

# **Unimed do Brasil**

## **Nova CMB - PTU A500 XML**

### **Guia de Consulta**

Aplicação: Nova CMB

Descrição: Validação PTU A500 formato XML

Liberação: Fevereiro / 2020

Versão: 1

Itens que compõe o pacote: Validações da Guia de Consulta (Schemas e regras de negócios)

Validação/Campos	Características da Validação
Schema (XSD) Regras de Negócios	Validação da estrutura conforme XSD disponibilizado e regras de Negócios
<b>Dados do Beneficiário</b>	
Estrutura	Bloco obrigatório e só pode ser enviado uma única vez por guia
Código da Unimed do beneficiário	O Código da Unimed deve ser informado com total de 4 caracteres, conforme Manual do Cartão do Beneficiário; Verifica se o código da Unimed Destino é válido no Sistema Unimed
Código de Identificação do Beneficiário	O Código de Identificação do Beneficiário deve ser informados com total de 13 caracteres, conforme Manual do Cartão do Beneficiário; Verifica se o código do beneficiário é valido através da validação do dígito verificador. Essa análise é realizada pelo código da Unimed do benecifiário + o código de identificação; Essa validação não é realizada quando o tipo de paciente é de Saúde Ocupacional.
Nome do Beneficiário	O preenchimento do nome é obrigatório quando o tipo de paciente é de Saúde Ocupacional
Indicador de atendimento ao recém-nato	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio: S ou N
Tipo de paciente	Valida se o preenchimento está de acordo com a tabela de domínio; Não é possível enviar pacientes do tipo Assistencial e Ocupacional no mesmo arquivo.
<b>Dados do Contratado Executante</b>	
Estrutura	Bloco obrigatório e só pode ser enviado uma única vez por guia
Código da Unimed do Prestador	Verifica se o código da Unimed Destino é válido no Sistema Unimed; Campo opcional, mas se preenchido deve ser informado também o código do prestador
Código do Prestador	Campo opcional, mas se preenchido deve ser informado também o código da Unimed do prestador
Nome do contratado executante	Informação obrigatória
Número do CPF do contratado executante	Verifica se o dígito verificador do CPF está correto; Não é permitido o envio de número sequencial; Um dos campos deve ser informado: CPF ou CNPJ
Número do CNPJ do contratado executante	Verifica se o dígito verificador do CNPJ está correto; Um dos campos deve ser informado: CPF ou CNPJ
Código Nacional de Estabelecimento de Saúde do local do atendimento - CNES	O campo não poderá ser preenchido com sequência de zeros ('000000'); O código deve ser o correto, mas caso o prestador ainda não possua, é permitido o envio de 9999999
Código do Município, conforme codificação do IBGE, do local do atendimento	Valida se o código informado no campo é válido o IBGE

Tipo de Rede conforme Manual do Intercâmbio Nacional	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio
Tipo de Prestador	O preenchimento deve estar de acordo com a tabela de domínio
Identifica se prestador é próprio ou contratado	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio: S ou N; Quando o prestador for cooperado, deve ser preenchido “S”, mas se o prestador for credenciado, o preenchimento pode ser “S” ou “N”.
<b>Dados do Profissional Executante</b>	
Estrutura	Bloco obrigatório e só pode ser enviado uma única vez por guia
Código da Unimed do Prestador	Verifica se o código da Unimed Destino é válido no Sistema Unimed; Campo opcional, mas se preenchido deve ser informado também o código do prestador
Código do Prestador	Campo opcional, mas se preenchido deve ser informado também o código da Unimed do prestador
Nome do profissional executante	Informação obrigatória
Número do CPF do prestador	Verifica se o dígito verificador do CPF está correto; Não é permitido o envio de número sequencial
Sigla do Conselho Profissional do prestador do serviço	O preenchimento deve estar de acordo com a tabela de domínio - Tabela “M”
Número do Conselho Profissional do prestador do serviço	Informação obrigatória
Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador do serviço	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio
Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante	O preenchimento deve estar de acordo com a tabela de domínio - Tabela “X1”
<b>Dados da Guia</b>	
Estrutura	Bloco obrigatório e só pode ser enviado uma única vez por guia
Número de versão da TISS que o prestador enviou a cobrança	Deve ser informada a versão do padrão TISS em que a transação está ocorrendo, de acordo com a data de atendimento
Tipo de Consulta	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio
Número do lote do prestador	O campo não poderá ser preenchido com sequência de zeros (‘0000000’)
Data do protocolo do prestador	A data não pode ser maior que a data de geração
Data de conhecimento do aviso	A data não pode ser maior que a data de geração
Número da Guia TISS do Prestador	Informação obrigatória e o campo não poderá ser preenchido com sequência de zeros (‘0000000’)
Número da Guia TISS atribuído pela Operadora	Informação opcional, mas o campo não poderá ser preenchido com sequência de zeros (‘0000000’)
Tipo de indicador de acidente	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio
Data de atendimento	A data deve ser igual ou menor que a data de geração do arquivo
Indica se a cobrança é referente a um atendimento realizado a partir de uma demanda judicial (liminar)	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio: S ou N;
Indicador de atendimento de beneficiário encaminhado no compartilhamento de risco	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio: S ou N;
Indicador de aviso	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio: S ou N e é obrigatório quando o arquivo é cobrança
Código da exceção ao atendimento	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio; Se o arquivo for de aviso, o preenchimento deve ser “A”; Se o arquivo for de nota glosada, reapresentada no Ajius, o preenchimento deve ser “J”.

Identificador de Glosa Total	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio: S ou N; Quando o arquivo for referente a glosa total no prestador, o preenchimento será sim e nessa situação, o bloco de procedimentos torna-se opcional
Data da autorização	A data não pode ser maior que a data de geração
Data de solicitação	A data não pode ser maior que a data de geração; O preenchimento se torna obrigatório em caso de autorização pela operadora para a realização do procedimento ou utilização do item assistencial, porém a responsabilidade dessa informação é da Unimed Origem do arquivo. Essa validação não será realizada
Número da Autorização	Obrigatório o preenchimento quando os procedimentos forem autorizados pela Origem e quando preenchido, o código de exceção deve estar preenchido com L (autorizado dentro das regras do intercâmbio), C (autorizado em custo operacional), O (autorizado antes da inclusão do beneficiário), I (Guia glosada reapresentada) ou E (Complemento de Internação); Quando o código de exceção for L,C e O o preenchimento é obrigatório; Procedimentos não cobertos no Rol só poderão ser enviados se esse campo estiver preenchido
Código da Unimed Autorizadora	Verifica se o código da Unimed Destino é válido no Sistema Unimed; O campo deve ser preenchido quando a Unimed de Origem do beneficiário fornecer o número de autorização
Tipo de Autorização	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio
Indicador de tipo de registro	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio; Pode ser enviado até 4 vezes por guia, porém só é permitido o envio de apenas um indicador de cada tipo de registro; Se existirem os quatro tipos de registros, estes deverão ser informados na seguinte ordem: 1 - Indicação Clínica, 2 - Observação da Guia, 3 - Justificativa Técnica e 4 - Especificação do material solicitado Se esse campo estiver preenchido, o campo da descrição do complemento se torna obrigatório
Descrição do complemento da guia	Pode ser enviado até 4 vezes por guia, de acordo com o indicador; Se esse campo estiver preenchido, o campo do tipo de registro se torna obrigatório
<b>Dados dos Procedimentos Executados</b>	
Estrutura	Bloco obrigatório e só pode ser enviado uma única vez por guia
Sequencial do item	Informação obrigatória
Identificador de item único	Informação única para identificar o item do atendimento em todos os PTUs que ele for enviado, por isso a regra do formato que deve ser: AAMUUUUUNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN ano/mês/unimed/sequencial; A informação AAMM deve ser um ano e mês válido; A informação UUUU deve ser o código da Unimed Origem do arquivo
Indicador de aviso por item (Indica se o item foi enviado no aviso)	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio: S ou N e o preenchimento se torna obrigatório quando for arquivo de cobrança
Identifica o Tipo de Tabela utilizado no Serviço Médico	Para Guia de Consulta, só pode ser utilizado o domínio 22
Código do Serviço	Só poderá ser enviado código de consulta, conforme liberado para o Sistema Unimed; Quando o tipo de paciente for 9 - Saúde Ocupacional, só poderá ser enviado o código 10101136
Valor do serviço cobrado/a cobrar	Deverá ser informado o valor do serviço

Taxa de Administração sobre o serviço	Deverá ser informado o valor da taxa administrativa quando houver
Código do ato prestador	O preenchimento deve estar de acordo com o domínio
Data do pagamento ao prestador	A data de pagamento do prestador deverá ser maior ou igual a data do protocolo
Valor pago ao prestador	Campo opcional, solicitado para utilização no Estado do RS
<b>Dados da Reapresentação</b>	
Estrutura	Bloco obrigatório e só pode ser enviado uma única vez por guia
Número do documento 1 Glosado no Ajius	Informação obrigatória se o código de exceção = J
Número do documento 2 Glosado no Ajius	Informação obrigatória se o código de exceção = J e o documento 2 existir
Número do lote glosado no Ajius - TXT	Informação obrigatória se o código de exceção = J e se a reapresentação for de um arquivo enviado em TXT
Número da nota glosada no Ajius - TXT	Informação obrigatória se o código de exceção = J e se a reapresentação for de um arquivo enviado em TXT
Número do lote glosado no Ajius - XML	Informação obrigatória se o código de exceção = J e se a reapresentação for de um arquivo enviado em XML
Número da guia glosada no Ajius - XML	Informação obrigatória se o código de exceção = J e se a reapresentação for de um arquivo enviado em XML
<b>Processo do Erro-Aprovação</b>	
<p>O arquivo pode conter informações que impeçam seu envio imediato, mas que são passíveis de erro-aprovação, em algumas situações previstas, cabendo a Unimed Destino aceita-lo ou não;</p> <p>Todo arquivo que cai na condição de erro-aprovação deve ter uma justificativa que é de preenchimento obrigatório;</p> <p>As Unimeds poderão realizar a ação de aprovar ou negar o Erro-Aprovação por até 30 dias corridos, caso contrário os mesmos serão aprovados automaticamente.</p>	
<b>Regras</b>	<b>Características da Validação</b>
1 - Documentos com data de vencimento inferior a 15 dias.	<p>Deve existir no mínimo um intervalo de 15 dias entre a data da postagem do arquivo e a data de vencimento informada tanto para documento 1 quanto para documento 2.</p> <p>Se este intervalo for menor que 15 dias, é apresentado “Erro Aprovação”.</p> <p>Porém se o arquivo já estiver vencido (data da postagem superior a data do vencimento), a Nova CMB não permitirá a postagem do arquivo</p>
2 - As Guias possuem um prazo para envio e após esse prazo, só podem ser enviadas com Erro-Aprovação.	<p>Para atender a regra de envio fora do prazo, todas as guias deverão estar fora desse prazo. Não é permitido que no mesmo arquivo tenham guias dentro e fora do prazo;</p> <p>A contagem do prazo obedece a regra de acordo com cada tipo de guia:</p> <p>a) Guia de Consulta: Utilizar o prazo de 120 dias, contados a partir da data mais recente até a data da postagem do arquivo. Essas datas são: data de atendimento e data de execução;</p> <p>b) Guia de Internação: Utilizar o prazo de 120 dias, contados a partir da data mais recente até a data da postagem do arquivo. Essas datas são: data do atendimento, data de execução do serviço, data fim do faturamento e data da última autorização.</p> <p>c) Guia de SADT:</p>

	<p>Utilizar o prazo de 120 dias, contados a partir da data mais recente até a data da postagem do arquivo. Essas datas são: data de atendimento, data da última autorização e data de execução.</p> <p>d) Guia de honorário: Não deverá ser considerado para verificação se está acima do prazo.</p>
3 - Exceção para código de serviço de OPME negociado	<p>Se todos os códigos do arquivo forem de OPME_Negociado, o prazo da Guia passa para 150 dias.</p> <p>Caso existam códigos nessa condição, mas também códigos de serviços que não são do tipo OPME_Negociado_CTNP o prazo permanece de 120 dias.</p>
4 - Código de identificação do Beneficiário	<p>O dígito verificador do código do beneficiário deve atender a regra do modulo 11, caso não atenda, o arquivo cairá no “Erro Aprovação”.</p>
5 - Arquivos de reembolso	<p>Para arquivos de reembolso, a data da postagem não pode ser superior a 60 dias corridos da data informada no campo “data de reembolso”, caso seja identificado que a postagem do arquivo ultrapasse os 60 dias, cairá no “Erro-Aprovação”.</p>