

VI - TABELA DE DOMÍNIO “TABELAS”

Código	Descrição	Código	Descrição
01	Lista de Procedimentos Médicos AMB 90	12	Tabela TUNEP/Tabela SIMPRO
02	Lista de Procedimentos Médicos AMB 92	13	Tabela VRPO
03	Lista de Procedimentos Médicos AMB 96	14	Tabela de Intercâmbio Sistema Uniodonto
04	Lista de Procedimentos Médicos AMB 99	94	Tabela Própria Procedimentos
05	Tabela Brasíndice	95	Tabela Própria Materiais
06	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos	96	Tabela Própria Medicamentos
07	Tabela CIEFAS-93	97	Tabela Própria de Taxas Hospitalares
08	Rol de Procedimentos ANS	98	Tabela Própria de Pacotes
09	Tabela de Procedimentos Ambulatoriais SUS	99	Tabela Própria de Gases Medicinais
10	Tabela de Procedimentos Hospitalares SUS	00	Outras Tabelas

TABELA DE DOMÍNIO “GLOSAS”

Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
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
1099	Outros
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
1199	Outros
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-S (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
1299	Outros
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
1399	Outros
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 a 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
1499	Outros
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
1599	Outros
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 a 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
1699	Outros
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
1799	Outros
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 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
1899	Outros
1901	Acomodação inválida
1901	Acomodação informada não está de acordo com acomodação contratada
1902	Permanência hospitalar incompatível com a evolução clínica
1903	Permanência hospitalar incompatível com o procedimento autorizado
1904	Quantidade de diárias deve ser maior que zero
1905	Acomodação não informada
1906	Quantidade UTI não prevista para procedimento
1907	Usuário não possui cobertura de UTI
1908	Acomodação não autorizada
1909	Cobrança de diárias em locais de acomodações diferentes, no mesmo dia
1910	Permanência hospitalar para investigação injustificada
1911	Evolução clínica não compatível com a permanência em UTI
1912	Código de diária incompatível com o local de atendimento
1913	Cobrança de diária em quantidade incompatível com a permanência hospitalar
1914	Mudança de acomodação sem comunicação ao paciente, familiar ou acompanhante, ou sem solicitação destes
1915	Cobrança de diárias de UTI incompatível c/ diagnóstico e evolução clínica
1999	Outros
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 a 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
2099	Outros
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 c/ a permanência
2108	Cobrança de medicamento em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado
2109	Quantidade de medicamento superior a quantidade coberta
2110	Cobrança de medicamento incluso 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
2199	Outros
2201	OPM inválido
2202	OPM sem cobertura para atendimento ambulatorial
2203	OPM sem nota fiscal do fornecedor
2204	Quantidade de OPM deve ser maior que zero
2205	OPM informado não coberto
2206	OPM informado não autorizado
2207	Cobrança de OPM não utilizado
2208	Cobrança de OPM no item material e medicamentos
2209	Cobrança de OPM em desacordo com relatório técnico
2210	Cobrança de OPM em quantidade incompatível com o procedimento realizado
2211	Cobrança de OPM inclusa no pacote
2299	Outros
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
2399	Outros
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, p/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
2499	Outros
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
2599	Outros

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
2699	Outros
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
2799	Outros
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 c/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
2899	Outros
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
2999	Outros
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 finalizado
5012	Recebimento de mensagem não finalizado
5013	Recebimento de mensagem finalizado
5014	Código Hash inválido. Mensagem pode estar corrompida.
5099	Erro não identificado
9901 a 9999	Intervalo de códigos destinados as mensagens particulares de cada entidade tendo a apresentação da descrição obrigatória