

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN nº xx, de xx de xx de 2005.

Estabelece padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado aos seus beneficiários e usuários.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe confere os incisos II, IV, XXIV e XXXI do art. 10º da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, e pelo inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 27 de janeiro de 2005, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor- Presidente, determino sua publicação:

Art. 1º - Fica estabelecido, na forma dos Anexos I e II, um padrão essencial obrigatório de informações a serem trocadas entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde contratados, sobre o atendimento prestado aos seus beneficiários e usuários.

Parágrafo único. Para efeito desta Resolução considera-se padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde, o conjunto de informações indispensáveis para o registro dos eventos envolvidos na assistência prestada a beneficiários de planos de saúde.

Art. 2º Os prestadores de serviços de saúde devem informar à ANS, quando do atendimento dos seus usuários, os dados constantes nos campos dos formulários do Anexo I da presente Resolução.

§ 1º Os dados constantes nos campos dos formulários do Anexo I deverão ser encaminhados diretamente à operadora de plano de assistência à saúde responsável pela cobertura do atendimento prestado.

§ 2º As operadoras de plano de assistência à saúde devem informar aos prestadores de serviços de saúde contratados os dados constantes nos campos dos formulários do Anexo II.

§ 3º A operadora de plano de assistência à saúde deverá manter disponíveis os dados recebidos para verificação da ANS.

Art. 3º - As operadoras de plano de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde pelas primeiras contratados, têm o prazo de 09 (nove) meses, a contar da entrada em vigor dessa Resolução, para adaptarem-se ao constante no art. 2º desta Resolução.

Art. 4º - São vedadas alterações no padrão essencial constante nos Anexos I e II em um período inferior a 360 dias, após o prazo previsto no art. 3º desta Resolução.

Parágrafo Único - Possíveis alterações posteriores serão avaliadas sob critérios que minimizem a descontinuidade das informações e os custos de adesão envolvidos.

Art 5º - As informações deverão ser trocadas por meio eletrônico e adotar o padrão de linguagem de marcação de dados XML (*Extensible Markup Language*), bem como as regras definidoras de documentos DTDs (*Document Type Definitions*) descritas na forma do padrão essencial proposto no Anexo III.

Art 6º - Fica criado o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar, constituído por representantes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Instituições de Ensino e Pesquisa, Representações de Operadoras de Plano de Assistência à Saúde, Representações de Prestadores de Serviços de Saúde e Representações de Usuários, com as seguintes atribuições:

- I – padronização das informações essenciais trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde;
- II – revisar e aprovar termos e classificações utilizados na troca de informações entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, no atendimento de seus usuários;
- III – promover estudos sobre questões relacionadas à adoção de padrão para a troca eletrônica de informações em Saúde Suplementar;
- IV – promover e fomentar estudos relacionados à padronização das informações em saúde.

Parágrafo Único. A composição do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar, com a definição das instituições integrantes, critérios de indicação e periodicidade de reuniões, será fixada por norma complementar.

Art. 7º O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará os prestadores de serviço de saúde e as operadoras de planos de assistência à saúde à multa de cinco mil reais por dia, consoante o parágrafo único do art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000.

§ 1º A aplicação da penalidade a que se refere este artigo será precedida de intimação da ANS para o cumprimento da obrigação, com a definição de prazo não inferior a 15 dias.

§ 2º Expirado o prazo previsto na intimação de que trata o parágrafo anterior, a ANS expedirá notificação ao prestador de serviço ou à operadora para efeito de início do cálculo da multa diária prevista neste artigo.

Art. 8º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS

Diretor-Presidente

ANEXO I

Constam neste Anexo I os seguintes formulários:

- a) Guia de Consulta;
- b) Guia de Serviços Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT);
- c) Guia de Solicitação de Internação;
- d) Guia de Resumo de Internação;
- e) Honorários Individuais;
- f) Guia de Tratamento Odontológico.

a) Guia de Consulta: formulário para registro de consulta eletiva. Aplica-se às clínicas ambulatoriais e consultórios (exceto os odontológicos).

GUIA DE CONSULTA

Nº	Campo	Tipo / Tamanho	Instrução
01	Logo da Empresa	-	Área disponível para o Marketing da Operadora. Deverá conter obrigatoriamente o número do registro na ANS
02	Número da Guia	12	Número da Guia.
03	Número do Cartão	40	Número do cartão do beneficiário
04	Nome	70	Nome do paciente. Pode ser assumido pelo titular do plano ou por um dos seus dependentes. Deverá ser preenchido por extenso.
05	Validade do Cartão	dd/mm/aaaa	Campo com a data da validade da carteira do beneficiário.
06	Plano	40	Campo destinado para o nome do plano do beneficiário
07	Número Cartão Nacional de Saúde	15	Espaço reservado para o Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.
08	Titular	70	Nome do responsável ou titular pelo Plano.
09	Código (na Operadora)	12	Código identificador do prestador dentro da operadora.

10	Nome do Prestador	70	Nome comercial que identifica o prestador.
11	Número CNES	7	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
12	Endereço	65	Logradouro e número do prestador.
13	Bairro	40	Bairro onde se localiza o prestador.
14	Cidade	40	Cidade onde se localiza o prestador.
15	UF	2	Unidade Federativa onde se localiza o prestador.
16	Nome	70	Nome do profissional solicitante do serviço médico-hospitalar. Pode ser um médico ou outro profissional ligado à saúde. Campo com até 70 caracteres.
17	Conselho	10	Nome do Conselho profissional.
18	Número	15	Número do Conselho profissional.
19	CBO	12	Código Brasileiro de Ocupação (saúde) do solicitante
20	Data do atendimento	dd/mm/aaaa hh:mm	Data da realização do serviço Médico-hospitalar
21	Código Serviços/procedimentos Realizados	20	Espaço para informar o código dos serviços/procedimentos realizados.
22	Nome dos Serviços/procedimentos	40	Nome dos serviços/procedimentos realizados
23	Valor Total	Numeric 9,2	Valor total dos serviços realizados
24	Indicação Clínica	255	
25	Tipo da Doença	1	Indicar se aguda ou crônica
26	Tempo Evolução	4	Tempo de evolução da doença. Pode ser definido por Dias, meses ou anos.
27	Indicador de Acidente	1	Indica se existiu algum tipo de acidente relacionado a este atendimento.
28	Hipótese Diagnosticada	255	
29	Código da doença	10	Código CID para doença. Pode ser colocado até quatro códigos.
30	Tipo da Consulta	1	Deverá ser preenchida apenas uma das opções disponíveis.
31	Tipo de Saída	1	Determina o tipo de saída

			de uma consulta. Pode ser alta, ou encaminhamento para outro profissional médico.
32	Data	dd/mm/aaaa	Data da assinatura autorizada do prestador.
33	Assinatura		Assinatura do prestador.
34	Data	dd/mm/aaaa	Data da assinatura do Beneficiário ou responsável.
35	Assinatura		Assinatura do beneficiário.

b) Guia de Serviços Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT): formulário para registro da autorização de serviços/procedimentos relacionados com exames, exames de alta complexidade, atendimentos de emergência, terapias (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemodinâmica), serviços/procedimentos em série, pequenas cirurgias e serviços/procedimentos ambulatoriais, registro dos valores consolidados dos serviços/procedimentos realizados e outras despesas (diárias, taxas, material, medicamento e gases). As tabelas utilizadas por operadoras e prestadores são de livre escolha, resguardando-se a compatibilidade com o rol de procedimentos da ANS. Aplica-se às clínicas ambulatoriais; consultórios, inclusive os odontológicos, hospitais, laboratórios e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia.

GUIA DE SP / SADT

Nº	Campo	Tamanho	Instrução
01	Logo da Empresa		Área disponível para o Marketing da Operadora. Deverá conter obrigatoriamente o número do registro na ANS
02	Número da Guia	12	Número da Guia.
03	Tipo de Atendimento	1	Assinalar a qual tipo de atendimento pertence o serviço solicitado
04	Caráter do atendimento	1	Informa o caráter do atendimento. Podendo ser eletivo ou urgência.
05	Código / Número	12	Código e Número da guia de

			referência, que pode ser qualquer guia relacionada com essa (Guia da internação, guia complementar, etc.).
06	Número do Cartão	40	Número do cartão do beneficiário
07	Nome	70	Campo destinado ao nome do paciente. Pode ser assumido pelo titular do plano ou por um dos seus dependentes.
08	Validade do Cartão	dd/mm/aaaa	Campo com a data da validade da carteira do beneficiário.
09	Plano	50	Campo destinado para identificação do plano do beneficiário
10	Número Cartão Nacional de Saúde	15	Espaço reservado para o Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.
11	Titular	70	Nome do responsável ou titular pelo Plano.
12	Código (na Operadora)	12	Código identificador do prestador dentro da operadora.
13	Nome do Prestador	70	Nome comercial que identifica o prestador.
14	Número CNES	7	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
15	Endereço	65	Logradouro e número do prestador.
16	Bairro	40	Bairro onde se localiza o prestador.
17	Cidade	40	Cidade onde se localiza o prestador.
18	UF	2	Unidade Federativa onde se localiza o prestador.
19	Nome	70	Nome do profissional solicitante do serviço médico-hospitalar. Pode ser um médico ou outro profissional ligado à saúde.
20	Conselho	10	Nome do Conselho profissional.
21	Número	15	Número do Conselho profissional.
22	CBO	12	Código brasileiro de ocupação (saúde) do solicitante
23	Indicação Clínica, Cirúrgica e Outras	255	Deverá ser preenchido segundo a indicação clínica do paciente (beneficiário) por extenso. Se for possível deverá citar o tempo de existência da patologia. Deverá ser preenchido pelo médico solicitante
24	Patologia	1	Indicar se aguda ou crônica
25	Tempo de Evolução	4	Tempo de evolução da doença. Pode ser informado em dias, meses ou anos.

26	Indicador de Acidente	1	Indica a ocorrência de acidente de trabalho ou transito.
27	Hipótese diagnóstica	255	Deverá ser preenchido pelo médico solicitante
28	Código da doença	10	Deverá ser preenchido pelo médico solicitante. Pode ser informado até quatro CID.
29	Código do Procedimento	20	Preencher com o Código dos serviços/procedimentos (tabela da operadora). Deverá ser preenchido pelo médico solicitante.
30	Data Procedimento / Exame	dd/mm/aaaa	Data da realização do procedimento / exame
31	Descrição do Procedimento	40	Preencher com o nome dos serviços/procedimentos (tabela da operadora). Deverá ser preenchido pelo médico solicitante.
32	Via de Acesso	12	Via de acesso utilizada para o procedimento
33	Técnica utilizada	1	Técnica utilizada no procedimento. Assume os valores: um. Normal; 2. Vídeo
34	Redução / Acréscimo	3,2	Percentual de redução ou acréscimo para cada procedimento de acordo com sua utilização.
35	Qtd Autorizada	5,2	Quantidade autorizada pela operadora para determinado procedimento.
36	Qtd Realizada	5,2	Quantidade realizada do procedimento.
37	Valor	9,2	Valor do Procedimento.
38	Data	dd/mm/aaaa	Preenchido com a data da autorização
39	Senha	12	Preenchido com a senha da autorização
40	Validade da senha	dd/mm/aaaa	Preenchido com a quantidade de dias que a autorização está válida
41	Autorizado por	70	Nome do funcionário da operadora que autorizou o procedimento.
42	Serviço Executado	9,2	Preencher com o valor total dos honorários de acordo com a tabela da operadora.
43	Diárias	9,2	Preencher com o valor total referente às diárias da internação
44	Taxas	9,2	Preencher com o valor total referente às taxas da internação
45	Materiais	9,2	Preencher com o valor total

			referente a materiais
46	Medicamentos	9,2	Preencher com o valor total referente Medicamentos utilizados
47	Gases	9,2	Preencher com o valor total referente a Gases Medicinais utilizados nos serviços/procedimentos realizados
48	Total Geral	9,2	Somatório dos campos: 38, 39, 40, 41, 42
49	Data do atendimento	dd/mm/aaaa	Data do atendimento
50	Hora do atendimento	h: mm	Hora do atendimento
51	Tipo de Saída	1	Tipo da saída do paciente.
52	Data	dd/mm/aaaa	Data da realização do procedimento.
53	Assinatura		Deverá ser assinado a cada procedimento realizado.
54	Data	dd/mm/aaaa	Data da assinatura do beneficiário.
55	Assinatura		Assinatura do beneficiário.
56	Carimbo de Autorização da Operadora		Data da assinatura do prestador
57	Data	dd/mm/aaaa	Data da assinatura
58	Assinatura		Assinatura e carimbo do prestador

c) Guia de Solicitação de Internação: formulário para registro da autorização de serviços/procedimentos relacionados com a internação. Aplica-se às clínicas ambulatoriais; consultórios (exceto os odontológicos) e hospitais.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nº	Campo	Tamanho	Instrução
01	Logo da Empresa		Área disponível para o Marketing da Operadora. Deverá conter obrigatoriamente o número do registro na ANS
02	Número da Guia	12	Número da Guia.
03	Número do Cartão	40	Número do cartão do beneficiário
04	Nome	70	Campo destinado ao nome do paciente. Pode ser assumido pelo titular do plano ou por um

			dos seus dependentes. Pode ser preenchido com até 70 caracteres.
05	Validade do Cartão	dd/mm/aaaa	Campo com a data da validade da carteira do beneficiário.
06	Plano	40	Campo destinado para identificação do plano do beneficiário
07	Número Cartão Nacional de Saúde	15	Espaço reservado para o Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.
08	Titular	70	Nome do responsável ou titular pelo Plano. Pode receber até 70 caracteres.
09	Código (na Operadora)	12	Código identificador do prestador dentro da operadora. Pode assumir até 12 caracteres.
10	Nome	70	Nome comercial que identifica o prestador.
11	Número CNES	7	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
12	Endereço	65	Logradouro e número do prestador.
13	Bairro	40	Bairro onde se localiza o prestador.
14	Cidade	40	Cidade onde se localiza o prestador.
15	UF	2	Unidade Federativa onde se localiza o prestador.
16	Nome	70	Nome do profissional solicitante do serviço médico-hospitalar. Pode ser um médico ou outro profissional ligado à saúde. Campo com até 70 caracteres.
17	Conselho	10	Nome do Conselho profissional.
18	Número	15	Número do Conselho profissional.
19	CBO	12	Código brasileiro de ocupação (saúde) do solicitante
20	Indicação Clínica, Cirúrgica e Outras	255	Deverá ser preenchido segundo a indicação clínica do paciente (beneficiário) por extenso. Se for possível deverá citar o tempo de existência da patologia. Deverá ser preenchido pelo médico solicitante
21	Tipo da doença	1	Indicar se aguda ou crônica
22	Tempo de Evolução	4	Tempo de evolução da doença. Pode ser definido por Dias, meses ou anos.
23	Indicador de Acidente	1	Indica se a internação foi motivada por um acidente de

			transito ou de trabalho.
24	Motivo da internação/Hipótese diagnóstica	255	Deverá ser preenchido pelo médico solicitante
25	Código da doença	10	Deverá ser preenchido pelo médico solicitante. Pode assumir até quatro códigos diferentes.
26	Código	20	Preencher com o Código dos serviços/procedimentos (tabela da operadora) solicitados. Deverá ser preenchido pelo médico solicitante.
27	Descrição	40	Preencher com o nome dos serviços/procedimentos (tabela da operadora). Deverá ser preenchido pelo médico solicitante.
28	Quantidade	5,2	Preencher com a quantidade de serviços/procedimentos solicitados
29	Caráter da Internação	1	Indica o caráter da internação, podendo assumir os valores: Eletiva, Urgência/Emergência.
30	Tipo de Internação	1	Tipo da internação. Pode assumir os valores: Clínica, cirúrgica, obstétrica, UTI/UCI, UTI/UCI Neonatal, Hospital-dia.
31	Data	dd/mm/aaaa	Preenchido com a data da autorização.
32	Dias Autorizados	4	Número de dias autorizados para a internação.
33	Tipo de Acomodação	12	Tipo de acomodação solicitada na autorização.
34	Código/Número	14	Código e Número de identificação da Guia principal
35	Senha	12	Preenchido com a senha da autorização
36	Validade da senha	dd/mm/aaaa	Preenchido com a quantidade de dias que a autorização está válida
37	Autorizado por	70	Nome do funcionário da operadora que informou a senha.
38	Data	dd/mm/aaaa	Data da assinatura do beneficiário
39	Assinatura		Assinatura do beneficiário ou responsável
40	Data	dd/mm/aaaa	Data da assinatura do médico responsável.
41	Assinatura		Assinatura do médico responsável
42	Carimbo		Área destinada ao carimbo da autorização da operadora.

d) Guia de Resumo de Internação: formulário para registro dos valores consolidados dos serviços/procedimentos realizados em pacientes internados. Aplica-se às clínicas ambulatoriais e hospitais.

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

Nº	Campo	Tamanho	Instrução
01	Logo da Empresa	-	Área disponível para o Marketing da Operadora. Deverá conter obrigatoriamente o número do registro na ANS
02	Número da Guia	12	Número da Guia.
03	Número do Cartão	40	Número do cartão do beneficiário
04	Nome	70	Campo destinado ao nome do paciente. Pode ser assumido pelo titular do plano ou por um dos seus dependentes.
05	Validade do Cartão	dd/mm/aaaa	Campo com a data da validade da carteira do beneficiário.
06	Plano	40	Campo destinado para identificação do plano do beneficiário
07	Número Cartão Nacional de Saúde	15	Espaço reservado para o Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.
08	Titular	70	Nome do responsável ou titular pelo Plano.
09	Código (na Operadora)	12	Código identificador do prestador dentro da operadora.
10	Nome	70	Nome comercial que identifica o prestador.
11	Número CNES	7	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
12	Endereço	65	Logradouro e número do prestador.
13	Bairro	40	Bairro onde se localiza o prestador.
14	Cidade	40	Cidade onde se localiza o prestador.
15	UF	2	Unidade Federativa onde se localiza o prestador.
16	Caráter da Internação	1	Indica o caráter da internação, podendo assumir os valores Urgência / Emergência ou SADT Internado.
17	Tipo de Internação	1	Indica o tipo da internação ocorrida. Pode assumir valores como: Clínica; Cirúrgica; Obstétrica; UTI/UCI; UTI/UCI Neonatal; Hospital-dia; Domiciliar; Pediatria; Psiquiatria.
18	Acomodação	2	Seleção do tipo de acomodação usada na

			internação.
19	Diagnóstico de saída	10	Preencher até quatro códigos CID.
20	Indicador de Acidente	1	Informar, caso seja necessário, se o atendimento foi derivado de um acidente de trabalho ou trânsito.
21	Motivo da Saída	1	Informar o tipo de saída da internação. Dependendo da opção, informar número da declaração de óbito.
22	Internação Obstétrica	-	<ul style="list-style-type: none"> - Na opção 1 assinalar S em caso de afirmativo para as internações, com exceções dos partos e abortos, ou N em caso negativo - Nas opções 2, 6, 7, 9 e 11 - assinalar S, em caso afirmativo, ou N em caso negativo - Na opção três preencher a quantidade de nascidos vivos, com idade gestacionais menor que 37 semanas. - Na opção quatro preencher a quantidade de nascidos vivos, com idade gestacionais maior ou igual há 37 semanas. - Na opção 5 preencher a quantidade de nascidos mortos
23	Óbito em Mulher	1	Preencher uma das opções
24	Data e hora Admissão	dd/mm/aaaa HH:MM	Data e hora da admissão do paciente.
26	Data Intervenção	dd/mm/aaaa	Data da intervenção
27	Hora Início	HH:MM	Horário de início da intervenção.
28	Hora Término	HH:MM	Horário do termino da intervenção.
29	Data	Dd/mm/aaaa HH:MM	Data e hora da alta
31	Dias de permanência	4	Número de dias de permanência na internação.
32	Tipo	1	Tipo do faturamento referente à internação.
33	Guia Principal	12	Preencher se for o caso, com o número da guia principal.
34	Data Referencia	dd/mm/aaaa	Data de referência para valorização dos serviços
35	Serviço Executado	9,2	Valor dos serviços executados
36	Diárias	9,2	Valor das diárias.
37	Taxas	9,2	Valor a ser cobrado referente às taxas de internação.
38	Materiais	9,2	Valor dos materiais utilizados durante a internação
39	Medicamento	9,2	Valor dos medicamentos usados durante a internação.
40	Gases	9,2	Valor dos gases utilizados durante a internação
41	Total Geral	9,2	Somatório dos campos 34 até 39.
42	Data	dd/mm/aaaa	Data da assinatura do prestador

43	Assinatura	-	Assinatura autorizada do prestador.
44	Data	dd/mm/aaaa	Data da assinatura do beneficiário
45	Assinatura	-	Assinatura do beneficiário ou do seu responsável.
46	Código	20	Código do serviço realizado
47	Procedimento	40	Nome do procedimento realizado.
48	Via de Acesso	12	Via de acesso utilizada para o determinado procedimento
49	Técnica utilizada	1	Técnica utilizada na realização do procedimento.
50	Redução / Acréscimo	3,2	Percentual de acréscimo ou redução no valor do procedimento
51	Qtd Realizada	5,2	Quantidade realizada do procedimento.
52	Valor Unitário	9,2	Valor unitário do procedimento.
53	Valor Total	9,2	Valor total do procedimento levando em conta o percentual e a quantidade.
54	Posição	1	Posição do profissional médico na equipe. Valores pré-definidos
55	Nome	70	Nome do profissional médico envolvido nos procedimentos. Deve ser preenchido na posição correta com sua função dentro da equipe.
56	Conselho	10	Nome do conselho profissional.
57	Número do Conselho	15	Número do Conselho profissional.
58	CPF	11	CPF do profissional médico.

GUIA DE DESPESAS (ANEXOS – OUTRAS DESPESAS)

ANEXO 1

3	Código	20	Código identificador da diária
4	Descrição	40	Descrição da diária.
5	% Redução Acréscimo	3,2	Percentual de acréscimo ou redução da diária.
6	Qtd Realizada	5,2	Quantidade utilizada
7	Valor Unitário	9,2	Valor unitário da diária.
8	Valor Total	9,2	Valor total da diária levando-se em consideração os percentuais de desconto ou redução e quantidade.
9	Valor Total	9,2	Valor total das diárias cobradas.
10	Valor Total	9,2	Valor total de todas as diárias cobradas.

ANEXO 2

3	Código	20	Código identificador da taxa.
4	Data	dd/MM/aaaa	Preencher com a data de utilização
5	Descrição	40	Descrição da taxa cobrada.
6	% Redução Acréscimo	3,2	Percentual de acréscimo ou redução da taxa.
7	Qtd Realizada	5,2	Quantidade utilizada
8	Valor Unitário	9,2	Valor unitário da taxa.
9	Valor Total	9,2	Valor total da taxa levando-se em consideração os percentuais de desconto ou redução e quantidade.

10	Valor Total	9,2	Valor total de todas as taxas cobradas
----	-------------	-----	--

ANEXO 3

3	Código	20	Código identificador do material.
4	Data	dd/mm/aaaa	Preencher com a data de utilização
5	Descrição	40	Descrição do material.
6	% Redução Acréscimo	3,2	Percentual de acréscimo ou redução do material.
7	Qtd Realizada	5,2	Quantidade utilizada
8	Valor Unitário	9,2	Valor unitário do material.
9	Valor Total	9,2	Valor total do material levando-se em consideração os percentuais de desconto ou redução e quantidade.
10	Valor Total	9,2	Valor total de todos os materiais cobrados

ANEXO 4

3	Código	20	Código identificador do medicamento.
4	Data	dd/mm/aaaa	Preencher com a data de utilização
5	Descrição	40	Descrição do medicamento
6	% Redução Acréscimo	3,2	Percentual de acréscimo ou redução do medicamento.
7	Qtd Realizada	5,2	Quantidade utilizada
8	Valor Unitário	9,2	Valor unitário do medicamento.
9	Valor Total	9,2	Valor total do medicamento levando-se em consideração os percentuais de desconto ou redução e quantidade.
10	Valor Total	9,2	Valor total de todos os medicamentos cobrados

ANEXO 5

3	Código	20	Código identificador do gás medicinal.
4	Data	dd/MM/aaaa	Preencher com a data de utilização
5	Descrição	40	Descrição do gás medicinal
6	% Redução Acréscimo	3,2	Percentual de acréscimo ou redução do gás medicinal.
7	Qtd Realizada	5,2	Quantidade utilizada
8	Valor Unitário	9,2	Valor unitário do gás medicinal.
9	Valor Total	9,2	Valor total do gás medicinal levando-se em consideração os percentuais de desconto ou redução e quantidade.
10	Valor Total	9,2	Valor total de todos os gás medicinal cobrados

e) Honorários Individuais: formulário para o registro dos honorários do profissional relacionados ao atendimento e serviços/procedimentos realizados. Aplica-se às clínicas ambulatoriais; consultórios (exceto os odontológicos), hospitais, laboratórios e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia.

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

Nº	Campo	Tamanho	Instrução
01	Logo da Empresa	-	Área disponível para o Marketing da Operadora. Deverá conter obrigatoriamente o número do registro na ANS
02	Número da Guia	12	Número da Guia.
03	Número do Cartão	40	Número do cartão do beneficiário
04	Nome	70	Campo destinado ao nome do paciente. Pode ser assumido pelo titular do plano ou por um dos seus dependentes.
05	Validade do Cartão	dd/mm/aaaa	Campo com a data da validade da carteira do beneficiário.
06	Plano	40	Campo destinado para identificação do plano do beneficiário
07	Número Cartão Nacional de Saúde	15	Espaço reservado para o Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.
08	Titular	70	Nome do responsável ou titular pelo Plano. Pode receber até 70 caracteres.
09	Código (na Operadora)	12	Código identificador do prestador dentro da operadora.
10	Nome	40	Nome comercial que identifica o prestador.
11	Número CNES	7	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
12	Endereço	65	Logradouro e número do prestador.
13	Bairro	40	Bairro onde se localiza o prestador.
14	Cidade	40	Cidade onde se localiza o prestador.
15	UF	2	Unidade Federativa onde se localiza o prestador.
16	Acomodação	2	Seleção do tipo de acomodação usada na internação.
17	Código	20	Preencher com o Código dos serviços / procedimentos (tabela da operadora) prestados.
18	Data	dd/MM/aaaa	Preencher com a data dos serviços / procedimentos.
19	Procedimento	40	Preencher com o nome dos serviços/procedimentos (tabela da operadora) prestados.

20	Via de Acesso	02	Via de acesso de realização do procedimento.
21	Técnica Utilizada	1	Técnica utilizada no procedimento
22	Redução / Acréscimo	3,2	A ser preenchido no caso de redução/acréscimo de cirurgia múltipla/radiologia de múltiplas áreas.
23	Quantidade	5,2	Indicar a quantidade em cobrança de um mesmo serviço / procedimento.
24	Valor Unitário	9,2	Campo a ser preenchido pelo prestador com os valores em moeda corrente referente aos serviços e procedimentos fornecidos ao paciente/beneficiário conforme a tabela da operadora
25	Valor Total	9,2	Valor total do procedimento levando em conta percentual de acréscimo / redução e quantidade realizada
26	Profissional / Posição	1	Posição do profissional exercida dentro da equipe médica.
27	Nome	70	Campo a ser preenchido com o nome por extenso do profissional responsável pela realização do serviço. Considerar a posição dentro do serviço/procedimento fornecido ao paciente/beneficiário
28	Conselho	10	Nome do conselho profissional.
29	Número do Conselho	15	Número do Conselho profissional.
30	CPF	11	Número do CPF do profissional médico.
31	Data da Internação	dd/mm/aaaa	Data da internação.
32	Hora da internação	HH:MM	Hora da internação
33	Data Intervenção	dd/mm/aaaa	Data da intervenção
34	Hora Inicio	HH:MM	Horário de inicio da intervenção.
35	Hora Término	HH:MM	Horário do termino da intervenção.
36	Data	dd/mm/aaaa	Data da alta
37	Hora	HH:MM	Hora da alta
38	Dias de permanência	4	Número de dias de permanência na internação.
39	Guia Principal	14	Número da guia principal e código do tipo da guia.
40	Data de Referencia	dd/mm/aaaa	Data da referencia para valorização do serviço
41	Valor	9,2	Valor total do honorário
42	Data	dd/mm/aaaa	Data da assinatura do beneficiário

43	Assinatura	-	Assinatura do beneficiário / responsável
44	Data	dd/mm/aaaa	Data da assinatura autorizada do prestador
45	Assinatura	-	Assinatura autorizada do prestador.

f) Guia de Tratamento Odontológico: formulário para o registro da autorização e da realização de serviços/procedimentos relacionados com tratamento odontológico Aplica-se aos consultórios odontológicos.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Nº	Campo	Tamanho	Instrução
01	Logo da Empresa	-	Área disponível para o Marketing da Operadora. Deverá conter obrigatoriamente o número do registro na ANS
02	Número da Guia	12	Número da Guia.
03	Número do Cartão	40	Número do cartão do beneficiário
04	Nome	70	Campo destinado ao nome do paciente. Pode ser assumido pelo titular do plano ou por um dos seus dependentes. Pode ser preenchido com até 70 caracteres.
05	Validade do Cartão	dd/mm/aaaa	Campo com a data da validade da carteira do beneficiário.
06	Plano	40	Campo destinado para identificação do plano do beneficiário
07	Número Cartão Nacional de Saúde	15	Espaço reservado para o Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.
08	Titular	70	Nome do responsável ou titular pelo Plano. Pode receber até 70 caracteres.
09	Código (na Operadora)	12	Código identificador do prestador dentro da operadora. Pode assumir até 12 caracteres.
10	Nome	70	Nome comercial que identifica o prestador.
11	Número CNES	7	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
12	Endereço	65	Logradouro e número do prestador.
13	Bairro	40	Bairro onde se localiza o prestador.
14	Cidade	40	Cidade onde se localiza o prestador.
15	UF	2	Unidade Federativa onde se localiza o prestador.

16	Nome	70	Nome do profissional solicitante do serviço médico-hospitalar. Pode ser um médico ou outro profissional ligado à saúde. Campo com até 70 caracteres.
17	Conselho	10	Nome do Conselho profissional.
18	Número	15	Número do Conselho profissional.
19	CBO	12	Código brasileiro de ocupação (saúde) do solicitante
20	Plano de tratamento		Deverá ser preenchido segundo a indicação do tratamento. Deverá ser preenchido pelo médico solicitante
21	Observação		Campo livre para qualquer observação.
22	Código	12	Preencher com o Código dos serviços/procedimentos (tabela da operadora). Deverá ser preenchido pelo médico solicitante.
23	Descrição	40	Preencher com o nome dos serviços/procedimentos (tabela da operadora). Deverá ser preenchido pelo médico solicitante.
24	Unidade		Preencher de acordo com a área e dente que sofrerá a intervenção
25	Quantidade	5,2	Preencher conforme a quantidade solicitada.
26	Data	dd/mm/aaaa	Preenchido com a data da autorização
27	Senha	12	Preenchido com a senha da autorização
28	Validade da senha	dd/mm/aaaa	Preenchido com a quantidade de dias que a autorização está válida
29	Início do Atendimento	dd/mm/aaaa	Preencher com a data do início do atendimento.
30	Autorizado por	70	Nome do funcionário da operadora que informou a senha
31	Código/Número	14	Código e número da guia de referência, que pode ser qualquer guia relacionada com essa (Guia da internação, guia complementar, etc.).
32	Serviço Executado	9,2	Preencher com o valor total dos honorários de acordo com a tabela da operadora.
33	Taxas	9,2	Preencher com o valor total referente a taxas
34	Materiais	9,2	Preencher com o valor total referente a materiais utilizados nos serviços/procedimentos realizados
35	Medicamentos	9,2	Preencher com o valor total referente a medicamentos utilizados nos serviços/procedimentos realizados

36	Total Geral	9,2	Somatório dos campos: 30, 31, 32 e 33
37	Código	20	Código dos serviços / procedimentos de acordo com a tabela da operadora
38	Data Realização	dd/mm/aaaa	Preencher com a data da realização do procedimento.
39	Descrição	40	Preencher com a descrição do procedimento realizado
40	Dente / Área / Faces		Preencher sobre o que foi feito o procedimento (Dente / Área / Faces)
41	Data Término	dd/mm/aaaa	Preencher a data do término do preenchimento
42	Assinatura	-	Assinatura do beneficiário. Deverá ser preenchido ao final da execução do serviço/procedimento
43	Data Referencia	dd/mm/aaaa	Data de referência do valor para cobrança
44	Data assinatura	dd/mm/aaaa	Data da assinatura da guia,
45	Assinatura	-	Assinatura e carimbo do prestador
46	Carimbo de Autorização da Operadora	-	Carimbo de autorização da operadora

ANEXO II

Constam neste Anexo II os seguintes formulários:

- a) Demonstrativo de pagamento – Resumo;
- b) Demonstrativo de pagamento:

a) Demonstrativo de pagamento – Resumo: formulário com todas as informações sobre as guias faturadas.

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO - RESUMO

Nº	Campo	Tamanho	Instrução
01	Nº do Demonstrativo	12	Número identificador do documento demonstrativo.
02	Nome da Operadora	70	Nome da operadora.
03	Endereço Completo	142	Endereço completo da operadora. Concatena logradouro, bairro, localidade, UF, cep.
04	CNPJ	15	Número CNPJ da operadora.
05	Prestador	70	Nome do Prestador.
06	Código	12	Código identificador do prestador.
07	Banco	6	Código identificador do banco em que o prestador mantém conta.
08	Agência	6	Número da agência onde o prestador mantém conta.
09	Conta	8	Número da Conta corrente do prestador que será depositado o valor
10	Data do Pagamento	dd/mm/aaaa	Data em que se realizou o pagamento.
11	Página	2	Página do documento.
12	Data Protocolo	dd/mm/aaaa	Data do protocolo.
13	Nº Fatura	12	Número identificador da fatura.
14	Nº Protocolo	12	Número identificador do protocolo processado.
15	Valor Informado	9,2	Valor informado referente a cada fatura enviada.
16	Valor Processado	9,2	Valor usado para processamento das guias
17	Valor Liberado	9,2	Valor liberado para pagamento da operadora.

18	Diferença	9,2	Diferença entre o valor cobrado pela prestadora pelos serviços executados e o valor real pago pela operadora.
19	Total Geral	9,2	Valores totais cobrados e pagos de acordo com a coluna.
20	Valor Liberado	9,2	Valor total liberado para pagamento
21	Valor Pensão Alimentícia	9,2	Valor total do recolhimento de pensão alimentícia
22	Valor Imposto de Renda	9,2	Valor total retido para imposto de renda

b) Demonstrativo de pagamento: formulário com todos os valores pagos por cada serviço executado pelo prestador, bem como todos os valores glosados pela operadora, com suas respectivas justificativas e códigos identificadores de glosas em seu anexo 1.

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Nº	Campo	Tamanho	Instrução
01	Nº do Demonstrativo	12	Número identificador do documento demonstrativo.
02	Nome da Operadora	70	Nome da operadora.
03	Endereço Completo	142	Endereço completo da operadora. Concatena logradouro, bairro, localidade, UF, cep.
04	CNPJ	15	Número CNPJ da operadora.
05	Prestador	70	Nome do Prestador.
06	Código	12	Código identificador do prestador.
07	Banco	6	Código identificador do banco em que o prestador mantém conta.
08	Agência	6	Número da agência onde o prestador mantém conta.
09	Conta	8	Número da Conta corrente do prestador que será depositado o valor
10	Data do Pagamento	dd/mm/aaaa	Data em que se realizou o pagamento.
11	Página	2	Página do documento.

12	Número do Protocolo	12	Número identificador do protocolo processado.
13	Data Protocolo	dd/mm/aaaa	Data de entrada do protocolo.
14	Nº Fatura	12	Número identificador da fatura.
15	Número da Guia	12	Número identificador da guia que compõe um determinado protocolo.
16	Nome do Beneficiário	70	Nome do beneficiário dos Serviços prestados.
17	Código Beneficiário	40	Código identificador do beneficiário dentro da operadora.
18	Item	2	Número do item. Ilustrativo para melhor identificação da quantidade de serviços executados.
19	Data Atendimento	dd/mm/aaaa HH:MM	Data de execução do serviço. Contém horário de execução para definição de percentual de acréscimo ou desconto.
20	Descrição do Serviço	40	Descrição ou nome do serviço executado.
21	Código Serviço	20	Código identificador do serviço executado.
22	POS	2	Posição do profissional na equipe que realizou o serviço.
23	Qtd	5,2	Quantidade executada do serviço.
24	Valor Processado	9,2	Valor usado como base para processamento dos valores.
25	Valor Glosa	9,2	Valor total glosado pela operadora para cada serviço.
26	Valor Liberado	9,2	Valor liberado para pagamento pela operadora para cada serviço realizado.
27	Ocorr/Glosa	12	Código identificador da glosa. Indica o motivo da glosa
*28	Descrição da Glosa	255	Descrição do motivo da glosa para cada procedimento.

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO – ANEXO 1

RELAÇÃO DE GLOSAS

CÓDIGO DA GLOSA	DESCRIÇÃO DA GLOSA
1	Valor total do protocolo diferente do valor total
2	Quantidade de guias informada no protocolo diferente das cadastradas
3	Código de prestador inválido
4	Tipo de guia inválido
5	Protocolo é de reapresentação

6	Protocolo não é de reapresentação
7	Número do cartão inválido
8	Número do Cartão Nacional de Saúde inválido
9	Número do CNES inválido
10	CBO Saúde inválido
11	Código do tipo da guia incompatível com o número da guia
12	Não existe o número da guia principal informado
13	Atendimento anterior à inclusão do credenciado
14	Atendimento após o desligamento do credenciado
15	Atendimento anterior à inclusão do beneficiário
16	Atendimento após o desligamento do beneficiário
17	Tipo de doença inválido
18	Tempo de evolução da doença inválido
19	Indicador de acidente inválido
20	Tipo de consulta inválido

ANEXO III

Arquivos DTD (*Document Type Definition*)

Extensible Markup Language (XML) é uma linguagem de marcação de dados (*meta-markup language*) que provê um formato para descrever dados estruturados. Isto facilita declarações mais precisas do conteúdo e resultados mais significativos de busca por meio de múltiplas plataformas. O padrão XML é amplamente implementável e fácil de ser desenvolvido. É considerado de grande importância na Internet e em grandes intranets porque provê a capacidade de interoperação dos computadores devido ao padrão flexível e aberto. As aplicações podem ser construídas e atualizadas mais rapidamente e também permitem múltiplas plataformas de visualização dos dados estruturados.

No XML, as regras que definem um documento são ditadas por DTDs (*Document Type Definitions*). Esses auxiliam na validação dos dados quando a aplicação que os recebe não possui internamente uma descrição do dado que está recebendo. Os DTDs são opcionais e os dados enviados com um DTD são conhecidos como XML válidos.

Modelos de DTD (*Document Type Definiton*) para as Guias e Demonstrativos de Retorno constantes nos Anexos I e II da presente Resolução.

1. Guias

a) Domínios

Tipo_Guia

- 1 - Consulta
- 2 - SP/SADT
- 3 - Solicitação de internação
- 4 - Resumo de internação
- 5 - Honorário Individual
- 6 - Odontologia

Tipo_Atendimento

- 1 - Remoção
- 2 - Consulta
- 3 - Pequena Cirurgia
- 4 - Exames
- 5 - Terapias
- 6 - Atendimento Domiciliar
- 7 - Procedimentos em Série
- 8 - SADT Internado

Tipo_Consulta

- P - Primeira Consulta
- S - Seguimento

R - Referência

N - Pré-Natal

Tipo_Doença

A-Aguda

C-Crônica

Indicador_Acidente

0 - Não aplicável

1 - Acidente de trabalho

2 - Acidente de trânsito

3 - Ambos

Unidade_tempo

A - Ano(s)

M - Mês(s)

D - Dia(s)

Tipo_Saída

A - Alta

E - Encaminhamento

Motivo_Alta

11 - Alta Curado

12 - Alta Melhorado

13 - Alta Inalterado

14 - Alta a Pedido

15 - Alta Internado para Diagnóstico

16 - Alta Administrativa

17 - Alta por Indisciplina

18 - Alta por Evasão

19- Alta para Complementação em regime Ambulatorial

41 - Alta com Necropsia até 24h de Internação

42 - Óbito com Necropsia até 48h da Internação

43 - Óbito com Necropsia após 48h da Internação

44 - Óbito Parturiente com Necropsia com Permanência Recém Nascido

51 - Alta sem Necropsia até 24h da Internação

52 - Óbito sem Necropsia até 48h ad Internação

53 - Óbito sem Necropsia após 48h da Internação

54 - Óbito Parturiente sem Necropsia com Permanência Recém Nascido

71 - Alta da Parturiente com Permanência Recém Nascido

99 - Continua Internado

Caráter_Internação

E - Eletiva

U - Urgência/Emergência

Tipo_Internação

- 01 - Clínica
- 02 - Cirúrgica
- 03 - Obstétrica
- 04 - UTI / CTI
- 05 - UTI / CTI Neonatal
- 06 - Hospital-dia
- 07 - Domiciliar
- 08 - Pediátrica
- 09 -Psiquiatria

Padrão_Acomodação

- 1 - Enfermaria
- 2 - Quarto particular
- 3 - UTI
- 4 - Enfermaria dois leitos
- 5 - One Day Clinic
- 6 - Unidade Intermediária
- 7 - Apartamento
- 8 - Ambulatório
- 11 - Apartamento Luxo
- 12 - Apartamento Simples
- 13 - Apartamento Standard
- 14 - Apartamento Suíte
- 15 - Apartamento c/ alojamento conjunto
- 21 - Berçário Normal
- 22 - Berçário Patológico / prematuro
- 23 - Berçário Patológico com isolamento
- 31 - Enfermaria (3 leitos)
- 32 - Enfermaria (4 ou mais leitos)
- 33 - Enfermaria com alojamento conjunto
- 34 - Hospital Dia
- 35 - Isolamento
- 41 - Quarto Coletivo (2 leitos)
- 42 - Quarto Privativo
- 43 - Quarto com alojamento conjunto
- 51 - UTI Adulto
- 52 - UTI Pediátrica
- 53 - UTI Neo-natal'
- 54 - UTSI - Unidade de terapia semi-intensiva'
- 64 - Outras diárias'

Óbito_Mulher

- 1 - Grávida no Momento
- 2 - Até 12 Meses após o Término da Gestação
- 3 - Até 42 dias após o Término da Gestação

Técnica_Utilizada

- V - Videdolaparoscopia

C - Convencional

Tipo_Óbito

F - Fetal

N - Não-Fetal

Posição_Profissão

0 - Cirurgião

1 - Primeiro Auxiliar

2 - Segundo Auxiliar

3 - Terceiro Auxiliar

4 - Instrumentador

5 - Anestesista

6 - Consultor

7 - Perfusionista

Tipo_Serviço

1 - Procedimentos

2 - Materiais

3 - Medicamentos

4 - Diárias

5 - Gases Medicinais

6 - Taxas

7 - Pacotes

8 - Procedimento Odontológico

b) DTD

```
<!ELEMENT Arquivo (Sigla_Prestador, Codigo_Prestador, Numero_CNES,  
Nome_Prestador, Logradouro, Complemento, Numero, Bairro, Municipio,  
Codigo_UF, Codigo_Pais, Cep, Numero_protocolo, Valor_total_protocolo,  
Numero_guias, Guia+)>
```

```
<!ELEMENT Sigla_Prestador (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Codigo_Prestador (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Numero_CNES (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Nome_Prestador (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Logradouro (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Complemento (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Numero (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Bairro (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Municipio (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Codigo_UF (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Codigo_Pais (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Cep (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Numero_protocolo (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Valor_total_protocolo (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Numero_guias (#PCDATA)>
```

```
<!ELEMENT Guia (Tipo_Guia, Numero_Guia, Codigo_Carteira_Paciente,  
Data_validade_carteira, Nome_paciente, Documento_identificacao,
```

Nome_plano, Nome_titular, Data_emissao_guia, Indicacao_clinica,
 Hipoteses_diagnosticas, Tipo_doenca, Indicador_acidente, CID+,
 Unidade_tempo, Tempo_evolucao_doenca, Tipo_atendimento,
 Tipo_consulta, Tipo_saida, Plano_odonto_obs, Data_internacao,
 Carater_internacao, Tipo_internacao, Padrao_acomodacao,
 Data_inicio_intervencao, Data_final_intervencao, Motivo_alta, Data_alta,
 Tempo_permanencia, Obito_mulher?, Qt_nascido_vivo?,
 Qt_vivo_prematuro, In_baixo_peso, Qt_nascido_morto,
 Complicacao_periodo_puerperio, Transtorno_materno,
 Complicacao_neo_natal, In_gestacao, In_aborto, Atendimento_RN,
 Nr_declaracao_nascido_vivo, Data_revisao_hospitalar, Data_atendimento,
 Nome_medico_requisitante, Codigao_CBO_saude, CRM_medico_requisitante,
 Numero_guia_referente?, Periodo_fechamento_guia, Servico+,
 (Valor_total_procedimento, Valor_total_gases, Valor_total_taxa,
 Valor_total_diaria, Valor_total_honorario, Valor_total_medicamento,
 Valor_total_material, Valor_total_guia, Data_fechamento))>
 <!ELEMENT Tipo_Guia (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Numero_Guia (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Codigao_Carteira_Paciente (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Data_validade_carteira (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Nome_paciente (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Documento_identificacao (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Nome_plano (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Nome_titular (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Data_emissao_guia (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Indicacao_clinica (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Hipoteses_diagnosticas (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Tipo_doenca (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Indicador_acidente (#PCDATA)>
 <!ELEMENT CID (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Unidade_tempo (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Tempo_evolucao_doenca (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Tipo_atendimento (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Tipo_consulta (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Tipo_saida (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Plano_odonto_obs (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Data_internacao (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Carater_internacao (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Tipo_internacao (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Padrao_acomodacao (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Data_inicio_intervencao (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Data_final_intervencao (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Motivo_alta (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Data_alta (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Tempo_permanencia (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Obito_mulher (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Qt_nascido_vivo (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Qt_vivo_prematuro (#PCDATA)>
 <!ELEMENT In_baixo_peso (#PCDATA)>
 <!ELEMENT Qt_nascido_morto (#PCDATA)>

```

<!ELEMENT Complicacao_periodo_puerperio (#PCDATA)>
<!ELEMENT Transtorno_materno (#PCDATA)>
<!ELEMENT Complicacao_neo_natal (#PCDATA)>
<!ELEMENT In_gestacao (#PCDATA)>
<!ELEMENT In_aborto (#PCDATA)>
<!ELEMENT Atendimento_RN (#PCDATA)>
<!ELEMENT Nr_declaracao_nascido_vivo (#PCDATA)>
<!ELEMENT Data_revisao_hospitalar (#PCDATA)>
<!ELEMENT Data_atendimento (#PCDATA)>
<!ELEMENT Nome_medico_requisitante (#PCDATA)>
<!ELEMENTCodigo_CBO_saude (#PCDATA)>
<!ELEMENT CRM_médico_requisitante (#PCDATA)>
<!ELEMENT Numero_guia_referente (#PCDATA)>
<!ELEMENT Período_fechamento_guia (#PCDATA)>
<!ELEMENT Servico (Data_realizacao_serviço, Tipo_serviço,
Codigo_Serviço, Descricao_serviço, Técnica_utilizada, Via_acesso,
Quantidade_Realizada, Unidade, Pe_acrescimo_desconto,
Valor_unit_serviço, Valor_serviço, Profissional_medico+)>
<!ELEMENT Valor_total_procedimento (#PCDATA)>
<!ELEMENT Valor_total_gases (#PCDATA)>
<!ELEMENT Valor_total_taxa (#PCDATA)>
<!ELEMENT Valor_total_diaria (#PCDATA)>
<!ELEMENT Valor_total_honorario (#PCDATA)>
<!ELEMENT Valor_total_medicamento (#PCDATA)>
<!ELEMENT Valor_total_material (#PCDATA)>
<!ELEMENT Valor_total_guia (#PCDATA)>
<!ELEMENT Data_fechamento (#PCDATA)>
<!ELEMENT Data_realizacao_serviço (#PCDATA)>
<!ELEMENT Tipo_serviço (#PCDATA)>
<!ELEMENT Codigo_Serviço (#PCDATA)>
<!ELEMENT Descricao_serviço (#PCDATA)>
<!ELEMENT Técnica_utilizada ANY>
<!ELEMENT Via_acesso ANY>
<!ELEMENT Quantidade_Realizada (#PCDATA)>
<!ELEMENT Unidade (#PCDATA)>
<!ELEMENT Pe_acrescimo_desconto (#PCDATA)>
<!ELEMENT Valor_unit_serviço (#PCDATA)>
<!ELEMENT Valor_serviço (#PCDATA)>
<!ELEMENT Profissional_medico (Posicao_profissional, Nome_profissional,
Conselho_profissional, Cpf)>
<!ELEMENT Posicao_profissional (#PCDATA)>
<!ELEMENT Nome_profissional (#PCDATA)>
<!ELEMENT Conselho_profissional (#PCDATA)>
<!ELEMENT Cpf (#PCDATA)>

```

2. Demonstrativos de Retorno

```

<!ELEMENT Demonstrativo (NumeroSequencialArq, CodigoPrestador,
NomePrestador, (Banco, Agencia, Conta), DataPagamento, Fatura+,
OcorrênciaGlosa*)>

```

```

<!ELEMENT NumeroSequencialArq (#PCDATA)>
<!ELEMENT CodigoPrestador (#PCDATA)>
<!ELEMENT NomePrestador (#PCDATA)>
<!ELEMENT Banco (#PCDATA)>
<!ELEMENT Agencia (#PCDATA)>
<!ELEMENT Conta (#PCDATA)>
<!ELEMENT DataPagamento (#PCDATA)>
<!ELEMENT Fatura (NumeroFatura, NumeroProtocolo, DataProtocolo,
Guia+, OcorrenciaGlosa?, ValorTotal)>
<!ELEMENT OcorrenciaGlosa (CodigoGlosa, DescricaoGlosa)>
<!ELEMENT NumeroFatura (#PCDATA)>
<!ELEMENT NumeroProtocolo (#PCDATA)>
<!ELEMENT DataProtocolo (#PCDATA)>
<!ELEMENT Guia (Numero, NomeBeneficiario, CodigoBeneficiario,
ServicoMedicoHospitalar+, OcorrenciaGlosa?, ValorTotal)>
<!ELEMENT OcorrenciaGlosa (CodigoGlosa)>
<!ELEMENT ValorTotal (ValorInformado, ValorPensaoAlimt, ValorIR,
ValorImpostosServ, ValorProcessado, ValorLiberado)>
<!ELEMENT CodigoGlosa (#PCDATA)>
<!ELEMENT DescricaoGlosa (#PCDATA)>
<!ELEMENT Numero (#PCDATA)>
<!ELEMENT NomeBeneficiario (#PCDATA)>
<!ELEMENT CodigoBeneficiario (#PCDATA)>
<!ELEMENT ServicoMedicoHospitalar (item, DataAtendimento,
DescricaoServico, CodigoServico, Posicao, QuantidadeRealizada,
ValorInformado, ValorProcessado, ValorGlosado, ValorLiberado, Glosas*)>
<!ELEMENT OcorrenciaGlosa (CodigoGlosa)>
<!ELEMENT ValorTotal (ValorInformado, ValorPensaoAlimt, ValorIR,
ValorImpostosServ, ValorProcessado, ValorLiberado)>
<!ELEMENT CodigoGlosa (#PCDATA)>
<!ELEMENT ValorInformado (#PCDATA)>
<!ELEMENT ValorPensaoAlimt (#PCDATA)>
<!ELEMENT ValorIR (#PCDATA)>
<!ELEMENT ValorImpostosServ (#PCDATA)>
<!ELEMENT ValorProcessado (#PCDATA)>
<!ELEMENT ValorLiberado (#PCDATA)>
<!ELEMENT item ANY>
<!ELEMENT DataAtendimento (#PCDATA)>
<!ELEMENT DescricaoServico (#PCDATA)>
<!ELEMENT CodigoServico (#PCDATA)>
<!ELEMENT Posicao (#PCDATA)>
<!ELEMENT QuantidadeRealizada (#PCDATA)>
<!ELEMENT ValorInformado (#PCDATA)>
<!ELEMENT ValorProcessado (#PCDATA)>
<!ELEMENT ValorGlosado (#PCDATA)>
<!ELEMENT ValorLiberado (#PCDATA)>
<!ELEMENT Glosas (CodigoGlosa)>
<!ELEMENT CodigoGlosa (#PCDATA)>
<!ELEMENT CodigoGlosa (#PCDATA)>

```