



ANS - nº 41754-8

Tabelas de Domínio do Padrão TISS - Versão 3.02.00

SUMÁRIO

Tabela 23 - Caráter do Atendimento	02
Tabela 24 - Código Brasileiro de Ocupação (CBO)	02
Tabela 25 - Código da Despesa	06
Tabela 26 - Conselho Profissional	06
Tabela 28 - Dentes	07
Tabela 29 - Diagnóstico por Imagem	09
Tabela 30 - Escala de Capacidade Funcional (ECOG - Escala de Zubrod)	09
Tabela 31 - Estadiamento do Tumor	10
Tabela 32 - Faces do Dente	10
Tabela 33 - Finalidade do Tratamento	10
Tabela 35 - Grau de Participação	11
Tabela 36 - Indicador de Acidente	11
Tabela 38 - Glosas, Negativas e Outras	11
Tabela 39 - Motivo de Encerramento	34
Tabela 41 - Regime de Internação	35
Tabela 42 - Regiões da Boca	35
Tabela 43 - Sexo	37
Tabela 44 - Situação Dentária Inicial	37
Tabela 45 - Status da Solicitação	38
Tabela 46 - Status do Cancelamento	38
Tabela 47 - Status da Guia e do Protocolo	38
Tabela 48 - Técnica Utilizada	39
Tabela 49 - Tipo de Acomodação	39
Tabela 50 - Tipo de Atendimento	41
Tabela 51 - Tipo de Atendimento em Odontologia	41
Tabela 52 - Tipo de Consulta	42
Tabela 55 - Tipo de Faturamento	42
Tabela 57 - Tipo de Internação	42
Tabela 58 - Tipo de Quimioterapia	42
Tabela 60 - Unidade de Medida	43
Tabela 61 - Via de Acesso	45
Tabela 62 - Via de Administração	45
Tabela 87 - Tabelas	46

Tabela 23 - Caráter do Atendimento

Código	Descrição
1	Eletivo
2	Urgência/Emergência

Tabela 24 - Código Brasileiro de Ocupação (CBO)

Código	Descrição
201115	Geneticista
203015	Pesquisador em Biologia de Micro-organismos e Parasitas
213150	Físico Médico
221105	Biólogo
223204	Cirurgião Dentista - Auditor
223208	Cirurgião Dentista - Clínico Geral
223212	Cirurgião Dentista - Endodontista
223216	Cirurgião Dentista - Epidemiologista
223220	Cirurgião Dentista - Estomatologista
223224	Cirurgião Dentista - Implantodontista
223228	Cirurgião Dentista - Odontogeriatra
223232	Cirurgião Dentista - Odontologista Legal
223236	Cirurgião Dentista - Odontopediatra
223240	Cirurgião Dentista - Ortopedista E Ortodontista
223244	Cirurgião Dentista - Patologista Bucal
223248	Cirurgião Dentista - Periodontista
223252	Cirurgião Dentista - Protesiólogo Bucomaxilofacial
223256	Cirurgião Dentista - Protésista
223260	Cirurgião Dentista - Radiologista
223264	Cirurgião Dentista - Reabilitador Oral
223268	Cirurgião Dentista - Traumatologista Bucomaxilofacial
223272	Cirurgião Dentista de Saúde Coletiva

223276	Cirurgião Dentista - Odontologia do Trabalho
223280	Cirurgião Dentista - Dentística
223284	Cirurgião Dentista - Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial
223288	Cirurgião Dentista - Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
223293	Cirurgião-Dentista da Estratégia de Saúde da Família
223505	Enfermeiro
223605	Fisioterapeuta Geral
223710	Nutricionista
223810	Fonoaudiólogo
223905	Terapeuta Ocupacional
223910	Ortoptista
225103	Médico Infectologista
225105	Médico Acupunturista
225106	Médico Legista
225109	Médico Nefrologista
225110	Médico Alergista e Imunologista
225112	Médico Neurologista
225115	Médico Angiologista
225118	Médico Nutrologista
225120	Médico Cardiologista
225121	Médico Oncologista Clínico
225122	Médico Cancerologista Pediátrico
225124	Médico Pediatra
225125	Médico Clínico
225127	Médico Pneumologista
225130	Médico de Família e Comunidade
225133	Médico Psiquiatra

225135	Médico Dermatologista
225136	Médico Reumatologista
225139	Médico Sanitarista
225140	Médico do Trabalho
225142	Médico da Estratégia de Saúde da Família
225145	Médico em Medicina de Tráfego
225148	Médico Anatomopatologista
225150	Médico em Medicina Intensiva
225151	Médico Anestesiologista
225155	Médico Endocrinologista e Metabologista
225160	Médico Fisiatra
225165	Médico Gastroenterologista
225170	Médico Generalista
225175	Médico Geneticista
225180	Médico Geriatra
225185	Médico Hematologista
225195	Médico Homeopata
225203	Médico em Cirurgia Vascular
225210	Médico Cirurgião Cardiovascular
225215	Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço
225220	Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo
225225	Médico Cirurgião Geral
225230	Médico Cirurgião Pediátrico
225235	Médico Cirurgião Plástico
225240	Médico Cirurgião Torácico
225250	Médico Ginecologista e Obstetra
225255	Médico Mastologista
225260	Médico Neurocirurgião

225265	Médico Oftalmologista
225270	Médico Ortopedista e Traumatologista
225275	Médico Otorrinolaringologista
225280	Médico Proctologista
225285	Médico Urologista
225290	Médico Cancerologista Cirúrgico
225295	Médico Cirurgião da Mão
225305	Médico Citopatologista
225310	Médico em Endoscopia
225315	Médico em Medicina Nuclear
225320	Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
225325	Médico Patologista
225330	Médico Radioterapeuta
225335	Médico Patologista Clínico / Medicina Laboratorial
225340	Médico Hemoterapeuta
225345	Médico Hiperbarista
225350	Médico Neurofisiologista
239425	Psicopedagogo
251510	Psicólogo Clínico
251545	Neuropsicólogo
251550	Psicanalista
251605	Assistente Social
322205	Técnico de Enfermagem
322220	Técnico de Enfermagem Psiquiátrica
322225	Instrumentador Cirúrgico
322230	Auxiliar de Enfermagem

516210	Cuidador de Idosos
999999	CBO Desconhecido ou não Informado pelo Solicitante

Tabela 25 - Código da Despesa

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

Tabela 26 - Conselho Profissional

Código	Descrição
01	Conselho Regional de Assistência Social (CRAS)
02	Conselho Regional de Enfermagem (COREN)
03	Conselho Regional de Farmácia (CRF)
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

Tabela 28 - Dentes

Código	Descrição
11	Incisivo Central Superior Direito
12	Incisivo Lateral Superior Direito
13	Canino Superior Direito
14	Primeiro Pré-molar Superior Direito
15	Segundo Pré-molar Superior Direito
16	Primeiro Molar Superior Direito
17	Segundo Molar Superior Direito
18	Terceiro Molar Superior Direito
19	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Superior Direito
21	Incisivo Central Superior Esquerdo
22	Incisivo Lateral Superior Esquerdo
23	Canino Superior Esquerdo
24	Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo
25	Segundo Pré-molar Superior Esquerdo
26	Primeiro Molar Superior Esquerdo
27	Segundo Molar Superior Esquerdo
28	Terceiro Molar Superior Esquerdo
29	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Superior Esquerdo
31	Incisivo Central Inferior Esquerdo
32	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
33	Canino Inferior Esquerdo
34	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
35	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
36	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
37	Segundo Molar Inferior Esquerdo
38	Terceiro Molar Inferior Esquerdo

39	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Inferior Esquerdo
41	Incisivo Central Inferior Direito
42	Incisivo Lateral Inferior Direito
43	Canino Inferior Direito
44	Primeiro Pré-molar Inferior Direito
45	Segundo Pré-molar Inferior Direito
46	Primeiro Molar Inferior Direito
47	Segundo Molar Inferior Direito
48	Terceiro Molar Inferior Direito
49	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Inferior Direito
51	Incisivo Central Decíduo Superior Direito
52	Incisivo Lateral Decíduo Superior Direito
53	Canino Decíduo Superior Direito
54	Primeiro Molar Decíduo Superior Direito
55	Segundo Molar Decíduo Superior Direito
59	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Superior Direito
61	Incisivo Central Decíduo Superior Esquerdo
62	Incisivo Lateral Decíduo Superior Esquerdo
63	Canino Decíduo Superior Esquerdo
64	Primeiro Molar Decíduo Superior Esquerdo
65	Segundo Molar Decíduo Superior Esquerdo
69	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Superior Esquerdo
71	Incisivo Central Decíduo Inferior Esquerdo
72	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Esquerdo
73	Canino Decíduo Inferior Esquerdo
74	Primeiro Molar Decíduo Inferior Esquerdo
75	Segundo Molar Decíduo Inferior Esquerdo
79	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Inferior Esquerdo

81	Incisivo Central Decíduo Inferior Direito
82	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Direito
83	Canino Decíduo Inferior Direito
84	Primeiro Molar Decíduo Inferior Direito
85	Segundo molar Decíduo Inferior Direito
89	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Inferior Direito

Tabela 29 - Diagnóstico por Imagem

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

Tabela 30 - Escala de Capacidade Funcional (ECOG - Escala de Zubrod)

Código	Descrição
0	Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico.
1	Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.
2	Caminha e é capaz de exercer as atividades de autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília.
3	Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.
4	Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.

Tabela 31 - Estadiamento do Tumor

Código	Descrição
1	I
2	II
3	III
4	IV
5	Não se aplica

Tabela 32 - Faces do Dente

Código	Descrição
O	Oclusal
L	Lingual
M	Mesial
V	Vestibular
D	Distal
I	Incisal
P	Palatina

Tabela 33 - Finalidade do Tratamento

Código	Descrição
1	Curativa
2	Neoadjuvante
3	Adjuvante
4	Paliativa
5	Controle

Tabela 35 - Grau de Participação

Código	Descrição
00	Cirurgião
01	Primeiro Auxiliar
02	Segundo Auxiliar
03	Terceiro Auxiliar
04	Quarto Auxiliar
05	Instrumentador
06	Anestesista
07	Auxiliar de Anestesista
08	Consultor
09	Perfusionista
10	Pediatra na sala de parto
11	Auxiliar SADT
12	Clínico
13	Intensivista

Tabela 36 - Indicador de Acidente

Código	Descrição
0	Trabalho
1	Trânsito
2	Outros
9	Não Acidente

Tabela 38 - Glosas, Negativas e Outras

Código	Descrição
1001	Número da carteira inválido.
1002	Número do cartão nacional de saúde inválido.

1003	A admissão do beneficiário no prestador ocorreu antes da inclusão do beneficiário na operadora.
1004	Solicitação anterior à inclusão do beneficiário.
1005	Atendimento anterior à inclusão do beneficiário.
1006	Atendimento após o desligamento do beneficiário.
1007	Atendimento dentro da carência do beneficiário.
1008	Assinatura divergente.
1009	Beneficiário com pagamento em aberto.
1010	Assinatura do titular / responsável inexistente.
1011	Identificação do beneficiário não consistente.
1012	Serviço profissional hospitalar não é coberto pelo plano do beneficiário.
1013	Cadastro do beneficiário com problemas.
1014	Beneficiário com data de exclusão.
1015	Idade do beneficiário acima idade limite.
1016	Beneficiário com atendimento suspenso.
1017	Data validade da carteira vencida.
1018	Empresa do beneficiário suspensa / excluída.
1019	Família do beneficiário com atendimento suspenso.
1020	Via de cartão do beneficiário cancelada.
1021	Via de cartão do beneficiário não liberada.
1022	Via de cartão do beneficiário não compatível.
1023	Nome do titular inválido.
1024	Plano não existente.
1025	Beneficiário não possui cobertura para assistência odontológica.
1101	Quantidade de guias informadas no protocolo diferente das cadastradas.

1102	Protocolo é de reapresentação.
1103	Protocolo não é de reapresentação.
1104	Valor total do protocolo diferente do valor total das guias.
1201	Atendimento fora da vigência do contrato com o credenciado.
1202	Número do CNES inválido.
1203	Código prestador inválido.
1204	Admissão anterior à inclusão do credenciado na rede.
1205	Admissão após o desligamento do credenciado da rede.
1206	CPF/CNPJ inválido.
1207	Credenciado não pertence à rede credenciada.
1208	Solicitação anterior à inclusão do credenciado.
1209	Solicitação após o desligamento do credenciado.
1210	Solicitante credenciado não cadastrado.
1211	Assinatura / carimbo do credenciado inexistente.
1212	Atendimento / referência fora da vigência do contrato do prestador.
1213	CBO (especialidade) inválido.
1214	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento.
1215	Credenciado fora da abrangência geográfica do plano.
1216	Especialidade não cadastrada.
1217	Especialidade não cadastrada para o prestador.
1218	Código de prestador incompatível com procedimento / exame cobrado.
1301	Tipo guia inválido.
1302	Código tipo guia principal e número guias incompatíveis.
1303	Não existe o número guia principal informado.

1304	Cobrança em guia indevida.
1305	Item pago em outra guia.
1306	Não existe número guia principal e/ou código guia principal.
1307	Número da guia inválido.
1308	Guia já apresentada.
1309	Procedimento contratado não está de acordo com o tipo de guia utilizado.
1310	Serviço do tipo cirúrgico e invasivo. Equipe médica não informada na guia.
1311	Prestador executante não informado.
1312	Prestador contratado não informado.
1313	Guia com rasura.
1314	Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado.
1315	Guia sem data do ato cirúrgico.
1316	Guia com local de atendimento preenchido incorretamente.
1317	Guia sem data do atendimento.
1318	Guia com código de serviço preenchido incorretamente.
1319	Guia sem assinatura do assistido.
1320	Identificação do assistido incompleta.
1321	Validade da guia expirada.
1322	Comprovante presencial ou GTO não enviado.
1323	Data preenchida incorretamente.
1401	Acomodação não autorizada.
1402	Procedimento não autorizado.
1403	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento.
1404	Não existe guia de autorização relacionada.

1405	Data de validade da senha é anterior à data do atendimento.
1406	Número da senha informado diferente do liberado.
1407	Serviço solicitado não possui cobertura.
1408	Quantidade serviço solicitada acima da autorizada.
1409	Quantidade serviço solicitada acima coberta.
1410	Serviço solicitado em carência.
1411	Solicitante não informado.
1412	Problemas no sistema autorizador.
1413	Acomodação não possui cobertura.
1414	Data de validade da senha expirada.
1415	Procedimento não autorizado para o beneficiário.
1416	Solicitante não cadastrado.
1417	Solicitante não habilitado.
1418	Solicitante suspenso.
1419	Serviço solicitado já autorizado.
1420	Serviço solicitado fora da cobertura.
1421	Serviço solicitado é de pré-existência.
1422	Especialidade não cadastrada para o solicitante.
1423	Quantidade solicitada acima da quantidade permitida.
1424	Quantidade autorizada acima da quantidade permitida.
1425	Necessita pré-autorização da empresa.
1426	Não autorizado pela auditoria médica.
1427	Necessidade de auditoria médica.
1428	Falta de autorização da empresa de conectividade.

1429	CBO-s (especialidade) não autorizado a realizar o serviço.
1430	Procedimento odontológico não autorizado.
1431	Procedimento não autorizado na face solicitada.
1432	Procedimento não autorizado para dente/região solicitada.
1433	Procedimento não autorizado, dente ausente.
1434	Cobrança de conta de CTI neonatal na senha do parto.
1435	Vigência do acordo posterior à data de realização do procedimento.
1436	Cancelamento do acordo anterior à data de realização do procedimento.
1437	Senha de autorização cancelada.
1438	Procedimento solicitado não autorizado por não atender a diretriz de utilização (DUT) do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS.
1501	Tempo de evolução da doença inválido.
1502	Tipo de doença inválido.
1503	Indicador de acidente inválido.
1504	Caráter de internação inválido.
1505	Regime da internação inválido.
1506	Tipo de internação inválido.
1507	Urgência não aplicável.
1508	Código CID não informado.
1509	Código CID inválido.
1601	Reincidência no atendimento.
1602	Tipo de atendimento inválido ou não informado.
1603	Tipo de consulta inválido.
1604	Tipo de saída inválido.
1605	Intervenção anterior à admissão.

1606	Final da intervenção anterior ao início da intervenção.
1607	Alta hospitalar anterior ao final da intervenção.
1608	Alta anterior à data de internação.
1609	Motivo saída inválido.
1610	Óbito mulher inválido.
1611	Intervenção anterior a internação.
1612	Serviço não pode ser realizado no local especificado.
1613	Consulta não autorizada.
1614	Serviço ambulatorial não autorizado.
1615	Internação não autorizada.
1701	Cobrança fora do prazo de validade.
1702	Cobrança de procedimento em duplicidade.
1703	Horário do atendimento não está na faixa de urgência/emergência.
1704	Valor cobrado superior ao acordado em pacote.
1705	Valor apresentado a maior.
1706	Valor apresentado a menor.
1707	Não existe informação sobre a tabela que será utilizada na valoração. Verifique o contrato do prestador.
1708	Não existe valor para o procedimento realizado.
1709	Falta prescrição médica.
1710	Falta visto da enfermagem.
1711	Procedimento pertence a um pacote acordado e já cobrado.
1712	Assinatura do médico responsável pelo exame inexistente.
1713	Faturamento inválido.
1714	Valor do serviço superior ao valor de tabela.

1715	Valor do serviço inferior ao valor de tabela.
1716	Percentual de redução/acréscimo fora dos valores definidos em tabela.
1717	Pago conforme relatório de auditoria externa - conta inicial.
1718	Reanálise negada, pago conforme relatório auditoria.
1719	Reanálise negada, análise conforme tabela acordada.
1720	Liberados 150% de vídeo, sem cobertura para adicional de acomodação.
1721	Código cobrado substituído pelo código pago.
1722	Pago conforme negociação.
1723	Adicional de urgência não previsto para atendimento clínico.
1724	Visita médica cobrada pela equipe cirúrgica incluída no período de 10 dias após realização do procedimento cirúrgico.
1725	Valor pago a maior referente à taxa administrativa.
1726	Valor apresentado a maior - plano individual.
1727	Pago valor compatível com o procedimento.
1728	Cobrança de material incluso no procedimento / exame realizado.
1729	Cobrança de material com valor acima do permitido para procedimento/exame realizado.
1730	Filme incluso no exame realizado.
1731	Taxa incompatível para atendimento ambulatorial.
1732	QT com data de evento divergente da liberada.
1733	Recuperação de valores por pagamento indevido.
1734	Cobrado conta aberta, pago o pacote conforme negociação.
1735	Cobrança de pacote não negociado com o prestador.
1736	Conta aguardando negociação para pagamento.
1737	Diferença deve ser cobrada do beneficiário pelo prestador como franquia.
1738	Documento fiscal não enviado.

1739	Duplicidade de conta devido a período cobrado já efetuado em outra parcial.
1740	Estorno do valor de procedimento pago.
1741	Honorário ou procedimento já pago a outro prestador.
1742	Honorário ou procedimento já pago por reembolso ao beneficiário.
1743	Não há negociação para cobrança do kit, discriminar por itens.
1744	Negociação diferenciada devido a liminar.
1745	Pagamento da equipe conforme relatório do cirurgião.
1746	Percentual de acréscimo diferente do negociado.
1747	Plano do beneficiário e o tipo de acomodação não permitem acréscimo de honorários.
1748	Procedimento não caracteriza urgência/emergência.
1749	Relatório de auditoria não enviado na conta.
1801	Procedimento inválido.
1802	Procedimento incompatível com o sexo do beneficiário.
1803	Idade do beneficiário incompatível com o procedimento.
1804	Número de dias liberados / sessões autorizadas não informadas.
1805	Valor total do procedimento diferente do valor processado.
1806	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero.
1807	Procedimentos médicos duplicados.
1808	Procedimento não conforme com CID.
1809	Cobrança de procedimento não executado.
1810	Cobrança de procedimento não solicitado pelo médico.
1811	Procedimento sem registro de execução.
1812	Cobrança de procedimento não correlacionado ao relatório específico.
1813	Cobrança de procedimento sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.

1814	Cobrança de procedimento com data de autorização posterior à do atendimento.
1815	Procedimento não autorizado.
1816	Cobrança de procedimento em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica.
1817	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal.
1818	Cobrança de procedimento que exige autorização prévia.
1819	Cobrança de procedimento com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível.
1820	Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida/autorizada.
1821	Cobrança de procedimento não compatível com a idade.
1822	Cobrança de procedimento com ausência de resultado ou laudo técnico.
1823	Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
1824	Procedimento cobrado não corresponde ao exame executado.
1825	Cobrança de procedimento ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
1826	Vias de acesso dos procedimentos cobrados não estão previstas na listagem de procedimentos múltiplos.
1827	Cobrança de outro procedimento em outra guia, na mesma data, pelo mesmo profissional com mesmo grau de participação - liberado valor referente à via de acesso do procedimento secundário.
1828	Adicional de urgência não previsto para procedimento cirúrgico eletivo.
1829	Adicional de vídeo não previsto para o procedimento.
1830	Cobrança de procedimento sem informação das datas de atendimento- visita, plantão, intensivista, avaliação enteral/parenteral.
1831	Laudo do exame enviado não justifica a cobrança do procedimento.
1832	Procedimento não permite cobrança de auxiliar de anestesista.
1833	Procedimento cobrado não permite acréscimo de acomodação.
1834	Porte anestésico cobrado incompatível com o porte do procedimento realizado.
1835	"Analgesia por dia subsequente" não justificada em relatório médico, para o procedimento realizado e/ou data do atendimento.
1836	"Analgesia por dia subsequente" incompatível com a via de administração do medicamento - vo ou iv periférica - sendo liberada visita hospitalar.

1837	Não cabe pagamento do honorário integral por ser via de acesso cirúrgico diferente.
1838	Grau de participação informado incompatível com evento cobrado.
1839	Necessário envio do resultado do exame anátomo patológico.
1840	Procedimento executado antes da autorização.
1901	Acomodação inválida.
1902	Acomodação informada não está de acordo com acomodação contratada.
1903	Permanência hospitalar incompatível com a evolução clínica.
1904	Permanência hospitalar incompatível com o procedimento autorizado
1905	Quantidade de diárias deve ser maior que zero.
1906	Acomodação não informada.
1907	Quantidade UTI não prevista para procedimento.
1908	Usuário não possui cobertura de UTI.
1909	Acomodação não autorizada.
1910	Cobrança de diárias em locais de acomodações diferentes, no mesmo dia.
1911	Permanência hospitalar para investigação injustificada.
1912	Evolução clínica não compatível com a permanência em UTI.
1913	Código de diária incompatível com o local de atendimento.
1914	Cobrança de diária em quantidade incompatível com a permanência hospitalar.
1915	Mudança de acomodação sem comunicação ao paciente, familiar ou acompanhante, ou sem solicitação destes.
1916	Cobrança de diárias de UTI incompatível com diagnóstico e evolução clínica.
1917	Falta prorrogação para quantidade de diárias cobradas.
1918	Plano do beneficiário não contempla diária de acompanhante.
2001	Material inválido.
2002	Material sem cobertura para atendimento ambulatorial.

2003	Material não especificado.
2004	Material sem nota fiscal do fornecedor.
2005	Quantidade de material deve ser maior que zero.
2006	Material informado não coberto.
2007	Cobrança de material em quantidade incompatível com a permanência.
2008	Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado.
2009	Quantidade de material superior à quantidade coberta.
2010	Cobrança de materiais inclusos nas taxas.
2011	Cobrança de material incluso no pacote negociado.
2012	Cobrança de material incompatível com o relatório técnico.
2013	Cobrança de material em permanência hospitalar não autorizada.
2014	Cobrança de material não utilizado.
2015	Material não autorizado.
2101	Medicamento inválido.
2102	Medicamento sem cobertura para atendimento ambulatorial.
2103	Medicamento não especificado.
2104	Medicamento sem nota fiscal do fornecedor.
2105	Quantidade de medicamentos deve ser maior que zero.
2106	Medicamento informado não coberto.
2107	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência.
2108	Cobrança de medicamento em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado.
2109	Quantidade de medicamento superior à quantidade coberta.
2110	Cobrança de medicamentos inclusos nas taxas.
2111	Cobrança de medicamento incluso no pacote negociado.

2112	Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico.
2113	Cobrança de medicamento em permanência hospitalar não autorizada.
2114	Cobrança de medicamento não utilizado.
2115	Medicamento não autorizado.
2201	OPME inválido.
2202	OPME sem cobertura para atendimento ambulatorial.
2203	OPME sem nota fiscal do fornecedor.
2204	Quantidade de OPME deve ser maior que zero.
2205	OPME informado não coberto.
2206	OPME informado não autorizado.
2207	Cobrança de OPME não utilizado.
2208	Cobrança de OPME no item material e medicamentos.
2209	Cobrança de OPME em desacordo com relatório técnico.
2210	Cobrança de OPME em quantidade incompatível com o procedimento realizado.
2211	Cobrança de OPME inclusa no pacote.
2212	OPME em desacordo com os critérios técnicos adotados pela operadora.
2213	OPME pago a fornecedor terceirizado.
2301	Gases medicinais inválidos.
2302	Cobrança de oxigenoterapia sem prescrição médica.
2303	Cobrança de oxigenoterapia com quantitativo de uso em divergência/pago valor corrigido.
2304	Cobrança de oxigênio incluso na taxa de nebulização especificada.
2305	Cobrança de oxigenoterapia em uso prolongado sem justificativa de uso.
2306	Cobrança de oxigenoterapia sem registro de controle de uso (entrada e saída).
2307	Cobrança de gases em quantidade superior ao período de permanência.

2308	Cobrança de co2 nas cirurgias videolaparoscópicas durante toda a realização do procedimento (início ao fim).
2309	Cobrança de ar comprimido sem registro no boletim anestésico e duração de uso.
2310	Cobrança de gases incompatível com o utilizado/ prescrito.
2401	Taxa / aluguel inválido.
2402	Cobrança de taxa por uso de equipamento incompatível com o procedimento realizado/uso previsto no procedimento.
2403	Cobrança de taxa de uso de bomba de infusão em paciente internado na UTI.
2404	Cobrança de outras taxas associadas/inclusas na cobrança da taxa de sala prevista.
2405	Cobrança de mais de uma taxa de sala de cirurgia, por conta do número de procedimentos realizados no mesmo tempo cirúrgico.
2406	Cobrança indevida de taxa de sala por administração de medicamentos.
2407	Cobrança de taxas, de serviços realizados em ambientes incompatíveis com o uso de equipamentos.
2408	Cobrança de taxas em quantidade superior ao tempo de permanência hospitalar.
2409	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro com permanência menor que o período estipulado.
2410	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro sem o registro da permanência.
2411	Cobrança de taxa de sala de pronto socorro, para aplicação de medicamentos.
2412	Cobrança de taxa de recuperação anestésica não justificada para o procedimento.
2413	Cobrança de taxa inclusa no pacote negociado.
2414	Cobrança de taxa de equipamento em concomitância com a cobrança de taxa para o procedimento.
2415	Taxa exige informação do valor na guia.
2416	Cobrança de taxa de recuperação anestésica para pacientes com pós- operatório imediato realizado na UTI/CTI.
2417	Cobrança de taxa de recuperação anestésica sem a presença do anestesista.
2418	Cobrança de taxa de sala incompatível com o procedimento.
2419	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação.
2420	Cobrança de taxa de sala cirúrgica com porte anestésico diferente do procedimento autorizado/realizado.

2421	Cobrança de taxa em quantidade incorreta.
2422	Cobrança de taxa por uso de equipamento de uso obrigatório na sala de cirurgia, cuja taxa de sala cirúrgica já inclui seu uso.
2423	Cobrança de taxa de equipamentos de uso obrigatório no local de atendimento.
2424	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação.
2501	Procedimento em série inválido.
2502	Cobrança de duas avaliações fisioterápicas.
2503	Cobrança de psicoterapia individual, quando o aplicado é a cobrança de psicoterapia em grupo.
2504	Quantidade de sessões cobradas não condizem com as assinaturas no controle de tratamento seriado.
2505	O código cobrado é diferente do código autorizado.
2506	A quantidade de sessões cobradas é diferente da quantidade autorizada.
2507	O código autorizado está incompatível com a prescrição médica solicitada.
2508	Cobrança de sessões sem o devido plano de tratamento e, ou, com o prazo de pagamento expirado.
2509	Cobrança do procedimento seriado incompatível com o quadro clínico.
2510	Cobrança do procedimento seriado em número de sessões acima da quantidade estabelecida.
2511	Ausência de evolução no prontuário médico do tratamento seriado realizado.
2512	Cobrança de sessões de fisioterapia em desacordo com as evoluções do prontuário médico.
2513	Cobrança de tratamento seriado sem justificativa clínica/técnica.
2514	Serviço não contratado para o prestador.
2515	Local de atendimento inadequado.
2516	Quantidade cobrada diferente da realizada.
2601	Codificação incorreta/inadequada do procedimento.
2602	Cobrança de honorário incluso no procedimento principal.
2603	Cobrança de honorário sem registro da efetiva participação do profissional.
2604	Procedimento principal não requer equipe médica.

2605	Não cabe pagamento do honorário integral por ser a mesma via de acesso cirúrgico.
2606	Cobrança do honorário em local de atendimento incorreto (inexistente).
2607	Cobrança de honorários em duplicidade.
2608	Cobrança de consulta indevida, quando o procedimento principal já está sendo remunerado.
2609	Local de atendimento não informado.
2610	Grau de participação de auxiliar incompatível com procedimento cobrado.
2611	Cobrança de especialista não justificada no evento.
2612	Cobrança indevida de equipe "stand-by", já que angioplastia seguida de cirurgia cardíaca.
2613	Honorário médico do anestesista já liberado no procedimento cirúrgico, pois "analgesia por dia subsequente" cobrada na mesma data do evento cirúrgico.
2614	Cobrança de cada participante da equipe deve ser feita em guias diferentes.
2701	Procedimento inválido.
2702	Cobrança de exame não solicitado pelo médico.
2703	Exame sem registro de execução.
2704	Cobrança de exame não correlacionado ao relatório específico.
2705	Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
2706	Cobrança de procedimento/exame com data de autorização posterior à do atendimento.
2707	Exame não autorizado.
2708	Cobrança de exame em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica.
2709	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal.
2710	Cobrança de exame que exige autorização prévia.
2711	Cobrança de exame com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível.
2712	Cobrança de exame em quantidade acima da máxima permitida/autorizada.
2713	Cobrança de exame não compatível com a idade.

2714	Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico.
2715	Exame realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
2716	Exame cobrado não corresponde ao exame executado.
2717	Cobrança de exame ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
2718	Exames não justificam caráter de urgência.
2801	Pacote inválido.
2802	Pacote incompatível com o sexo do beneficiário.
2803	Idade do beneficiário incompatível com o pacote.
2804	Valor total do pacote diferente do valor processado.
2805	Valor do pacote superior ao valor dos itens.
2806	Cobrança de pacote não executado.
2807	Cobrança de pacote não solicitado pelo médico.
2808	Pacote sem registro de execução.
2809	Cobrança de pacote não correlacionado ao relatório específico.
2810	Cobrança de pacote sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
2811	Cobrança de pacote com data de autorização posterior à do atendimento.
2812	Pacote não autorizado.
2813	Cobrança de pacote em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica.
2814	Itens de composição do pacote não realizados.
2815	Cobrança do pacote exige autorização prévia.
2816	Cobrança de pacote com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível.
2817	Cobrança de pacote em quantidade acima da máxima permitida/autorizada.
2818	Cobrança de pacote não compatível com a idade.
2819	Cobrança de pacote com ausência de resultado ou laudo técnico.

2820	Pacote realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
2821	Pacote cobrado não corresponde ao exame executado.
2822	Cobrança de pacote ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
2901	Revisão de glosa inválida.
2902	Glosa mantida.
2903	Pedido de revisão sem justificativa.
2904	Mais de um recurso de glosa para a mesma guia/protocolo.
2905	A guia não é de revisão.
2906	Número da guia inválido.
2907	Prazo de 180 dias ultrapassado para solicitação de reanálise.
2908	Solicitação de reanálise efetuada de forma incorreta.
2909	Prazo para solicitação de recurso de glosa prescrito.
3001	Procedimento odontológico inválido.
3002	Cobrança de procedimento odontológico que exige autorização prévia.
3003	Idade do beneficiário incompatível com o procedimento odontológico.
3004	Cobrança de procedimento odontológico em quantidade acima da máxima permitida/autorizada.
3005	Valor total do procedimento diferente do valor processado.
3006	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero.
3007	Procedimentos odontológicos duplicados.
3008	Cobrança de procedimento odontológico incluso no procedimento principal.
3009	Cobrança de procedimento odontológico não executado.
3010	Cobrança de procedimento não solicitado pelo cirurgião-dentista.
3011	Procedimento odontológico sem registro de execução.
3012	Cobrança de procedimento odontológico não correlacionado ao relatório específico.

3013	Cobrança de procedimento odontológico sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
3014	Cobrança de procedimento odontológico com data de autorização posterior à do atendimento.
3015	Cobrança de procedimento odontológico com ausência de resultado ou laudo técnico.
3016	Procedimento odontológico realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
3017	Procedimento cobrado não corresponde a perícia (especificar).
3018	Evento glosado por auditoria (especificar)
3019	Evento sob análise técnica, aguardando liberação de confirmação para posterior pagamento.
3020	Conforme documentação radiográfica enviada, evento realizado inadequadamente.
3021	Falha em informação de dados de arcadas/hemi-arcos.
3022	Falha em informação de dados de dente inicial e/ou final.
3023	Falha em informação de dados de faces dos dentes.
3024	Evento só possível em dentes decíduos.
3025	Evento só possível em dentes permanentes.
3026	Erro nas informações de ordem dos dentes inicial e final.
3027	Desacordo entre o tipo de dente e o número de canais solicitados.
3028	Evento restrito à especialistas.
3029	Evento não indicado pela auditoria inicial.
3030	Auditoria final consta que a restauração foi realizada em outro material.
3031	Radiografia fora dos padrões técnicos.
3032	Intervalo da última MPP inferior a três meses.
3033	Intervalo da última MPP inferior a quatro meses.
3034	Justificativa tecnicamente não satisfatória.
3035	Paciente em tratamento com o mesmo profissional.
3036	Paciente em tratamento com outro profissional.

3037	Procedimento cobrado não é igual ao executado.
3038	Radiografia inicial incongruente com a radiografia final.
3039	Radiografia não corresponde ao procedimento cobrado.
3040	Glosa técnica (especificar detalhadamente).
3041	Aguardando documentação de ortodontia.
3042	Após análise da radiografia inicial verificou-se exodontia de incluso.
3043	Após análise da radiografia inicial verificou-se exodontia de semi-incluso.
3044	Após análise da radiografia inicial verificou-se exodontia simples.
3045	Após análise da radiografia inicial, verificou-se exodontia de fragmento radicular.
3046	Auditoria final consta que o procedimento foi realizado com outro material.
3047	Ausência de imagem/foto/radiografia/ diagnóstico pós-procedimento odontológico.
3048	Cancelamento do procedimento odontológico por solicitação do beneficiário.
3049	Cancelamento do procedimento odontológico por solicitação do prestador.
3050	Cobrança de urgência/emergência na vigência do tratamento odontológico.
3051	Documentação em análise.
3052	Documentação incompleta, incorreta ou ausente.
3053	Elementos podem ser visualizados em uma mesma película.
3054	Identificado conduto(s) não obturado(s).
3055	Identificado tratamento endodôntico e não retratamento.
3056	Na auditoria foi constatada divergência na quantidade de faces restauradas.
3057	Não apresenta a quantidade mínima de elementos dentários por segmento.
3058	Necessária auditoria final.
3059	Necessária auditoria inicial.
3060	Necessária auditoria intermediária.

3061	Necessária avaliação do especialista.
3062	Necessário enviar laudo ou relatório técnico sobre o tratamento solicitado.
3063	O plano de tratamento autorizado será cancelado devido à troca de profissional.
3064	Procedimento autorizado apenas para dentes tratados endodonticamente.
3065	Procedimento autorizado somente para dentes anteriores.
3066	Procedimento em desacordo com o anexo guia tratamento odontológico situação inicial.
3067	Radiografia final não enviada.
3068	Radiografia final sem dissociação dos condutos.
3069	Radiografia indica a necessidade de tratamento endodôntico.
3070	Radiografia indica a presença de raiz residual no alvéolo.
3071	Radiografia indica ausência de núcleo.
3072	Radiografia indica canal (ais) não obturado(s).
3073	Radiografia indica desvio da trajetória do canal.
3074	Radiografia indica excesso de material.
3075	Radiografia indica falha na obturação do(s) conduto(s).
3076	Radiografia indica falta de adaptação da coroa/núcleo.
3077	Radiografia indica falta de adaptação da coroa/peça protética.
3078	Radiografia indica núcleo inadequado.
3079	Radiografia indica tratamento endodôntico e não retratamento endodôntico.
3080	Radiografia inicial e final não enviada.
3081	Radiografia inicial não enviada.
3082	Radiografia/imagem indica falha na restauração.
3083	Reavaliar o plano de tratamento observando critérios de indicação, oportunidade e viabilidade.
3084	Relatório análise técnica sem carimbo/assinatura do prestador.

3085	Radiografia não corresponde ao procedimento solicitado.
3086	Tratamento odontológico não caracterizado como urgência.
5001	Mensagem eletrônica fora do Padrão TISS.
5002	Não foi possível validar o arquivo XML.
5003	Endereço do remetente inválido.
5004	Endereço do destinatário inválido.
5005	Remetente não identificado.
5006	Destinatário não identificado.
5007	Mensagem inconsistente ou incompleta.
5008	Espaço reservado para a caixa de saída insuficiente.
5009	Espaço reservado para a caixa de entrada insuficiente.
5010	Envio de mensagem não foi terminado.
5011	Envio de mensagem finalizada.
5012	Recebimento de mensagem não finalizado.
5013	Recebimento de mensagem finalizada.
5014	Código HASH inválido. Mensagem pode estar corrompida.
5015	Número de guias/demonstrativos dentro da mensagem superior ao tamanho máximo permitido.
5016	Sem nenhuma ocorrência de movimento de inclusão na competência para envio a ANS.
5017	Arquivo processado pela ANS.
5018	Certificado digital inválido.
5019	Certificado digital vencido.
5020	Certificado digital revogado.
5021	Cadeia de certificação inválida.
5022	Assinatura digital não confere.

5023	Competência não está liberada para envio de dados.
5024	Operadora inativa na competência dos dados.
5025	Data de registro da transação inválida.
5026	Hora de registro da transação inválida.
5027	Registro ANS da operadora inválido.
5028	Versão do padrão inválida.
5029	Indicador inválido.
5030	Código do município inválido.
5031	Caráter de atendimento inválido.
5032	Indicador de recém-nato inválido.
5033	Motivo de encerramento inválido.
5034	Valor não informado.
5035	Código da tabela de referência não informado.
5036	Código do grupo do procedimento inválido.
5037	Código do dente inválido.
5038	Código da região da boca inválido.
5039	Código da face do dente inválido.
5040	Valor deve ser maior que zero.
5041	Quantidade não informada.
5042	Valor informado da guia diferente do somatório do valor informado dos itens.
5043	Motivo inválido.
5044	Já existem informações na ANS para a competência informada.
5045	Competência anterior não enviada.
5046	Competência inválida.

Tabela 39 - Motivo de Encerramento

Código	Descrição
11	Alta Curado
12	Alta Melhorado
14	Alta a pedido
15	Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente.
16	Alta por Evasão
18	Alta por outros motivos
19	Alta de Paciente Agudo em Psiquiatria
21	Permanência, por características próprias da doença.
22	Permanência, por intercorrência.
23	Permanência, por impossibilidade sócio-familiar.
24	Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo.
25	Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto.
26	Permanência, por mudança de Procedimento.
27	Permanência, por reoperação.
28	Permanência, outros motivos
31	Transferido para outro estabelecimento
32	Transferência para Internação Domiciliar
41	Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente.
42	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML.
43	Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO.
51	Encerramento Administrativo.
61	Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido.
62	Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido.
63	Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido.

64	Alta da mãe/puérpera com óbito fetal.
65	Óbito da gestante e do concepto.
66	Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido.
67	Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido.

Tabela 41 - Regime de Internação

Código	Descrição
1	Hospitalar
2	Hospital-dia
3	Domiciliar

Tabela 42 - Regiões da Boca

Código	Descrição
AS	Arco Superior
AI	Arco Inferior
HASD	Hemi-Arco Superior Direito
HASE	Hemi-Arco Superior Esquerdo
HAID	Hemi-Arco Inferior Direito
HAIE	Hemi-Arco Inferior Esquerdo
ASAI	Arcadas Superiores e inferiores
S1	Sextante superior posterior direito
S2	Sextante superior anterior
S3	Sextante superior posterior esquerdo
S4	Sextante inferior posterior esquerdo
S5	Sextante inferior anterior
S6	Sextante inferior posterior direito
LG	Língua
CL	Comissura labial

AB	Assoalho de boca
PA	Palato
MJ	Mucosa jugal
PD	Palato duro
PM	Palato mole
RM	Região retromolar
MA	Mucosa alveolar
GI	Gengiva inserida
PT	Parótida
TP	Tonsilas palatinas
RIS	Região dos Incisivos centrais superiores
RCSD	Região do canino e lateral superior direito
RPSD	Região dos pré-molares superiores direito
RMSD	Região dos molares superiores direito
RCSE	Região do canino e lateral superior esquerdo
RPSE	Região dos pré-molares superiores esquerdo
RMSE	Região dos molares superiores esquerdo
RII	Região dos incisivos inferiores
RCID	Região de canino inferior direito
RPID	Região dos pré-molares inferiores direito
RMID	Região dos molares inferiores direito
RCIE	Região de canino inferior esquerdo
RPIE	Região dos pré-molares inferiores esquerdo
RMIE	Região dos molares inferiores esquerdo
RMD	Região dos molares lado direito
RME	Região dos molares lado esquerdo
RPD	Região dos pré-molares lado direito
RPE	Região dos pré-molares lado esquerdo

RMPE	Região dos molares e pré-molares lado esquerdo
RMPD	Região dos molares e pré-molares lado direito
SM	Região do assoalho do seio maxilar
TU	Região do Túber
SI	Região de Sínfise
FLI	Freio lingual
FLA	Freios labiais
UV	Úvula
PP	Pregas palatinas
PI	Papila incisiva
LS	Lábio Superior
LI	Lábio inferior
RL	Região lingual
RP	Região palatina
RV	Região vestibular
RSMD	Região Submandibular Direita
RSME	Região Submandibular Esquerda
RSL	Região Sublingual

Tabela 43 - Sexo

Código	Descrição
1	Masculino
3	Feminino

Tabela 44 - Situação Dentária Inicial

Código	Descrição
H	Hígido
E	Extração indicada

A	Ausente
C	Cariado
R	Restaurado

Tabela 45 - Status da Solicitação

Código	Descrição
1	Autorizado
2	Em análise
3	Negado
4	Aguardando justificativa técnica do solicitante
5	Aguardando documentação do prestador
6	Solicitação cancelada
7	Autorizado parcialmente

Tabela 46 - Status do Cancelamento

Código	Descrição
1	Cancelado com sucesso
2	Não cancelado
3	Guia inexistente
4	Em processamento

Tabela 47 - Status da Guia e do Protocolo

Código	Descrição
1	Recebido
2	Em análise
3	Liberado para pagamento
4	Encerrado sem pagamento
5	Analisado e aguardando liberação para o pagamento

6	Pagamento efetuado
7	Não localizado
8	Aguardando informação complementar

Tabela 48 - Técnica Utilizada

Código	Descrição
1	Convencional
2	Vídeo
3	Robótica

Tabela 49 - Tipo de Acomodação

Código	Descrição
02	Quarto privativo / particular
09	Apartamento de luxo da maternidade
10	Apartamento de luxo de psiquiatria
11	Apartamento de luxo
12	Apartamento simples
13	Apartamento standard
14	Apartamento suíte
15	Apartamento com alojamento conjunto
16	Apartamento para paciente com obesidade mórbida
17	Apartamento simples da maternidade
18	Apartamento simples de psiquiatria
19	Apartamento suíte da maternidade
20	Apartamento suíte de psiquiatria
21	Berçário normal
22	Berçário patológico / prematuro
25	Enfermaria de 3 leitos da maternidade
26	Enfermaria de 4 ou mais leitos da maternidade

27	Hospital dia apartamento
28	Hospital dia enfermaria
29	Hospital dia psiquiatria
30	Quarto coletivo de 2 leitos da maternidade
31	Enfermaria de 3 leitos
32	Enfermaria de 4 ou mais leitos
33	Enfermaria com alojamento conjunto
36	Quarto privativo / particular da maternidade
37	Quarto privativo / particular de psiquiatria
38	Semi UTI adulto geral
39	Semi UTI coronariana
40	Semi UTI neonatal
41	Quarto coletivo de 2 leitos
43	Quarto com alojamento conjunto
44	Semi UTI neurológica
45	Semi UTI infantil/pediátrica
46	Semi UTI queimados
47	Unidade de transplante de medula óssea
48	Unidade de transplante em geral
49	Apartamento standard da maternidade
50	Apartamento standard de psiquiatria
51	UTI adulto geral
52	UTI infantil/pediátrica
53	UTI neonatal
56	Unidade para tratamento radioativo
57	UTI coronariana
58	UTI neurológica
59	UTI queimados

Tabela 50 - Tipo de Atendimento

Código	Descrição
01	Remoção
02	Pequena Cirurgia
03	Outras Terapias
04	Consulta
05	Exame Ambulatorial
06	Atendimento Domiciliar
07	Internação
08	Quimioterapia
09	Radioterapia
10	Terapia Renal Substitutiva (TRS)
11	Pronto Socorro
13	Pequeno atendimento (sutura, gesso e outros)
14	Saúde Ocupacional - Admissional
15	Saúde Ocupacional - Demissional
16	Saúde Ocupacional - Periódico
17	Saúde Ocupacional - Retorno ao trabalho
18	Saúde Ocupacional - Mudança de função
19	Saúde Ocupacional - Promoção à saúde
20	Saúde Ocupacional - Beneficiário novo
21	Saúde Ocupacional - Assistência a demitidos

Tabela 51 - Tipo de Atendimento em Odontologia

Código	Descrição
1	Tratamento Odontológico
2	Exame Radiológico
3	Ortodontia
4	Urgência/Emergência
5	Auditoria

Tabela 52 - Tipo de Consulta

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

Tabela 55 - Tipo de Faturamento

Código	Descrição
1	Parcial
2	Final
3	Complementar
4	Total

Tabela 57 - Tipo de Internação

Código	Descrição
1	Clínica
2	Cirúrgica
3	Obstétrica
4	Pediátrica
5	Psiquiátrica

Tabela 58 - Tipo de Quimioterapia

Código	Descrição
1	1ª linha
2	2ª linha
3	3ª linha
4	Outras linhas

Tabela 60 - Unidade de medida

Código	Termo	Descrição
001	AMP	Ampola
002	BUI	Bilhões de Unidades Internacionais
003	BG	Bisnaga
004	BOLS	Bolsa
005	CX	Caixa
006	CAP	Cápsula
007	CARP	Carpule
008	COM	Comprimido
009	DOSE	Dose
010	DRG	Drágea
011	ENV	Envelope
012	FLAC	Flaconete
013	FR	Frasco
014	FA	Frasco Ampola
015	GAL	Galão
016	GLOB	Glóbulo
017	GTS	Gotas
018	G	Gramas
019	L	Litro
020	MCG	Microgramas
021	MUI	Milhões de Unidades Internacionais
022	MG	Miligrama
023	ML	Mililitro
024	OVL	Óvulo
025	PAS	Pastilha
026	LT	Lata

027	PER	Pérola
028	PIL	Pílula
029	PT	Pote
030	KG	Quilograma
031	SER	Seringa
032	SUP	Supositório
033	TABLE	Tablete
034	TUB	Tubete
035	TB	Tubo
036	UN	Unidade
037	UI	Unidade Internacional
038	CM	Centímetro
039	CONJ	Conjunto
040	KIT	Kit
041	MÇ	Maço
042	M	Metro
043	PC	Pacote
044	PÇ	Peça
045	RL	Rolo
046	GY	Gray
047	CGY	Centgray
048	PAR	Par
049	ADES	Adesivo Transdérmico
050	COM EFEV	Comprimido Efervescente
051	COM MST	Comprimido Mastigável
052	SACHE	Sache

Tabela 61 - Via de Acesso

Código	Descrição
1	Única
2	Mesma via
3	Diferentes vias

Tabela 62 - Via de Administração

Código	Descrição
01	Bucal
02	Capilar
03	Dermatológica
04	Epidural
05	Gastrostomia/jejunostomia
06	Inalatória
07	Intra- Ósea
08	Intra-arterial
09	Intra-articular
10	Intracardíaca
11	Intradérmica
12	Intralesional
13	Intramuscular
14	Intraperitonal
15	Intrapleural
16	Intratecal
17	Intratraqueal
18	Intrauterina
19	Intravenosa
20	Intravesical

21	Intravítrea
22	Irrigação
23	Nasal
24	Oftálmica
25	Oral
26	Otológica
27	Retal
28	Sonda enteral
29	Sonda gástrica
30	Subcutânea
31	Sublingual
32	Transdérmica
33	Uretral
34	Vaginal
35	Outras

Tabela 87 - Tabelas

Código	Descrição
00	Tabela própria das operadoras
18	Diárias, taxas e gases medicinais
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20	Medicamentos
22	Procedimentos e eventos em saúde
90	Tabela Própria Pacote Odontológico
98	Tabela Própria de Pacotes

Tabela - Terminologia de unidades da federação

Código do Termo	Termo	Sigla	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
11	Rondônia	RO	10/10/2012		31/08/2014
12	Acre	AC	10/10/2012		31/08/2014
13	Amazonas	AM	10/10/2012		31/08/2014
14	Roraima	RR	10/10/2012		31/08/2014
15	Pará	PA	10/10/2012		31/08/2014
16	Amapá	AP	10/10/2012		31/08/2014
17	Tocantins	TO	10/10/2012		31/08/2014
21	Maranhão	MA	10/10/2012		31/08/2014
22	Piauí	PI	10/10/2012		31/08/2014
23	Ceará	CE	10/10/2012		31/08/2014
24	Rio Grande do Norte	RN	10/10/2012		31/08/2014
25	Paraíba	PB	10/10/2012		31/08/2014
26	Pernambuco	PE	10/10/2012		31/08/2014
27	Alagoas	AL	10/10/2012		31/08/2014
28	Sergipe	SE	10/10/2012		31/08/2014
29	Bahia	BA	10/10/2012		31/08/2014
31	Minas Gerais	MG	10/10/2012		31/08/2014
32	Espírito Santo	ES	10/10/2012		31/08/2014
33	Rio de Janeiro	RJ	10/10/2012		31/08/2014
35	São Paulo	SP	10/10/2012		31/08/2014
41	Paraná	PR	10/10/2012		31/08/2014
42	Santa Catarina	SC	10/10/2012		31/08/2014
43	Rio Grande do Sul	RS	10/10/2012		31/08/2014
50	Mato Grosso do Sul	MS	10/10/2012		31/08/2014
51	Mato Grosso	MT	10/10/2012		31/08/2014
52	Goiás	GO	10/10/2012		31/08/2014
53	Distrito Federal	DF	10/10/2012		31/08/2014
98	Países Estrangeiros	EX	10/10/2012		31/08/2014