

ANS Nº 34.333-1 Instrução de Preenchimento - Guia de Resumo de Internação - RN 305 08/10/2012 e IN 51 08/10/2012.

Utilizada para a cobrança de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar. Proveniente de hospital cabe a cobrança de honorários dos procedimentos e exames, bem como OPME. Deve ser utilizada para se referenciar a guia de solicitação de internação que originou a cobrança. Pode ser referenciada pela guia de anexo de outras despesas.

- 02 - Nº Guia no Prestador - Número que identifica a guia no prestador de serviços. *Preencher o número que identifica a guia no prestador de serviços.* - Obrigatório
- 03 - Número da Guia de Solicitação de Internação - Número da guia de solicitação de Internação. *Preencher o número que identifica a guia de Solicitação de Internação que originou a cobrança.* - Obrigatório
- 04 - Data da Autorização - Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, em que a autorização foi concedida pela operadora.* - Obrigatório
- 05 - Senha - Senha de autorização fornecida pela operadora. - Obrigatório
- 06 - Data da Validade da Senha - Data de validade da senha de autorização do procedimento. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.* - Condicionado
- 07 - Número da Guia Atribuído pela Operadora - Número que identifica a guia atribuído pela operadora. *Preencher caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.* - Condicionado

DADOS DO BENEFICIÁRIO

- 08 - Número da Carteira - Número da carteira do beneficiário na operadora. *Preencher o número de inscrição do beneficiário atendido (10 dígitos) localizado à esquerda do cartão.* - Obrigatório
- 09 - Validade da Carteira - Data da validade da carteira do beneficiário. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, de limite de tempo da carteira do beneficiário atendido.* - Condicionado
- 10 - Nome - Nome do beneficiário. - Obrigatório
- 11 - Cartão Nacional de Saúde - Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário. *Preencher caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.* - Condicionado
- 12 - Atendimento a RN - Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável. *Utilizar "S" - Sim - caso o atendimento seja recém-nato e o beneficiário seja o responsável ou "N" - Não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.* - Obrigatório

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

- 13 - Código na Operadora - Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento. *Preencher o CNPJ do prestador autorizado.* - Obrigatório
- 14 - Nome do Contratado - Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento. - Obrigatório
- 15 - Código CNES - Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS). *Preencher o código do CNES do prestador. Caso não possua o código preencher 9999999.* - Obrigatório

DADOS DA INTERNAÇÃO

- 16 - Caráter do Atendimento - Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23. *Utilizar código "1" para termo Eletivo ou "2" para termo Urgência/Emergência.* - Obrigatório
- 17 - Tipo de faturamento - Código do tipo do faturamento apresentado na guia, conforme tabela de domínio nº 55. *Utilizar código "1" para termo Parcial, "2" para termo Final, "3" para termo Complementar ou "4" para termo Total.* - Obrigatório
- 18 - Data do Início do Faturamento - Data do início do faturamento apresentado nesta guia. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, do início do faturamento. Quando o campo "17 - Tipo de faturamento" for preenchido com código 3 (Complementar), preencher a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.* - Obrigatório
- 19 - Hora do Início do Faturamento - Hora do início do faturamento. - *Preencher a hora e minuto, no formato HH: MM, do início do faturamento. Quando o campo "17 - Tipo de faturamento" for preenchido com código 3 (Complementar), preencher a hora do início do faturamento da guia que está sendo complementada.* - Obrigatório
- 20 - Data do Fim do Faturamento - Data final do faturamento apresentado nesta guia. - *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, do término do faturamento. Quando o campo "17 - Tipo de faturamento" for preenchido com código 3 (Complementar), preencher a data do término do faturamento da guia que está sendo complementada.* - Obrigatório
- 21 - Hora do Fim do Faturamento - Hora do final do faturamento. *Preencher a hora e minuto, no formato HH: MM, representando a hora do término do faturamento de internação que se referem as cobranças da conta apresentada. Quando o campo "17 - Tipo de faturamento" for preenchido com código 3 (Complementar), preencher a hora do término do faturamento da guia que está sendo complementada.* - Obrigatório
- 22 - Tipo de Internação - Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57. *Utilizar código "1" para termo Clínica, "2" para termo Cirúrgica, "3" para termo Obstétrica, "4" para termo Pediátrica ou "5" para termo Psiquiátrica.* - Obrigatório
- 23 - Regime de Internação - Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41. - *Utilizar código "1" para termo Hospitalar, "2" para termo Hospital-dia ou "3" para termo Domiciliar.* - Obrigatório
- 24 - CID 10 Principal - Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 25 - CID 10 (2) - Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 26 - CID 10 (3) - Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 27 - CID 10 (4) - Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 28 - Indicação de Acidente - Indica se o atendimento foi decorrente de acidente ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36. *Utilizar código "0" para termo Trabalho, "1" para termo Trânsito, "2" para termo Outros ou "9" para termo Não Acidente.* - Obrigatório
- 29 - Motivo de Encerramento da Internação - Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39. - Obrigatório
- 30 - Número da declaração de nascido vivo - Número do documento-base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS). *Preencher quando o campo "22 - Tipo de Internação" for 3 (Obstétrica).* - Condicionado

- 31 - CID 10 óbito - Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 32 - Número da declaração de óbito - Número do documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). *Preencher quando o campo "29 - Motivo de Encerramento da Internação" for 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da mãe.* - Condicionado
- 33 - Indicador D.O. de RN - Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe. *Preencher quando o campo "32 - Número da declaração de óbito" for preenchido. Utilizar "S" - Sim - caso a declaração de óbito informada seja do RN e "N" - Não - caso a declaração de óbito informada seja da mãe.* - Condicionado

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

- 34 - Data - Data em que o atendimento/procedimento foi realizado. - *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, da realização do procedimento.* - Obrigatório
- 35 - Hora Inicial - Horário inicial da realização do procedimento. *Preencher a hora e minuto, no formato HH: MM, representando a hora de início do procedimento realizado de atendimento de urgência e emergência.* - Condicionado
- 36 - Hora Final - Horário final da realização do procedimento. *Preencher a hora e minuto, no formato HH: MM, representando a hora de término do procedimento realizado de atendimento de urgência e emergência.* - Condicionado
- 37 - Tabela - Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87. - Obrigatório
- 38 - Código do Procedimento - Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio. - Obrigatório
- 39 - Descrição - Descrição do procedimento realizado. - Obrigatório
- 40 - Qtde. - Quantidade realizada do procedimento. - Obrigatório
- 41 - Via - Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61. *Preencher em caso de procedimento cirúrgico realizado sendo informado. Utilizar código "1" para termo Única, "2" para termo Mesma via ou "3" para termo Diferentes vias.* - Condicionado
- 42 - Tec. - Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48. *Preencher em caso de procedimento cirúrgico realizado sendo informado. Utilizar código "1" para termo Convencional, "2" para termo Vídeo ou "3" para termo Robótica.* - Condicionado
- 43 - Fator Red/Acrésc - Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado. *Preencher quando houver procedimento realizado sendo informado. Preencher o fator com 1,00 não havendo redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento.* - Obrigatório
- 44 - Valor Unitário - Valor unitário do procedimento realizado. - Obrigatório
- 45 - Valor Total - Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo. - Obrigatório

INDICAÇÃO DA EQUIPE

- 46 - Seq.Ref - Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou. *Preencher o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.* - Condicionado
- 47 - Grau Part. - Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35. *Preencher com o código do termo correspondente à cobrança do honorário profissional relativa ao procedimento realizado por equipe.* - Obrigatório
- 48 - Código na Operadora/CPF - Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento. - Obrigatório
- 49 - Nome do Profissional - Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento. - Obrigatório
- 50 - Conselho Profissional - Código do Conselho Profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26. - Obrigatório
- 51 - Número no Conselho - Número de registro no respectivo Conselho Profissional. - Obrigatório
- 52 - UF - Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59. - Obrigatório
- 53 - Código CBO - Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24. - Obrigatório
- 54 - Total de Procedimentos - Valor total de todos os procedimentos realizados. - Obrigatório
- 55 - Total de Diárias - Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas. *Preencher, conforme condição na descrição, havendo diárias cobradas.* - Condicionado
- 56 - Total de Taxas e Aluguéis - Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados. - *Preencher, conforme condição na descrição, havendo taxas ou aluguéis cobrados.* - Condicionado
- 57 - Total de Materiais - Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada. *Preencher, conforme condição na descrição, havendo material cobrado.* - Condicionado
- 58 - Total de OPME - Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado. *Preencher, conforme condição na descrição, havendo órtese, prótese ou material especial cobrado, respeitando negociação entre as partes.* - Condicionado
- 59 - Total de Medicamentos - Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado. *Preencher, conforme condição na descrição, havendo medicamentos cobrados.* - Condicionado
- 60 - Total de Gases Medicinais - Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados. *Preencher, conforme condição na descrição, havendo gases medicinais cobrados.* - Condicionado
- 61 - Total Geral - Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados. - Obrigatório
- 62 - Data da assinatura do contratado - Data da assinatura do prestador contratado. - Obrigatório
- 63 - Assinatura do Contratado - Assinatura do prestador contratado. - Obrigatório
- 64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora - Assinatura do auditor da operadora. *Preencher quando houver auditoria in loco da operadora.* - Condicionado
- 65 - Observação/Justificativa - Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário - Opcional