

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia de solicitação de internação.	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado solicitante na Operadora	9	Código na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado solicitante	10	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	12	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	13	Número no conselho	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	14	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	15	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de diárias adicionais solicitadas	16	Qtde. diárias adicionais solicitadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.	Condicional. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.
Tipo da acomodação solicitada	17	Tipo da acomodação solicitada	String	2		Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicional. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.
Indicação clínica	18	Indicação Clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	19	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	20	Código do procedimento ou item assistencial	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição do procedimento solicitado	21	Descrição	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade solicitada do procedimento	22	Qtde solíc	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Quantidade autorizada do procedimento	23	Qtde Aut	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de diárias adicionais autorizadas	24	Qtde. diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
Tipo da acomodação autorizada	25	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	26	Justificativa da Operadora	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Observação / Justificativa	27	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	28	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	29	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	30	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo da acomodação autorizada		25	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Justificativa da Operadora		26	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Justificativa da Operadora		26	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Observação/Justificativa		27	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação		28	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional solicitante	29				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização	30				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.