

## ANEXO IV DO TERMO DE REFERÊNCIA

### LAYOUTS DE COMUNICAÇÃO

#### 1. Layout Fatura

##### 1.1. Descrição:

Layout definido para comunicação de informações da fatura. Esse arquivo deve ser gerado mensalmente pela CONTRATADA, de forma que a mesma possa realizar a cobrança dos serviços prestados aos beneficiários da CONTRATANTE durante o mês em questão.

##### 1.2. Nome do arquivo a ser importado:

TRT3AAAAMM.TXT

onde AAAA é o ano e MM é o mês a que a fatura se refere.

##### 1.3. Formato do arquivo da fatura:

Nome da Seção: Cabeçalho (HEADER)

POSIÇÃO	TAMANHO CAMPO	DESCRIÇÃO	OBRIGATORIO	INFORMAÇÃO	FORMATO
1 A 1	1	FIXO	SIM	"A"	A
2 A 9	8	DATA DA GERAÇÃO	SIM	DATA DA GERAÇÃO	YYYYMMDD
10 A 17	8	DATA DE VENCIMENTO	SIM	DATA DE VENCIMENTO	YYYYMMDD
18 A 34	17	SOMA DOS VALORES	SIM	VALOR TOTAL	9 [17,2]
35 A 40	6	QTDE REGISTRO	SIM	NUM TOTAL REGISTRO	9 [6]
41 A 130	90	FIXO	SIM	BRANCO	A [90]

Nome da Seção: Registro 1 (DETALHE)

POSICÃO	TAMANHO CAMPO	DESCRIÇÃO	OBRIGATORIO	INFORMAÇÃO	FORMATO
1 A 1	1	FIXO	SIM	"E"	A
2 A 26	25	IDENTIF. CLIENTE NA CONTRATADA	SIM	NUM CARTEIRINHA	A [25]
27 A 44	18	MATRÍCULA DO CLIENTE	SIM	MATRICULA TRT	A [18]
45 A 46	2	SERVIÇO	SIM	TIPO SERVIÇO *1	9 [2]
47 A 61	15	VALOR DO SERVIÇO	SIM	VALOR	9 [15,2]
62 A 72	11	CPF DO CLIENTE	SIM	CPF	A [11]
73 A 123	51	NOME DO CLIENTE	SIM	NOME	A [51]
124 A 130	7	NUMERO AUXILIAR	SIM	CODIGO DO CONTRATO	A [7]

**Convenções de campos**

- A = Caracter alfanumérico, alinhado a esquerda
- 9 = Caracter numérico, alinhado a direita
- [N] = Caracter numérico que especifica o número de caracteres do campo.
- [N,D] = Caracteres numéricos que especificam o número total de caracteres do campo seguido pelo número de caracteres referentes às casas decimais.  
Ex: [10,2] -> Tamanho total do campo igual a 10, sendo 8 caracteres referentes à parte inteira e 2 caracteres referentes às casas decimais.

\*1 Campo 45 a 46 TIPO SERVIÇO – O código do serviço será conforme abaixo:

**Código**

**Descrição**

- |    |                                  |
|----|----------------------------------|
| 01 | Mensalidade                      |
| 02 | Transporte Aeromédico            |
| 03 | Coparticipação consulta          |
| 04 | Coparticipação Psiquiátrica      |
| 05 | Coparticipação consulta RN       |
| 06 | Coparticipação exame Grupo Único |
| 07 | Coparticipação terapias          |

- 08 Coparticipação outros atendimentos ambulatoriais
- 09 Procedimentos sem cobrança de coparticipação

**Observações:**

1. As consultas de Recém-nascido serão informadas com o código de serviço 05. Nesses casos, os campos CPF do cliente e matrícula do cliente serão os dados do TITULAR. Os valores serão agrupadas pelo CPF do TITULAR.
2. Quando houver cobrança de reajuste retroativo serão gerados 02 (dois arquivos). Um para a cobrança do mês e outro para cobrança do Retroativo. Para este, o nome do Arquivo será acrescido com a letra R. Ex.: TRT3RAAAAMM.txt
3. Os valores serão agrupados pelo CPF e tipo de serviço. É de total responsabilidade da CONTRATANTE manter a base de CPF atualizada junto a CONTRATADA. A ausência ou inconsistência deste poderá gerar dados incorretos ou incompletos. Ex.: O beneficiário titular fez uma consulta ao dermatologista e outra consulta no cardiologista. Nesse caso os valores das coparticipações deverão ser agrupados em uma única linha visto que o tipo de serviço é o mesmo (03 - Coparticipação consulta).
4. Quando houver mais de uma carteirinha em razão de reinclusão no mesmo mês, o sistema deverá totalizar os valores por CPF, informando o código de carteirinha mais recente.

**2. Layout Movimentação Cadastral**

**2.1 Descrição:**

Os registros dos beneficiários serão enviados para a CONTRATADA para a realização das seguintes operações:

IC - Inclusão Titular
ID – Inclusão de Dependente
EC - Exclusão Titular/Dependente
AD - Alteração de Dados
VC - 2a Via Carteira
IM - Inclusão Transporte Aeromédico
EM - Exclusão de Transporte Aeromédico

Os registros não poderão estar duplicados por tipo em um mesmo arquivo de envio, exceto alteração de dados do beneficiário.

Para operações de alteração de dados, exclusão de transporte aeromédico, exclusão de titular/dependente e segunda via de carteira, o beneficiário deverá possuir o número da carteira da CONTRATADA.

A inclusão de Beneficiários especiais familiares cujo servidor titular ainda não possua o número da carteira só será aceita se o titular estiver sendo incluído na mesma remessa.

A comunicação com a CONTRATADA das operações pertinentes aos beneficiários será feita por meio de troca de arquivos.

Serão gerados arquivos separados de acordo com o contrato, data de vigência e o tipo de envio (IC, AD, IM, EM, EC, VC).

Serão gerados arquivos separados para beneficiários Titular / Cônjuge e para beneficiários Especiais, cada um contendo o número do contrato correspondente em sua nomenclatura.

O nome do arquivo será gerado a partir da concatenação das iniciais MV\_TRT\_ + a data de vigência de inclusão/exclusão/alteração no formato "DDMMYYYY" + \_ + número do contrato + \_ + tipo de envio(IC, AD, IM, EM, EC, VC). O tipo do arquivo será texto(txt).

## **2.2 Sincronização de Bases**

A sincronização entre as bases da CONTRATANTE e a CONTRATADA será feita utilizando o tipo de movimentação de alteração de dados (tipo AD). Será enviado um arquivo com todos os beneficiários existentes na base da CONTRATANTE seguindo o layout definido para o tipo de movimentação AD.

Esse processo será utilizado inicialmente no envio dos beneficiários já existentes na CONTRATANTE para a CONTRATADA, e quando solicitado pela mesma.

## **2.3 Inclusão de Beneficiário**

A inclusão de beneficiário gera um registro de envio de inclusão (tipo 'IC') para a CONTRATADA. Uma vez que a inclusão do Transporte Aeromédico é obrigatória, deverá ser gerado também um registro de envio do tipo Inclusão Transporte Aeromédico (tipo 'IM').

O beneficiário dependente só poderá ser incluído se o titular já for beneficiário do plano ou estiver sendo incluído na mesma remessa. Nesse último caso, será gerado um registro do tipo 'IC' e um registro do tipo 'IM' para o titular e para cada dependente incluído.

O cancelamento da operação só será possível se o registro ainda não tiver sido enviado. Caso contrário, o beneficiário deverá ser excluído do plano posteriormente.

## **2.4 Exclusão de Beneficiário**

Para exclusão do beneficiário, o mesmo deverá estar cadastrado como beneficiário no plano que se deseja excluir.

Serão gerados dois registros de envio para a operadora: um registro de exclusão (tipo 'EC') e um registro de exclusão de Transporte Aeromédico (tipo 'IM'). O cancelamento da operação só será possível se o registro ainda não tiver sido enviado. Caso contrário, o beneficiário deverá ser incluído no plano posteriormente.

A exclusão do beneficiário deverá ser justificada através do motivo da exclusão.

Se o Beneficiário servidor titular for excluído do plano, todos os seus dependentes também serão automaticamente excluídos. O motivo da exclusão deverá ser atualizado em todos os dependentes. Deverá ser gerado um registro de envio para a CONTRATADA do tipo 'EC' para cada titular e dependente excluído. Além disso, para denotar a exclusão do Transporte Aeromédico, também serão gerados registros do tipo 'EM' para o titular e para cada um de seus dependentes

Quando o beneficiário for excluído, seu registro permanecerá no banco e poderá ser reativado através do fornecimento de uma nova data de inclusão. Entretanto, os dados da CONTRATADA serão gerados novamente e o beneficiário terá um novo número de carteira, data de vigência etc.

Menor sob guarda que é adotado pelo servidor titular do plano, isto é, vira filho do titular, é excluído do plano e incluído como novo beneficiário. Logo, seus dados na CONTRATADA serão todos gerados novamente.

## **2.5 Alteração de Dados do Beneficiário**

Se o beneficiário tiver seus dados alterados, será gerado um registro de envio de alteração para a CONTRATADA (tipo 'AD'). O cancelamento da operação só será possível se o registro ainda não tiver sido enviado. Caso contrário, outro registro com o estado anterior à alteração deverá ser enviado para a CONTRATADA posteriormente.

## **2.6 Segunda via de carteira**

Se o beneficiário perder sua carteira da CONTRATADA, ele poderá pedir uma segunda via. As datas de vigência, o número da carteira, o número do beneficiário e demais informações continuarão sendo as mesmas.

A expedição da segunda via de carteira não gera custos para o beneficiário, nem tampouco para plano de saúde da CONTRATANTE.

Só será permitida solicitação de 2ª via de carteira para beneficiários existentes, isto é, que não foram excluídos.

Para efetuar a solicitação, será gerado um registro de envio de 2 via de carteira para a CONTRATADA (tipo 'VC').

## **2.7 Formato geral dos arquivos de movimentação:**

Nome da Seção: DETALHE

POSIÇÃO	TAMANHO DO CAMPO	DESCRIÇÃO	OBRIGATORIO	INFORMAÇÃO	FORMATO
1 A 7	7	SEQUENCIAL	SIM	NÚMERO SEQUENCIAL DE UM REGISTRO EM UM ARQUIVO. INICIAR COM 1	9 [7]
8 A 14	7	NUMERO AUXILIAR	SIM	CÓDIGO DO CONTRATO	9 [7]
15 A 31	17	CÓDIGO DO CLIENTE	XXX *1	CÓDIGO COMPLETO DO CLIENTE	9 [17]
32 A 48	17	CÓDIGO DO TITULAR	XXX *2	CÓDIGO COMPLETO DO TITULAR	9 [17]
49 A 57	9	DIVISÃO DO CONTRATO	SIM	CAMPO PARA INFORMAR UMA DIVISÃO ADMINISTRATIVA DA EMPRESA	A [9]
58 A 59	2	TIPO DE MOVIMENTAÇÃO	SIM	TIPO DE MOVIMENTAÇÃO *3	A [2]
60 A 67	8	DATA VIGÊNCIA	SIM	DATA DE VIGÊNCIA DA MOVIMENTAÇÃO *4	DDMMAAAA
68 A 167	100	NOME DO CLIENTE	SIM	NOME COMPLETO DO CLIENTE *5	A [100]
168 A 168	1	SEXO	SIM	SEXO DO CLIENTE	A [1]
169 A 169	1	TIPO PARENTESCO	XXX *6	TIPO DE PARENTESCO *6	A [1]
170 A 170	1	ESTADO CIVIL	XXX *7	ESTADO CIVIL DO CLIENTE *7	A [1]
171 A 178	8	DATA NASCIMENTO	XXX *8	DATA DE NASCIMENTO DO CLIENTE	DDMMAAAA
179 A 189	11	CPF DO CLIENTE	XXX *9	CPF DO CLIENTE	9 [11]
190 A 191	2	NACIONALIDADE	XXX *10	NACIONALIDADE DO CLIENTE *10	A [2]
192 A 291	100	NOME DA MÃE	XXX *11	NOME DA MÃE DO CLIENTE *11	A [100]
292 A 311	20	CENTRO CUSTO/CÓDIGO MATRÍCULA	NÃO	CENTRO DE CUSTO OU MATRÍCULA DO	A [20]

				CLIENTE NA EMPRESA	
312 A 319	8	CEP	XXX *12	CEP DO CLIENTE	9 [8]
320 A 379	60	LOGRADOURO	XXX *13	LOGRADOURO DO CLIENTE	A [60]
380 A 388	9	NÚMERO	XXX *14	NÚMERO DA RESIDÊNCIA	9 [9]
389 A 413	25	COMPLEMENTO	NÃO	COMPLEMENTO DA RESIDÊNCIA	A [25]
414 A 443	30	BAIRRO	XXX *15	DESCRIÇÃO DO BAIRRO	A [30]
444 A 483	40	CIDADE	XXX *16	DESCRIÇÃO DA CIDADE	A [40]
484 A 485	2	ESTADO	XXX *17	DESCRIÇÃO DO ESTADO	A [2]
486 A 500	15	TELEFONE	NÃO	NÚMERO DO TELEFONE COMERCIAL OU RESIDENCIAL	9 [15]
501 A 514	15	CELULAR	NÃO	NÚMERO DO TELEFONE CELULAR DO CLIENTE	9 [15]
515 A 574	60	EMAIL	NÃO	EMAIL DO CLIENTE	A [60]
575 A 580	6	PRODUTO	XXX *18	CÓDIGO DO PRODUTO DO CONTRATO DA EMPRESA	A [6]
581 A 584	4	OPCIONAL 1	SIM	CÓDIGO DO 1º MÓDULO OPCIONAL DO CONTRATO DA EMPRESA *19	9 [4]
585 A 588	4	OPCIONAL 2	SIM	CÓDIGO DO 2º MÓDULO OPCIONAL DO CONTRATO DA EMPRESA	9 [4]
589 A 592	4	OPCIONAL 3	SIM	CÓDIGO DO 3º MÓDULO OPCIONAL DO CONTRATO DA EMPRESA	9 [4]
593 A 596	4	OPCIONAL 4	SIM	CÓDIGO DO 4º MÓDULO OPCIONAL DO CONTRATO DA EMPRESA	9 [4]

597 A 600	4	OPCIONAL 5	SIM	CÓDIGO DO 5º MÓDULO OPCIONAL DO CONTRATO DA EMPRESA	9 [4]
601 A 604	4	OPCIONAL 6	SIM	CÓDIGO DO 6º MÓDULO OPCIONAL DO CONTRATO DA EMPRESA	9 [4]
605 A 610	6	MOTIVO DA EXCLUSÃO	XXX *20	CÓDIGO DO MOTIVO DE EXCLUSÃO DE CLIENTE *20	A [6]
611 A 616	6	MOTIVO DO BLOQUEIO DO CARTÃO	XXX *21	CÓDIGO DO MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE SEGUNDA VIA DO CARTÃO *21	A [6]
617 A 620	4	LOCAL DE ATENDIMENTO	NÃO	LOCAL DE ATENDIMENTO DO CLIENTE REPASSADO *22	9 [4]
621 A 637	17	CÓDIGO DE ORIGEM	NÃO	CÓDIGO DO CLIENTE EM OUTRA OPERADORA *23	9 [17]
638 A 645	8	DATA DE ADMISSÃO	XXX *24	DATA DE ADMISSÃO DO FUNCIONÁRIO NA EMPRESA *24	DDMMAAAA
646 A 662	17	CÓDIGO ANTERIOR	NÃO	CÓDIGO ANTERIOR DO CLIENTE NA OPERADORA *25	9 [17]
663 A 712	50	CÓDIGO LOCAL DE TRABALHO	NÃO	CÓDIGO DO LOCAL DE TRABALHO NA EMPRESA (FILIAL)	A [50]
713 A 723	11	DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	NÃO	NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO CONSTANTE NA CERTIDÃO DE NASCIMENTO	9 [11]
724 A 738	15	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	NÃO	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	9 [15]



				FORNECIDO PELO SUS	
739 A 741	3	CONTRIBUIÇÃO PARA O PLANO	XXX *26	INFORMAÇÃO SE O BENEFICIÁRIO TITULAR CONTRIBUÍA PARA O PLANO *26	A [3]
742 A 744	3	PERÍODO DE CONTRIBUIÇÃO	XXX *27	INFORMAÇÃO DO PERÍODO DE CONTRIBUIÇÃO DO TITULAR PARA O PLANO *27	3 [3]
745 A 753	9	VALOR DE CONTRIBUIÇÃO DO TITULAR AO PLANO	XXX *28	INFORMAÇÃO DO ULTIMO VALOR DE CONTRIBUIÇÃO DO TITULAR AO PLANO DE SAÚDE	9 [9]
754 A 754	1	ADESÃO AO PLANO DE EX-FUNCIONÁRIO	XXX *29	INFORMAÇÃO SE O BENEFICIÁRIO TITULAR ADERIU AO PLANO DE EX-FUNCIONÁRIOS *29	A [1]

### Convenções de campos

- A = Caractere alfanumérico, alinhado à esquerda
- 9 = Caractere numérico, alinhado à direita
- [N] = Caractere numérico que especifica o número de caracteres do campo.
- [N,D] = Caracteres numéricos que especificam o número total de caracteres do campo seguido pelo número de caracteres referentes às casas decimais.  
Ex: [10,2] -> Tamanho total do campo igual a 10, sendo 8 caracteres referentes à parte inteira e 2 caracteres referentes às casas decimais.

\*1 Campo 15 a 31 CÓDIGO DO CLIENTE - Obrigatório para todas as movimentações, exceto inclusões.

\*2 Campo 32 a 48 CÓDIGO DO TITULAR - Obrigatório para inclusão de dependentes onde o Titular já está cadastrado e ativo na CONTRATADA. Não informar nas demais movimentações.

\*3 Campo 58 a 59 TIPO DE MOVIMENTAÇÃO – O tipo de movimentação será conforme abaixo:

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
IC	Inclusão de Cliente
EC	Exclusão de Cliente
AD	Alteração de Dados
IM	Inclusão de Módulo
EM	Exclusão de Módulo
ID	Inclusão de Dependente
IR	Inclusão de Repasse
ER	Exclusão de Repasse
RC	Reinclusão de Cliente
VC	2ª Via Cartão

\*4 Campo 60 a 67 DATA VIGÊNCIA - Observar prazos de envio conforme tabela abaixo:

<b>Vigência</b>	<b>Data limite de envio</b>
Vigência 01	Envio até o dia 20 do mês anterior
Vigência 11	Envio até o dia 01 do mês atual
Vigência 21	Envio até o dia 10 do mês atual

\*5 Campo 68 a 167 NOME DO CLIENTE - Obrigatório para todas as Inclusões. Opcional para as demais movimentações. Texto em maiúsculas e sem caracteres especiais.

\*6 Campo 169 a 169 TIPO PARENTESCO - Obrigatório para todas as inclusões. Opcional para as demais movimentações.

O tipo de parentesco será conforme abaixo:

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
T	Titular
C	Cônjuge, Companheiro(a)
F	Filho(a)
P	Pais
S	Sogro(a)
I	Irmão(ã)

\*7 Campo 170 a 170 ESTADO CIVIL - Obrigatório para todas as inclusões. Opcional para as demais movimentações

O tipo estado civil será conforme abaixo:

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
o	o
A	Separado
C	Casado
S	Solteiro
D	Divorciado
V	Viúvo

\*8 Campo 171 a 178 DATA NASCIMENTO - Obrigatório para todas as inclusões. Opcional para as demais movimentações.

\*9 Campo 179 a 189 CPF DO CLIENTE - Obrigatório para as inclusões de Titulares e Dependentes. Opcional para as demais movimentações.

\*10 Campo 190 a 191 NACIONALIDADE - Obrigatório para todas as inclusões. Opcional para as demais movimentações.

A nacionalidade será conforme abaixo:

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
o	o
01	Brasileiro
02	Estrangeiro

\*11 Campo 192 a 291 NOME DA MÃE - Obrigatório para todas as Inclusões. Opcional para as demais movimentações. Texto em maiúsculas e sem caracteres especiais.

\*12 Campo 312 a 319 CEP - Obrigatório para todas as Inclusões.

\*13 Campo 320 a 379 LOGRADOURO - Obrigatório para todas as Inclusões.

\*14 Campo 380 a 388 NUMERO - Obrigatório para todas as Inclusões.

\*15 Campo 414 a 443 BAIRRO - Obrigatório para todas as Inclusões.

\*16 Campo 444 a 483 CIDADE - Obrigatório para todas as Inclusões.

\*17 Campo 484 a 485 ESTADO - Obrigatório para todas as Inclusões.

\*18 Campo 576 a 581 PRODUTO - Obrigatório em todas as Inclusões e Alterações de Módulos. Para os arquivos com tipo de movimentação IC, IM, EM e AD o valor preenchido é PEA002.

\*19 Campo 582 a 585 OBRIGATÓRIO 1 - Para os arquivos com tipo de movimentação IM, EM e AD o valor preenchido será sempre 1965. No caso dos arquivos com tipo de movimentação IC, o valor 1965 também será utilizado para a inclusão de transporte aeromédico.

\*20 Campo 606 a 611 MOTIVO DA EXCLUSÃO - Obrigatório para as movimentações de Exclusão. Não Informar nas demais movimentações.

O motivo da exclusão será conforme abaixo:

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
DESAPO	Desligado por aposentadoria
DESDEM	Desligado sem justa causa
DESJUS	Exoneração sem justa causa
DECJUS	Desligado do plano pela empresa por justa causa
DEMISS	Pedido de demissão do funcionario
INSATI	Insatisfação com a operadora
MUDCID	Mudança de cidade
MUDCUN	Mudança para outro contrato da operadora
OBITO	Óbito do cliente
MUDUNI	Mudança para outra operadora
MCCOB	Mudança para concorrente por melhor cobertura
MCINS	Mudança para concorrente por insatisfação
MCPRE	Mudança para concorrente por melhor preço
NCREAJ	Não concordou com o reajuste
PROFIN	Problemas financeiros
IDADE	Atingiu idade limite para dependente

Obs.: Se a exclusão for de um cônjuge/companheiro(a) e o motivo for DESDEM, será utilizado o motivo MCINS.

\*21 Campo 612 a 617 MOTIVO DO BLOQUEIO DO CARTÃO - Obrigatório para toda 2ª via de cartão. Não Informar nas demais movimentações.

O motivo do bloqueio do cartão será conforme abaixo:

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
PERDA	Perda do cartão
ROUBO	Roubo do cartão
DEFEI	Cartão com defeito
OUTROS	Outros

\*22 Campo 618 a 621 LOCAL DE ATENDIMENTO - Informar o código da operadora na ocasião de repasse do cliente para outra Cidade. Uso exclusivo para empresas cujo contrato permite repasse.

\*23 Campo 622 a 638 CÓDIGO DE ORIGEM - Em branco. Somente para Intercâmbio entre operadoras.

\*24 Campo 639 a 646 DATA DE ADMISSÃO - Obrigatório para as movimentações do tipo IC e ID para contratos específicos. Para as movimentações do tipo ID deverá ser informado a data de admissão do Titular. Este campo somente é informado para contratos que tem liberação de carência vinculadas à data de admissão do cliente na empresa.

\*25 Campo 647 a 663 CÓDIGO ANTERIOR - Informar quando o cliente desejar a liberação de carência.

\*26 Campo 740 a 742 CONTRIBUIÇÃO PARA O PLANO - Obrigatório para titulares em movimentações do Tipo EC (exclusão de clientes) quando os motivos de exclusão informados forem: DESDEM, DESJUS ou DESAPO.

O campo contribuição para o plano será conforme abaixo:

<b>Códig</b>	<b>Descrição</b>
CSO	Contribui somente com Odontologia
CSA	Contribui somente com o plano Assistencial
CAO	Contribui com Assistencial e com Odontologia
NAO	Não contribui para o plano

Obs.: Quando o beneficiário for titular ou um dependente que não seja cônjuge e o motivo da exclusão for igual a "DESDEM", "DESJUS" ou "DESAPO", o valor utilizado será "CSA".

\*27 Campo 743 a 745 PERÍODO DE CONTRIBUIÇÃO - Obrigatório para titulares em movimentações do Tipo EC (exclusão de clientes) se informado no Campo "Contribuição para o plano" os códigos "CSO", "CSA", "CAO". O valor será informado em meses.

\*28 Campo 746 a 754 VALOR DE CONTRIBUIÇÃO DO TITULAR AO PLANO - Campo a ser informado para titulares em movimentações do Tipo EC (exclusão de clientes) se informado no Campo "Contribuição para o plano" os códigos "CSO", "CSA", "CAO". Campo pode ser preenchido com espaços ou valores numéricos.

\*29 Campo 755 a 755 ADESÃO AO PLANO DE EX-FUNCIONÁRIO - Obrigatório para titulares em movimentações do Tipo EC (exclusão de clientes) se informado no Campo "Contribuição para o plano" os códigos "CSO", "CSA", "CAO".

O campo adesão ao plano de ex-funcionário será conforme abaixo:

<b>Códig</b>	<b>Descrição</b>
S	Aderiu ao plano de Ex-funcionários
N	Não aderiu ao plano de Ex-

funcionários

Obs.: Quando o beneficiário for titular ou um dependente que não seja cônjuge e o motivo da exclusão for igual a "DESDEM", "DESJUS" ou "DESAPO", o valor utilizado será "S".

## 2.8 Recebimento de dados cadastrais da operadora

A CONTRATADA devolverá um arquivo para a CONTRATANTE confirmando a inclusão/alteração do beneficiário.

Será gerado um único arquivo para Titular/Cônjuge e Beneficiários Especiais. Este arquivo terá extensão TXT e seus campos serão separados por ";" (ponto e vírgula), logo não há limite de tamanho.

O formato do arquivo de retorno será:

ORDEM	DESCRIÇÃO	OBRIGATORIO	INFORMAÇÃO	FORMATO
1	TIPO DE MOVIMENTAÇÃO ENVIADA	SIM	TIPO DE MOVIMENTAÇÃO *30	A
2	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO PARA O QUAL FOI FEITA A MOVIMENTAÇÃO	SIM	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	9
3	NÚMERO DA CARTEIRA NA OPERADORA	SIM	NÚMERO DA CARTEIRA	9
4	DATA DA MOVIMENTAÇÃO	SIM	DATA DA MOVIMENTAÇÃO	DD/MM/YYYY
5	DATA DA VIGÊNCIA	SIM	DATA DA VIGÊNCIA	DD/MM/YYYY
6	MOTIVO DA EXCLUSÃO	XXX *31	CÓDIGO DO MOTIVO DE EXCLUSÃO DE CLIENTE	A
7	NÚMERO DO CONTRATO	NÃO	CÓDIGO DO CONTRATO	A
8	LOTAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	NÃO	DESCRIÇÃO DA LOTAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	A
9	STATUS PROTOCOLO	SIM	STATUS PROTOCOLO	A
10	INFORMAÇÃO ADICIONAL	NÃO	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	A
11	NÚMERO SEQUENCIAL	SIM	SEQUENCIAL INCREMENTAL	9

\*30 Campo 1 TIPO DE MOVIMENTAÇÃO ENVIADA seguirá as mesmas regras definidas em \*3.

\*31 Campo 6 MOTIVO DA EXCLUSÃO seguirá as mesmas regras definidas em \*20.

### 3 Layout Exame Periódico - Guias Credenciadas

#### 3.1 Descrição:

Para a realização do exame periódico anual nas cidades atendidas apenas pela rede credenciada, a CONTRATANTE solicitará as guias para a CONTRATADA através do envio de arquivos de texto contendo os dados dos beneficiários e os procedimentos a serem realizados de acordo com o perfil de cada um.

#### 3.2 Formato dos arquivos para solicitação de guias:

Estes arquivos serão separados por cidade, terão extensão CSV e seus campos serão separados por ";" (ponto e vírgula), logo não há limite de tamanho.

Nome da Seção: Cabeçalho (HEADER)

A primeira linha será formada pelos nomes dos campos, separados por ";" (ponto e vírgula), na seguinte ordem:

ORDE M	CAMPO
1	COD_BENEFICIARIO
2	NUM_PEDIDO_OPERADORA_BH
3	NUM_PEDIDO_PRESTADOR
4	DATA_EMISSAO
5	DATA_VALIDADE
6	COD_SOLICITANTE_BH
7	TIPO_CONSELHO_PROFISSIONAL
8	NUM_PROFISSIONAL_CONSELHO
9	SIGLA_UF_CONSELHO_PROFISSIONAL
10	ACOMODACAO_BH
11	COD_EXECUTANTE_BH
12	TIPO_LOCAL_ATENDIMENTO
13	HIPOTESE_DIAGNOSTICA
14	OBS_EXTERNA
15	PROCEDIMENTO

Nome da Seção: DETALHE

ORDE M	DESCRIÇÃO	OBRIGATÓRIO	INFORMAÇÃO	FORMATO
1	CÓDIGO BENEFICIÁRIO	SIM	NÚMERO DA CARTEIRA DO BENEFICIÁRIO	9
2	NÚMERO PEDIDO	NÃO	NÚMERO PEDIDO	9

	OPERADORA		OPERADORA (EM BRANCO)	
3	NÚMERO PEDIDO PRESTADOR	NÃO	NÚMERO PEDIDO PRESTADOR (EM BRANCO)	9
4	DATA EMISSÃO	NÃO	DATA EMISSÃO (EM BRANCO)	DD/MM/YYYY
5	DATA VALIDADE	SIM	89 DIAS APÓS A DATA DE GERAÇÃO DA SOLICITAÇÃO	DD/MM/YYYY
6	CÓDIGO SOLICITANTE	NÃO	CÓDIGO SOLICITANTE (EM BRANCO)	A
7	TIPO CONSELHO PROFISSIONAL	SIM	CÓDIGO DO CONSELHO PROFISSIONAL	A
8	NÚMERO PROFISSIONAL CONSELHO	SIM	NÚMERO DO PROFISSIONAL NO CONSELHO	9
9	SIGLA UF	SIM	UF DO CONSELHO PROFISSIONAL (FIXO MG)	A
10	ACOMODAÇÃO BH	NÃO	ACOMODAÇÃO BH (EM BRANCO)	A
11	CÓDIGO EXECUTANTE	NÃO	CÓDIGO EXECUTANTE (EM BRANCO)	A
12	TIPO LOCAL ATENDIMENTO	NÃO	TIPO LOCAL ATENDIMENTO (EM BRANCO)	A
13	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	NÃO	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (EM BRANCO)	A
14	OBSERVAÇÃO EXTERNA	NÃO	OBSERVAÇÕES DA OPERADORA (FIXO)	A
15	PROCEDIMENTO	SIM	CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS SEPARADOS POR VÍRGULA	A

### Convenções de campos

- A = Caractere alfanumérico, alinhado a esquerda
- 9 = Caractere numérico, alinhado a direita
- [N] = Caractere numérico que especifica o número de caracteres do campo.



- $[N,D]$  = Caracteres numéricos que especificam o número total de caracteres do campo seguido pelo número de caracteres referentes às casas decimais.  
Ex:  $[10,2]$  -> Tamanho total do campo igual a 10, sendo 8 caracteres referentes à parte inteira e 2 caracteres referentes às casas decimais.