para PAR • Informar 049 – Para ADES • Informar 050 – Para COM EFEV • Informar 051 – Para COM MST • Informar 052 – Para SACHE • Informar 053 – Para M • Informar 054 – Para M² • Informar 055 – Para M³ • Informar 056 – Para MG/peso • Informar 057 – Para MG/M² • Informar 058 – Para CAL • Informar 059 – Para UI/M² • Informar 060 – Para UI/ML • Informar 061 – Para CM³ 	

	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
38	Via Adm		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a via de administração do medicamento, conforme Tabela de Domínio nº 62.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
39	Frequência		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
Tratamentos Anteriores			
40	Cirurgia		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a descrição de procedimento cirúrgico relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.	
41	Data da Realização		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Data em que a cirurgia foi realizada.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.	
42	Área Irradiada		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.	
43	Data da Aplicação		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.	
44	Observação/Justificativa		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Opcional.	
45	Número de Ciclos Previstos		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Número de ciclos previstos para o tratamento.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	

	Obrigatório:	Sim	
46	Ciclo Atual		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
47	Intervalo entre Ciclos (em dias)		
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a quantidade de dias entre os ciclos de tratamento.	
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
48	Data da Solicitação		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Lançar a data da Solicitação do procedimento.	
	Preenchimento:	Profissional solicitante, mesmo sendo médico cooperado.	
	Obrigatório:	Sim	
49	Assinatura do Profissional Solicitante		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com carimbo e assinatura do(a) profissional solicitante.	
	Preenchimento:	Profissional solicitante.	
	Obrigatório:	Sim	
50	Assinatura do Responsável pela Autorização		RENUMERADO
	Descrição do Preenchimento:	Carimbo e assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	
	Preenchimento:	Unimed Goiânia/Empresa Contratante.	
	Obrigatório:	Sim.	

Anexo de Solicitação de Radioterapia

Essa guia deverá ser utilizada na solicitação de autorização para utilização de tratamento de radioterapia.

Essas guias e respectivos documentos de autorização emitidos pela Unimed Goiânia ou Empresa Contratante, quando houver, devem ser anexadas à Guia de SP/SADT ou à Guia de Solicitação de Internação inicial, quando da apresentação da conta para pagamento.

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc.)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente



Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	6 - Data da Autorização	9 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Nome			9 - Idade
Dados do Profissional Solicitante				
11 - Nome do Profissional Solicitante		12 - Telefone	13 - E-mail	
Diagnóstico Oncológico				
14 - Data do diagnóstico	16 - CID 10 Principal (Opcional)	18 - CID 10 (2) (Opcional)	17 - CID 10 (8) (Opcional)	19 - CID 10 (4) (Opcional)
18 - Diagnóstico por imagem		20 - Estadiamento	21 - ECOG	22 - Finalidade
23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico			Tratamentos Anteriores	
			25 - Cirurgia	
			26 - Data da Realização	
24 - Informações relevantes			27 - Quimioterapia	
			28 - Data da Aplicação	
29 - Número de Campos	30 - Dose por dia (em Gy)	31 - Dose Total (em Gy)	32 - Número de Dias	33 - Data Prevista para início da Administração
34 - Observação/Justificativa				
36 - Data da Solicitação	38 - Assinatura do Profissional Solicitante			37 - Assinatura do Autorizador da Operadora

Anexo de Solicitação de Radioterapia		
Nº	Campo	Descrição
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impresso imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
3	Número da Guia Referenciada	
	Descrição do Preenchimento:	Deverá ser informado neste campo o número da autorização (senha) da internação inicial (Campo 5 da Guia de Solicitação de Internação, ou da Guia de SP/SADT, quando se tratar de tratamento ambulatorial).
	Preenchimento:	1. Secretária(o) 2. Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim.
4	Senha	
	Descrição do Preenchimento:	1. Em se tratando de beneficiário da Unimed Goiânia (064), ou de intercâmbio, transcrever o número de autorização informado pela Central de Tele Atendimento, ou informado no parecer de autorização; 2. Quando autorizado pelo Atendimento Presencial da Unimed Goiânia, o número já será informado; 3. Quando se tratar de beneficiário de empresa de custo operacional onde a empresa é autorizante, não haverá obrigatoriedade do preenchimento.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
5	Data da Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que o procedimento é autorizado.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim

6	Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia, atribuído pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso a Unimed Goiânia atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Dados do Beneficiário		
7	Número da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Código do cartão do beneficiário. Deve ser preenchido da esquerda para a direita, exatamente com todos os dígitos impressos no cartão.
	Preenchimento:	Atendente.
	Obrigatório:	Sim
8	Nome	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do beneficiário por extenso, conforme cartão.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
9	Idade	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a idade do beneficiário.
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante..
	Obrigatório:	Sim
10	Sexo	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a identificação do sexo do beneficiário, conforme Tabela de Domínio nº 43. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 – Para Masculino • Informar 2 – Para Feminino
	Preenchimento:	Médico(a) solicitante.
	Obrigatório:	Sim
Dados do Profissional Solicitante		
11	Nome do Profissional Solicitante	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do profissional solicitante, por extenso.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim

12	Telefone	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código DDD da cidade em que está sendo feita a solicitação e o número do telefone de contato.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
13	E-Mail	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o endereço de e-mail para contato.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado, caso o Profissional Solicitante possua e-mail de contato.
Diagnóstico Oncológico		
14	Data do Diagnóstico	
	Descrição do Preenchimento:	Data na qual foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
15	CID10 Principal	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do diagnóstico principal, motivador da solicitação.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Opcional
16	CID10 (2)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do segundo diagnóstico.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Opcional, em caso de segundo diagnóstico.
17	CID10 (3)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do terceiro diagnóstico.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Opcional, em caso de terceiro diagnóstico.
18	CID10 (4)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do quarto diagnóstico.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Opcional, caso de quarto diagnóstico.

19	Diagnóstico por Imagem	
	Descrição do Preenchimento:	<p>Preencher com a tecnologia utilizada para diagnóstico por imagem, conforme Tabela de Domínio nº 29.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 - Para Tomografia • Informar 2 - Para Ressonância Magnética • Informar 3 - Raio-X • Informar 4 - Outras • Informar 5 - Ultrassonografia • Informar 6 - PET
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme Tabela de Domínio.
20	Estadiamento	
	Descrição do Preenchimento:	<p>Preencher com o estadiamento (estágio clínico) do tumor, conforme Tabela de Domínio nº 31.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar I – Para I estágio • Informar 2 – Para II estágio • Informar 3 – Para III estágio • Informar 4 – Para IV estágio • Informar 5 – Não se aplica.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
21	ECOG	
	Descrição do Preenchimento:	<p>Preencher com a classificação internacional sobre capacidade funcional do beneficiário portador de doença oncológica, conforme tabela de Domínio nº 30.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar 0 – Totalmente ativo, capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico. • Informar 1 – Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório. • Informar 2 – Caminha e é capaz de exercer as atividades de auto cuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília. • Informar 3 – Capacidade de auto cuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília. • Informar 4 – Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de auto cuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim

22	Finalidade	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código da finalidade do tratamento, conforme Tabela de Domínio nº 33, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 - Para Curativa; • Informar 2 - Para Neoadjuvante; • Informar 3 - Para Adjuvante; • Informar 4 - Para Paliativa; • Informar 5 - Para Controle.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.
23	Diagnóstico Cito/Histopatológico	
	Descrição do Preenchimento:	Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Opcional.
24	Informações Relevantes	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com outras informações que forem relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para o esclarecimento do caso.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento solicitado.
Tratamentos Anteriores		
25	Cirurgia	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a descrição de procedimento cirúrgico relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
26	Data da Realização	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a data de realização em que a cirurgia foi realizada.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
27	Quimioterapia	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a identificação de Quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico realizado anteriormente.
28	Data da Aplicação	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a data na qual foi realizada a quimioterapia anterior.

	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico realizado anteriormente.
Procedimentos Complementares		
29	Data Prevista	EXCLUÍDO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a data prevista para a administração da Radioterapia.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.
30	Tabela	EXCLUÍDO
	Descrição do Preenchimento:	Informar conforme Tabela de Domínio nº 87. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 - Para Tabela Própria das Operadoras; • Informar 22 - Para Tabela Própria de Procedimentos e Eventos em Saúde.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.
31	Código do Procedimento	EXCLUÍDO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código identificador do procedimento solicitado pelo profissional solicitante, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.
32	Descrição	EXCLUÍDO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código do item solicitado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.
33	Quantidade	EXCLUÍDO
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a quantidade do procedimento solicitado pelo profissional solicitante.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.
29	Número de Campos	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o número de campos de irradiação.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.

30	Dose por dia (em GY)	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a dose de radioterápico, expressa em GY (unidade de medida), por dia de tratamento.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.
31	Dose Total (em GY)	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a dose total, expressa em GY (unidade de medida), a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.
32	Número de Dias	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.
33	Data Prevista para Início da Administração	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a data prevista para a administração da Radioterapia.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim.
34	Observação/Justificativa	
	Descrição do Preenchimento:	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.
	Preenchimento:	Profissional Solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Opcional.
35	Data da Solicitação	
	Descrição do Preenchimento:	Lançar a data da Solicitação do procedimento.
	Preenchimento:	Profissional solicitante, mesmo sendo médico cooperado.
	Obrigatório:	Sim
36	Assinatura do Profissional Solicitante	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com carimbo e assinatura do(a) profissional solicitante.
	Preenchimento:	Profissional solicitante.
	Obrigatório:	Sim
37	Assinatura do Responsável pela Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Carimbo e assinatura do responsável pela autorização.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia/Empresa Contratante.
	Obrigatório:	Sim

Anexo de Outras Despesas

Esta Guia estará sempre ligada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia Resumo de Internação), não existindo por si só. É utilizada para cobrança de despesas com gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME, taxas, aluguéis, diárias e pacotes de despesas que não contenham honorários, decorrentes dos atendimentos registrados nas referidas guias.

Portanto, quando da apresentação de contas, deve estar sempre anexa à guia principal.

Para preenchimento dessa guia, é essencial o agrupamento das despesas conforme o tipo da despesa, listando em ordem crescente, por data de utilização, e seguindo a ordem do código de despesa realizada.

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente

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

Logo da Empresa _____

1 - Registro ANS _____ 2 - Número da Guia Referenciada _____

Dados do Contratado Executante

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

Despesas Realizadas:

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

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) _____

22 - Total de Medicamentos (R\$) _____

23 - Total de Materiais (R\$) _____

24 - Total de OPME (R\$) _____

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____

26 - Total de Diárias (R\$) _____

27 - Total Geral (R\$) _____

Anexo de Outras Despesas		
Nº	Campo	Descrição
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia Referenciada	
	Descrição do Preenchimento:	Deverá ser informado neste campo o número da autorização (senha) da internação inicial (Campo 5 da Guia de Solicitação de Internação, ou da Guia de SP/SADT, quando se tratar de tratamento ambulatorial).
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim.
Dados do Contratado Executante		
3	Código na Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código na Unimed Goiânia, conforme descrito abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Se o executante for médico(a) cooperado(a), preencher com o CRM + dígito da Unimed Goiânia; • Se o executante for Pessoa Jurídica, informar o código cadastrado e fornecido pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
4	Nome do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o nome do executante (Médico(a) cooperado(a) ou prestador).
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
5	Código CNES (Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde)	
	Descrição do Preenchimento:	Código do Cadastro Nacional do Prestador Executante.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
Despesas Realizadas		
6	CD (Código da Despesa)	

	Descrição do Preenchimento:	Preencher com os códigos da natureza da despesa, conforme Tabela de Domínio nº 25. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 – Gases Medicinais; • Informar 2 – Medicamentos; • Informar 3 – Materiais; • Informar 5 – Diárias; • Informar 7 – Taxas e Aluguéis; • Informar 8 – OPME.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
7	Data	
	Descrição do Preenchimento:	Data de realização das despesas, obedecendo o formato Dia, Mês e Ano.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
8	Hora Inicial	
	Descrição do Preenchimento:	Hora inicial da realização da despesa, obedecendo ao critério de horas e minutos – HH:MM.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurada em horas.
9	Hora Final	
	Descrição do Preenchimento:	Hora final da realização da despesa, obedecendo ao critério de horas e minutos - HH:MM.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurada em horas.
10	Tabela	
	Descrição do Preenchimento:	Informar conforme Tabela de Domínio nº 87 <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 - Tabela Própria das Operadoras • Informar 18 - Diárias, Taxas e Gases Medicinais; • Informar 19 - Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME); • Informar 20 - Medicamentos; • Informar 98 - Tabela Própria de Pacotes.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
11	Código do Item	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o Código das despesas realizadas, conforme Tabelas fornecidas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim

12	Quantidade	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade realizada da despesa apresentada.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
13	Unidade de Medida	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código da unidade de medida, conforme Tabela de Domínio nº 60.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
14	Fator de Red./Acrésc.	
	Descrição do Preenchimento:	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor da despesa realizada ou item assistencial utilizado.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1,00.
15	Valor Unitário	
	Descrição do Preenchimento:	Valor unitário de cada despesa.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
16	Valor Total	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total de cada despesa realizada, considerando a quantidade executada, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
17	Registro ANVISA do Material	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro do material na ANVISA.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, <u>quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na Tabela TUSS.</u>
18	Referência do Material no Fabricante	
	Descrição do Preenchimento:	Código de Referência do material no fabricante.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando de tratar de órteses, próteses e materiais especiais, <u>quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na tabela TUSS.</u>
19	Nº Autorização de Funcionamento	
	Descrição do Preenchimento:	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o OPME foi comprado. Transcrever do campo nº 23 do Anexo de Solicitação de OPME.

	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
20	Descrição	
	Descrição do Preenchimento:	Descrição do item assistencial utilizado.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
21	Total Gases Medicinais (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor final de gases medicinais, considerando o respectivo somatório do campo 16 – Valor Total.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. Caso não hajam gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
22	Total Medicamentos (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total de medicamentos, considerando o respectivo somatório do campo 16 - Valor Total.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. Caso não hajam medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
23	Total de Materiais (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total de materiais, considerando o respectivo somatório do campo 16 – Valor Total.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. Caso não hajam materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
24	Total de OPME (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total de OPME, considerando o respectivo somatório do campo 16 – Valor Total.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. Caso não hajam OPME cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
25	Total Taxas e Aluguéis (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total de taxas e aluguéis diversos, considerando o respectivo somatório do campo 16 - Valor Total. Ex.: Taxa de Sala, de Aparelhos, entre outras.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. Caso não hajam taxas ou aluguéis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
26	Total Diárias R\$	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total de diárias, considerando o respectivo somatório do campo 16 - Valor Total. Utilizado apenas quando se tratar de paciente internado.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. Caso não hajam diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
27	Total Geral R\$	
	Descrição do Preenchimento:	Valor referente ao total geral do Anexo de Outras Despesas, ou seja, o somatório dos campos 21 a 26.



	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.

Guia de Resumo de Internação

Deve ser utilizada para a cobrança de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar. A cobrança dos honorários dos procedimentos e exames deve ser realizada nesta guia quando efetuados diretamente pelo hospital.

A Guia de Resumo de Internação **não deve ser utilizada** para os procedimentos já faturados na Guia de SP/SADT.

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador: **12345678901234567890**

Logo da Empresa

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia de Solicitação de Informação

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

Dados do Beneficiário

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

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado 15 - Código CNES

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento 17 - Tipo de Faturamento 18 - Data do Início do Faturamento 19 - Hora do Início do Faturamento 20 - Data do Fim do Faturamento 21 - Hora do Fim do Faturamento 22 - Tipo de Internação 23 - Regime de Internação

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 (2) 26 - CID 10 (3) 27 - CID 10 (4) 28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 29 - Motivo de Encerramento da Internação 30 - Número da declaração de nascido vivo 31 - CID 10 Óbito 32 - Número da declaração de óbito 33 - Indicador D.O. de RN

Procedimentos e Exames Realizados

34 - Data	35 - Hora Inicial	36 - Hora Final	37 - Tabela	38 - Código do Procedimento	39 - Descrição	40 - Qtds.	41 - Vts	42 - Téc	43 - Fator Red/Acreac	44 - Valor Unitário (R\$)	45 - Valor Total (R\$)
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											

Identificação da Equipe

46 - Seq. Ref	47 - Grau Prof.	48 - Código na Operadora/CPF	49 - Nome do Profissional	50 - Conselho Profissional	51 - Número no Conselho	52 - UF	53 - Código CBO

54 - Total de Procedimentos (R\$) 55 - Total de Diárias (R\$) 56 - Total de Taxas Aluguel(s) (R\$) 57 - Total de Materiais (R\$) 58 - Total de OPME (R\$) 59 - Total de Medicamentos (R\$) 60 - Total de Gases Medicinais (R\$) 61 - Total Geral (R\$)

62 - Data da assinatura do contratado 63 - Assinatura do contratado 64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

65 - Observações / Justificativa

Guia de Resumo de Internação		
Nº	Campo	Descrição
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia no prestador de serviços
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	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.
3	Número da Guia de Solicitação de Internação	
	Descrição do Preenchimento:	Deverá ser informado neste campo o número da autorização (senha) da internação inicial (Campo 5 da Guia de Solicitação de Internação).
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
4	Data da Autorização	
	Descrição do Preenchimento:	Transcrever a Data da autorização da internação, conforme lançado no Campo 4 – Data da Autorização, da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
5	Senha	
	Descrição do Preenchimento:	Transcrever o número da autorização (senha) de autorização de internação, conforme descrito do Campo 5 - Senha, da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
6	Data de Validade da Senha	
	Descrição do Preenchimento:	Data limite para utilização do procedimento autorizado. Transcrever a mesma data do Campo 6 – Data de Validade da Senha, da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
7	Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia, atribuído pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia

	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso a Unimed Goiânia atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Dados do Beneficiário		
8	Número da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Código do cartão do beneficiário. Transcrever exatamente conforme preenchido no campo 7 – Número da Carteira, da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
9	Validade da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Data de validade do cartão do beneficiário. Transcrever exatamente conforme preenchido no campo 8 – Validade da Carteira, da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
10	Nome	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do beneficiário por extenso, conforme cartão. Transcrever exatamente conforme preenchido no campo 10 – Nome, da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
11	Cartão Nacional de Saúde	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o número do cartão nacional de saúde do beneficiário. Transcrever exatamente conforme preenchido no campo 11 – Cartão Nacional de Saúde, da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo 11 da Guia de Solicitação de Internação esteja preenchido.
12	Atendimento a RN	
	Descrição do Preenchimento:	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. Transcrever exatamente conforme preenchido no campo 9 – Atendimento a RN, da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
Dados do Contratado Executante		
13	Código na Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código do prestador (hospital) na Unimed Goiânia, no qual foi efetuada a internação.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
14	Nome do Contratado	

	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o nome do prestador (hospital) conforme cadastro na Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
15	Código CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde)	
	Descrição do Preenchimento:	Lançar o Código do Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde – CNES, do contratado executante.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
Dados da Internação		
16	Caráter do Atendimento	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com código do caráter de atendimento, conforme Tabela de Domínio nº 23. Transcrever exatamente conforme preenchido no campo 22 da Guia de Solicitação de Internação. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 - Atendimento Eletivo • Informar 2 - Atendimento de Urgência/Emergência.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
17	Tipo de Faturamento	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o tipo de faturamento apresentado na guia, conforme Tabela de Domínio nº 55, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 - Parcial • Informar 2 - Final • Informar 3 - Complementar • Informar 4 - Total.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
18	Data do Início do Faturamento	
	Descrição do Preenchimento:	Informar a data do início do período de faturamento, no formato dia, mês e ano.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.
19	Hora do Início do Faturamento	
	Descrição do Preenchimento:	Informar a hora do início do período de faturamento, no formato horas e minutos.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. 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.
20	Data do Fim do Faturamento	
	Descrição do Preenchimento:	Informar a data do fim do período de faturamento, no formato dia, mês e ano.

	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. 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.
21	Hora do Fim do Faturamento	
	Descrição do Preenchimento:	Informar a hora do fim do período de faturamento, no formato horas e minutos.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. 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.
22	Tipo da Internação	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher conforme Tabela de Domínio nº 57. Transcrever conforme descrito no campo 23 da Guia de Solicitação de Internação. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 - Internação Clínica • Informar 2 - Internação Cirúrgica • Informar 3 - Internação Obstétrica; • Informar 4 - Internação Pediátrica; • Informar 5 - Internação Psiquiátrica.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
23	Regime de Internação	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher conforme Tabela de Domínio nº 41. Transcrever conforme descrito no campo 24 da Guia de Solicitação de Internação. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 - Internação Hospitalar; • Informar 2 - Internação Hospital-dia; • Informar 3 - Internação Domiciliar.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
24	CID10 Principal	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do diagnóstico principal, motivador da internação.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Transcrever conforme descrito no campo 29 da Guia de Solicitação de Internação.
25	CID10 (2)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do segundo diagnóstico.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Opcional, em caso de segundo diagnóstico.
26	CID10 (3)	

	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do terceiro diagnóstico.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Opcional, em caso de terceiro diagnóstico.
27	CID10 (4)	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do quarto diagnóstico.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Opcional, caso de quarto diagnóstico.
28	Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher conforme Tabela de Domínio nº 36. Transcrever conforme descrito no campo 33 da Guia de Solicitação de Internação. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 0 - quando se tratar de acidente ou doença relacionada ao trabalho; • Informar 1 - quando se tratar de acidente de trânsito; • Informar 2 - quando se tratar de outros tipos de acidentes; • Informar 9 - quando se tratar de nenhum tipo de acidente.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim.
29	Motivo de Encerramento da Internação	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
30	Número da Declaração de Nascido Vivo	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o número da declaração de nascimento dos nascidos vivos, que é o documento base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
31	CID 10 Óbito	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o código CID10 do diagnóstico principal e motivador do óbito.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Opcional
32	Nº da Declaração do Óbito	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o número da Declaração de Óbito.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao Código 41 (óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na Guia de Internação da mãe.
33	Indicador D.O. de RN	

	Descrição do Preenchimento:	Preencher com a indicação de que a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • S – SIM, caso a declaração de óbito informada seja do RN; • N – Não, caso a declaração de óbito informada seja da mãe.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando o campo 32 – Número da Declaração de Óbito estiver preenchido.
Procedimentos e Exames Realizados		
34	Data	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado, obedecendo ao critério dia, mês e ano.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
35	Hora Inicial	
	Descrição do Preenchimento:	Hora inicial da realização do procedimento, obedecendo ao critério de horas e minutos – HH:MM.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência ou cirurgia.
36	Hora Final	
	Descrição do Preenchimento:	Hora final da realização do procedimento, obedecendo ao critério de horas e minutos - HH:MM.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência, ou cirurgia.
37	Tabela	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher conforme Tabela de Domínio nº 87 <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 - para Tabela Própria das Operadoras • Informar 22 - para Tabela Própria de Procedimentos e Eventos em Saúde.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
38	Código do Procedimento	
	Descrição do Preenchimento:	Código do item realizado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia, devendo ser preenchido da esquerda para a direita.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
39	Descrição	
	Descrição do Preenchimento:	Descrição do procedimento realizado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim

40	Qtde	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade realizada do procedimento.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
41	Via	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o Código da Via de Acesso para a realização do procedimento, conforme Tabela de Domínio 61. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 - para Via Única; • Informar 2 - para Mesma Via; • Informar 3 - para Diferentes Vias.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de cirurgia.
42	Tec	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código da técnica utilizada para a realização do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 48. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 1 - para Convencional; • Informar 2 - para Vídeo; • Informar 3 - para Robótica.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de cirurgia.
43	Fator Red./Acrésc.	
	Descrição do Preenchimento:	Fator de redução/acrécimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado. Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • No caso de radiologia de múltiplas áreas ou seguimentos. • Em atendimentos de urgência e emergência.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, deve ser informado o fator 1,00.
44	Valor Unitário (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor unitário de cada procedimento realizado.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
45	Valor Total (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total da cada procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
Identificação da Equipe		
46	Seq. Ref.	

	Descrição do Preenchimento:	Número seqüencial do procedimento, que o relaciona à equipe executante. Informar obedecendo à seqüência apresentada no bloco Procedimentos e Exames Realizados desta guia, listando a equipe completa de cada procedimento.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico, clínico ou qualquer honorário médico que for pago direto ao hospital.
47	Grau Part.	
	Descrição do Preenchimento:	<p>Grau de participação do profissional na equipe médica que realizou o procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 35.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 - quando for Cirurgião; • Informar 01 - quando for Primeiro Auxiliar; • Informar 02 - quando for Segundo Auxiliar; • Informar 03 - quando for Terceiro Auxiliar; • Informar 04 - quando for Quarto Auxiliar; • Informar 06 - quando for Anestesista; • Informar 09 - quando for Perfusionista; • Informar 10 - quando for Pediatra da sala de parto; • Informar 12 - quando for Clínico; • Informar 13 - quando for Intensivista.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
48	Código na Operadora/CPF	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher quando o profissional executante não for médico cooperado, informando o CPF do mesmo.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
49	Nome do Profissional	
	Descrição do Preenchimento:	Informar, por extenso, o nome do Médico executante e participante da equipe médica.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
50	Conselho Profissional	

	Descrição do Preenchimento:	Código do Conselho Profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme Tabela de Domínio nº 26. <ul style="list-style-type: none"> • Informar 04 – Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFA) • Informar 05 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) • Informar 06 – Conselho Regional de Medicina (CRM) • Informar 07 – Conselho Regional de Nutrição (CRN) • Informar 08 – Conselho Regional de odontologia (CRO) • Informar 09 – Conselho Regional de Psicologia (CRP) • Informar 10 – Outros Conselhos
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
51	Número no Conselho	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro no Conselho Profissional, sendo ele cooperado ou não.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
52	UF	
	Descrição do Preenchimento:	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional, conforme Tabela de Domínio nº 59. <ul style="list-style-type: none"> • 52 – Goiás Quando se tratar de outras unidades federativas, consultar a Tabela de Domínio nº 59 da ANS.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
53	Código CBO	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 24
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
54	Total de Procedimentos R\$	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total dos honorários dos procedimentos realizados, constantes no campo 45 (frente e verso) desta guia. Quando não houver, preencher com 0,00.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim

55	Total de Diárias R\$	
	Descrição do Preenchimento:	Transcrever para este local o valor do campo 26 – Total Diárias (R\$) do Anexo de Outras Despesas, que deve ser anexada a esta guia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso hajam diárias cobradas.
56	Total de Taxas e Aluguéis R\$	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total de taxas e aluguéis. Transcrever para este local os valores do campo 25 – Total de Taxas e Aluguéis (R\$) do Anexo de Outras Despesas, que deve ser anexada a esta guia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso hajam taxas ou aluguéis cobrados.
57	Total de Materiais R\$	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total dos materiais utilizados (exceto OPM). Transcrever para este local o valor do campo 23 – Total Materiais (R\$) do Anexo de Outras Despesas, que deve ser anexada a esta guia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
58	Total de OPME R\$	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes.
59	Total de Medicamentos R\$	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total dos medicamentos utilizados (exceto OPM). Transcrever para este local o valor do campo 22 – Total Medicamentos (R\$) do Anexo de Outras Despesas, que deve ser anexada a esta guia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
60	Total Gases Medicinais R\$	
	Descrição do Preenchimento:	Valores totais dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados. Transcrever para este local o valor do campo 21 - Total de Gases Medicinais (R\$) do Anexo de Outras Despesas, que deve ser anexada a essa guia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso hajam gases medicinais cobrados.

61	Total Geral R\$	
	Descrição do Preenchimento:	Valor em reais referente ao total geral da guia, ou seja, a soma dos campos 54 a 60 desta guia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
62	Data da Assinatura do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Informar a data da assinatura do responsável pelo preenchimento, pelo prestador (hospital).
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
63	Assinatura do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Assinatura e carimbo (identificação do hospital) do responsável pelo preenchimento, pelo prestador (hospital).
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
64	Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Carimbo e assinatura do(s) Auditor(es) da Unimed Goiânia, responsável(is) pela Auditoria desta guia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Sim.
65	Observações/Justificativas	
	Descrição do Preenchimento:	Pode ser utilizada para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessárias.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Opcional.



Guia de Honorários (somente para pacientes internados)

Utilizada para cobrança de honorários em serviços de internação realizados por médico(a) Cooperado (a) .

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente



Logo da Empresa 2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

GUIA DE HONORÁRIOS

(Somente para pacientes internados)

1 - Registro ANS

2- Nº Guia de Solicitação de Internação

4 - Sentia

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira

7 - Nome

8 - Atendimento a RN

Dados do Contratado (onda 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-Qtd.	24-Via	25-Tec	26-Fator Red /Acesso	27-Valor Unitário - R\$	28-Valor Total - R\$
01-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											
09-											
10-											

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

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

37 - Observação / Justificativa

38 - Valor total dos honorários

39 - Data de emissão

40 - Assinatura do Profissional Executante

Guia de Honorários		
Nº	Campo	
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número da Guia (formulário).
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
3	Número da Guia de Solicitação de Internação	
	Descrição do Preenchimento:	Deverá ser informado neste campo o número da autorização (senha) da internação inicial (Campo 5 da Guia de Solicitação de Internação).
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim.
4	Senha	
	Descrição do Preenchimento:	Senha de autorização fornecida pela operadora. Transcrever os dados do Campo 5 da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
5	Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia atribuído pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso a Unimed Goiânia atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Dados do Beneficiário		
6	Número da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Código do cartão do beneficiário. Transcrever os dados do Campo 7 da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
7	Nome	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do beneficiário por extenso, conforme cartão. Transcrever os dados do Campo 10 da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista

	Obrigatório:	Sim
8	Atendimento a RN	
	Descrição do Preenchimento:	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. Transcrever os dados do Campo 9 da Guia de Solicitação de Internação.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)		
9	Código na Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código do prestador Pessoa Jurídica (hospital) onde foi executado o procedimento, conforme cadastrado na Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
10	Nome do Hospital/Local	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o nome do prestador Pessoa Jurídica cadastrado na Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
11	Código CNES (Código Nacional do Estabelecimento de Saúde)	
	Descrição do Preenchimento:	Lançar o Código do Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde – CNES, do local onde foi efetuada a internação.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
Dados do Contratado Executante		
12	Código do Contratado na Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Preencher com o código na Unimed Goiânia, conforme descrito abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Se o executante for médico(a) cooperado(a), preencher com o CRM + o dígito da Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
13	Nome do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o nome do executante Médico(a) cooperado(a).
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
14	Código CNES (Código Nacional do Estabelecimento de Saúde)	

	Descrição do Preenchimento:	Lançar o Código do Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde – CNES do local onde foi realizada a internação.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim.
Dados do Faturamento		
15	Data Início do Faturamento	
	Descrição do Preenchimento:	Data de início do faturamento apresentado nesta guia, no formato dia, mês e ano.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim.
16	Data do Fim do Faturamento	
	Descrição do Preenchimento:	Data final do faturamento apresentado nesta guia, no formato dia, mês e ano.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
17	Data	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado, no formato dia, mês e ano.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
18	Hora Inicial	
	Descrição do Preenchimento:	Horário inicial da realização do procedimento.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
19	Hora Final	
	Descrição do Preenchimento:	Horário final da realização do procedimento.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
20	Tabela	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
Procedimentos Realizados		
21	Código do Procedimento	
	Descrição do Preenchimento:	Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
22	Descrição	

	Descrição do Preenchimento:	Descrição do procedimento realizado.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim
23	Quantidade	
	Descrição do Preenchimento:	Quantidade realizada do procedimento.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
24	Via	
	Descrição do Preenchimento:	Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
25	Téc.	
	Descrição do Preenchimento:	Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
26	Tabela	
	Descrição do Preenchimento:	Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1,00.
27	Valor Unitário	
	Descrição do Preenchimento:	Valor unitário do procedimento realizado
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
28	Valor Total	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Identificação dos Profissionais Executantes		
29	Seq Ref (Sequencial de Referência)	
	Descrição do Preenchimento:	Número seqüencial do procedimento ou exame realizado no qual o profissional participou.
	Preenchimento:	Faturista.

	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido na contigência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
30	Grau Part	
	Descrição do Preenchimento:	<p>Grau de Participação do profissional na realização do procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 35.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 - quando for Cirurgião; • Informar 01 - quando for Primeiro Auxiliar; • Informar 02 - quando for Segundo Auxiliar; • Informar 03 - quando for Terceiro Auxiliar; • Informar 04 - quando for Quarto Auxiliar; • Informar 06 - quando for Anestesista; • Informar 09 - quando for Perfusionista; • Informar 10 - quando for Pediatra da sala de parto; • Informar 12 - quando for Clínico; • Informar 13 - quando for Intensivista.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.
31	Código na Operadora / CPF	
	Descrição do Preenchimento:	Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim.
32	Nome do Profissional	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do Profissional que executou o procedimento.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim.
33	Conselho Profissional	
	Descrição do Preenchimento:	<p>Código do Conselho do profissional que executou o procedimento, conforme Tabela de Domínio nº 26.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar 04 – para Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFA) • Informar 05 – para Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) • Informar 06 – para Conselho Regional de Medicina (CRM) • Informar 07 – para Conselho Regional de Nutrição (CRN) • Informar 08 – para Conselho Regional de Odontologia (CRO) • Informar 09 – para Conselho Regional de Psicologia (CRP) • Informar 10 – para Outros Conselhos
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Sim.

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

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

Utilizada pelo prestador para questionamentos relacionados à aplicação de glosas em suas cobranças.

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente

1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifique a guia no prestador de serviços.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim. 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.
3	Nome da Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Nome da operadora na ANS (Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico)
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
4	Objeto do Recurso	
	Descrição do Preenchimento:	Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim. Deve ser informado: <ul style="list-style-type: none"> • 1 – caso se tratar de Recurso de Protocolo; • 2 – caso se tratar de Recurso de Guia.
5	Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Número da guia de recurso de glosas atribuído pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido caso a Unimed Goiânia atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Dados do Contratado		
6	Código na Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Código identificador do prestador contratado executante junto à Unimed Goiânia, conforme contrato estabelecido.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim
7	Nome do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Razão Social, nome de fantasia ou nome do prestador contratado da Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim

Dados do Recurso do Protocolo		
8	Número do Lote	
	Descrição do Preenchimento:	Número do lote, atribuído à(s) guia(s) pelo prestador no momento do envio da primeira apresentação/cobrança para a Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
9	Número do Protocolo	
	Descrição do Preenchimento:	Número atribuído pela Unimed Goiânia no momento da apresentação da cobrança. Este número pode ser visualizado do Demonstrativo de Análise de Conta disponibilizado pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
10	Código da Glosa do Protocolo	
	Descrição do Preenchimento:	Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1.
11	Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)	
	Descrição do Preenchimento:	Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo do objeto do recurso igual a 1.
12	Acatado	
	Descrição do Preenchimento:	Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado ou N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Dados do Recurso da Guia		
13	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número identificador da guia a que se refere o recurso.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2.
14	Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Número atribuído pela Unimed Goiânia que identifica a guia a que se refere o recurso.

	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2 e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
15	Senha	
	Descrição do Preenchimento:	Senha de autorização emitida pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
16	Código da Glosa da Guia	
	Descrição do Preenchimento:	Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
17	Justificativa (no caso de recurso integral da guia)	
	Descrição do Preenchimento:	Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
18	Acatado	
	Descrição do Preenchimento:	Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado ou N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Dados do Recurso do Procedimento ou Item Assistencial		
19	Data Inicial / Data de Realização	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
20	Data Final Período	
	Descrição do Preenchimento:	Data final do período de internação.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de conta referente à internação.
21	Tabela	

	Descrição do Preenchimento:	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados. Informar conforme Tabela de Domínio nº 87 <ul style="list-style-type: none"> • Informar 00 - para Tabela Própria das Operadoras • Informar 18 - para Diárias, Taxas e Gases Medicinais; • Informar 19 - para Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME); • Informar 20 - para Medicamentos; • Informar 22 - para Tabela Própria de Procedimentos e Eventos em Saúde; • Informar 98 - para Tabela Própria de Pacotes.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
22	Código do Procedimento / Item Assistencial	
	Descrição do Preenchimento:	Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia, devendo ser preenchido da esquerda para a direita.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
23	Descrição	
	Descrição do Preenchimento:	Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado, conforme Tabelas adotadas pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Faturista.
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial
24	Grau de Participação	
	Descrição do Preenchimento:	Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme Tabela de Domínio nº 35.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.
25	Código da Glosa	
	Descrição do Preenchimento:	Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
26	Valor Recusado	

	Descrição do Preenchimento:	Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
27	Justificativa do Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
28	Valor Acatado	
	Descrição do Preenchimento:	Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Sim. Caso a Unimed Goiânia não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
29	Justificativa da Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Justificativa da Unimed Goiânia a não deferir totalmente o recurso de glosa.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa.
30	Valor Total Recusado (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
31	Valor Total Acatado (R\$)	
	Descrição do Preenchimento:	Valor total acatado pela Unimed Goiânia do que foi apresentado no recurso de glosas.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Sim
32	Data do Recurso	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa, no formato dia, mês e ano.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim
33	Assinatura do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Registrar a assinatura do executante.
	Preenchimento:	Faturista
	Obrigatório:	Sim



34	Data da Assinatura da Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Data da assinatura da Unimed Goiânia, no formato dia, mês e ano.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia.
	Obrigatório:	Sim
35	Assinatura da Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Assinatura da Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Unimed Goiânia
	Obrigatório:	Sim



Guia de Comprovante Presencial

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

Cor	Legenda para Preenchimento
	Opcional o preenchimento/Já Impresso
	Atendente (Recepcionista, Secretária, etc)
	Faturista
	Médico(a) Cooperado(a)/Solicitante
	Unimed Goiânia
	Beneficiário/Cliente

Preenchimento do Formulário

Guia de Consultas Eletivas		
Nº	Campo	
1	Registro ANS	
	Descrição do Preenchimento:	Número de registro da Unimed Goiânia (operadora) na ANS.
	Preenchimento:	Já impresso
	Obrigatório:	Sim
2	Número da Guia no Prestador	
	Descrição do Preenchimento:	Número que identifica a guia no prestador de serviços
	Preenchimento:	É facultado 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 densidade.
	Obrigatório:	Sim
Dados do Contratado		
3	Código na Operadora	
	Descrição do Preenchimento:	Informar sempre o CRM com dígito do(a) médico(a) cooperado(a) na Unimed Goiânia, conforme carimbo padrão, fornecido pela Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
4	Nome do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do(a) médico(a) cooperado(a) executante
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
5	Código CNES (Código Nacional dos Estabelecimentos de Saúde)	
	Descrição do Preenchimento:	Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES, preencher o campo com 9999999.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
6	Nome do Profissional Executante	
	Descrição do Preenchimento:	Informar o nome do(a) médico(a) executante quando este não for cooperado e o campo 10 se referir a Pessoa Jurídica.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Condicionado
7	Conselho Profissional	
	Descrição do Preenchimento:	Código do Conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.

	Preenchimento:	06 – que corresponde ao Conselho Regional de Medicina. Já impresso.
	Obrigatório:	Sim
8	Número no Conselho	
	Descrição do Preenchimento:	Número do CRM sem o dígito da Unimed Goiânia.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
9	UF Conselho	
	Descrição do Preenchimento:	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Regional, conforme Tabela de Domínio nº 59.
	Preenchimento:	Código 52, que corresponde ao Estado de Goiás. Já impresso.
	Obrigatório:	Sim
10	Código CBO	
	Descrição do Preenchimento:	Código da Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.
	Preenchimento:	Secretária(o).
	Obrigatório:	Sim
Dados do Beneficiário		
11	Data do Atendimento	
	Descrição do Preenchimento:	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado
	Preenchimento:	Secretária(o).
	Obrigatório:	Sim
12	Número da Carteira	
	Descrição do Preenchimento:	Número da carteira do beneficiário na operadora
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
13	Nome do Beneficiário	
	Descrição do Preenchimento:	Nome do beneficiário por extenso, conforme cartão.
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
14	Nº da Guia Principal	
	Descrição do Preenchimento:	Número da guia principal
	Preenchimento:	Secretária(o)
	Obrigatório:	Sim
15	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
	Descrição do Preenchimento:	Assinatura do beneficiário, ou responsável.
	Preenchimento:	Beneficiário ou Responsável.

	Obrigatório:	Sim
16	Data de Assinatura do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Data da assinatura do prestador contratado
	Preenchimento:	Médico(a) Cooperado(a) ou Prestador Executante.
	Obrigatório:	Sim
17	Assinatura do Contratado	
	Descrição do Preenchimento:	Assinatura do prestador contratado
	Preenchimento:	Médico(a) Cooperado(a) ou Prestador Executante.
	Obrigatório:	Sim

6. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Os conceitos e definições estão apresentados em ordem alfabética.

- **Autorização** - Número da Senha de Liberação.
- **Beneficiário** - Usuário de plano de saúde privado (nomenclatura anterior usada pela Unimed Goiânia: USUÁRIO)
- **Carteira** – Cartão do beneficiário.
- **Consulta de Referência** – Consulta em que o paciente foi encaminhado para outro médico da mesma especialidade ou não.
- **Demonstrativo de Retorno** – modelo formal de representação e descrição documental do padrão TISS sobre o pagamento dos eventos assistenciais realizados no beneficiário de plano privado e enviado da operadora para o prestador. Compreende o demonstrativo de pagamento e de análise de conta médica.
- **Estrutura da Transação Eletrônica** – Modelo eletrônico formal das transações correspondentes das guias e do demonstrativo de retorno do padrão TISS.
- **Eventos Assistenciais** – Consultas médicas ou de quaisquer outras especialidades de nível superior; utilização de serviços profissionais e de apoio diagnóstico e/ou terapêutico; solicitação e autorização de internação hospitalar; internação hospitalar e tratamento odontológico.
- **Guias** – Modelo formal de representação e descrição documental do padrão TISS sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário de plano privado e enviados do prestador para a operadora.
- **Glosa** – Corte, não pagamento. Supressão total ou parcial de quantia a ser paga.
- **Informação de Saúde Identificada Individualmente** – Qualquer informação sobre o beneficiário, incluindo dados demográficos, coletados ou armazenados sobre os eventos assistenciais pela operadora de plano privado ou pelo prestador de serviços de saúde.
- **Intercâmbio** – Beneficiário de outra Unimed atendidos na rede (cooperados e prestadores) da Unimed Goiânia.
- **Operadoras de Plano Privado de Assistência à Saúde** – pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde.

- **OPM** – Orteses, próteses, materiais especiais e medicamentos de alto custo.
- **Padrão de Comunicação** – Define os métodos para se estabelecer comunicação entre os sistemas de informação das operadoras de plano privado e os sistemas de informação dos prestadores.
- **Padrão de Conteúdo e Estrutura** – Modelo de apresentação dos eventos assistenciais realizados no beneficiário, que compreendem as guias, o demonstrativo de retorno e a estrutura da mensagem a ser compartilhada de forma eletrônica.
- **Padrão de Representação de Conceitos em Saúde** – Conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados no Padrão TISS.
- **Padrão TISS** – Troca de Informações em Saúde Suplementar – define o padrão para a troca de informações sobre o atendimento prestado aos beneficiários, entre operadoras de plano privado e prestadores. O objetivo do Padrão TISS é atingir a compatibilidade e interoperabilidade funcional e semântica entre os diversos sistemas independentes para fins de avaliação da assistência à saúde (caráter clínico, epidemiológico ou administrativo) e seus resultados, orientando o planejamento do setor. O Padrão TISS se divide em quatro categorias: conteúdo e estrutura, representação de conceitos em saúde, comunicação, segurança e privacidade.
- **Plano Privado de Assistência à Saúde** – Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do beneficiário.
- **Prestadores de Serviços de Saúde** – Pessoa física ou jurídica, autorizada por entidade de classe regulamentada a executar ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, que prestam serviços às operadoras de plano privado de assistência à saúde.
- **Rol** – Tabela própria de procedimentos e honorários da Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico.
- **SADT** – Serviço Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia.
- **SP** – Serviços Profissionais.

Expediente:

Criação: Gerência de Relacionamento, Gestão de Processos, Tecnologia da Informação, Setor de Contas Intercâmbio, Setor de Contas Assistenciais, Setor de Análise de Produção e Pagamento, Setor de Atendimento.

Atualização: Gestão de Processos