

Layout - CIHA01

Atualizado em: 06/2024

Seq	Nome	Tamanho	Início	Fim	Obr	Descrição	Preenchimento
01	DT_CMPT	006	001	006	S	Competência do Movimento	AAAAMM
02	CO_CNES	007	007	013	S	Código do Estabelecimento de Saúde	Somente Número
03	TP_ATENDIMENTO	001	014	014	S	Tipo do Atendimento	C - CONSOLIDADO / I - INDIVIDUALIZADO
04	CO_PROCEDIMENTO	010	015	024	S	Código do Procedimento	Somente Número - Conforme Tabela SUS ou Tabela de Procedimentos Genéricos
05	QT_ATENDIMENTO	006	025	030	S	Quantidade do Procedimento	Somente Número
06	CO_FONTE_REMUNERACAO	002	031	032	S	Código da Fonte de Remuneração	01 - PAGAMENTO POR CONVENIO - PLANO PRIVADO 02 - PAGAMENTO PARTICULAR - PESSOA FISICA 03 - GRATUITO 04 - FINANCIADO COM RECURSOS DA SEC EST DE SAUDE 05 - FINANCIADO COM RECURSOS DA SEC MUN DE SAUDE 06 - PAGAMENTO POR CONVENIO - PLANO PUBLICO 08 - DPVAT 09 - PAGAMENTO PARTICULAR - PESSOA JURIDICA 10 - PRONON 11 - PRONAS/PCD 12 - PROADI 13 - CONSORCIO PUBLICO
07	CO_OPERADORA	006	033	038	N	Código da Operadora - Registro ANS	Conforme arquivo de Operadora *Obrigatório para Fonte de Remuneração 01 - PAGAMENTO POR CONVENIO - PLANO PRIVADO *Não deve ser informado para fonte de remuneração diferente de 01
08	DT_ADMISSAO	008	039	046	N	Data da Admissão	DDMMAAAA *Obrigatório para Atendimento Individualizado
09	DT_SAIDA	008	047	054	N	Data da Saída	DDMMAAAA *Obrigatório para Atendimento Individualizado
10	CO_MODALIDADE	002	055	056	N	Código da Modalidade	01 - AMBULATORIAL / 02 - HOSPITALAR *Obrigatório para Atendimento Individualizado

Layout - CIHA01							
Atualizado em: 06/2024							
Seq	Nome	Tamanho	Início	Fim	Obr	Descrição	Preenchimento
11	CO_MOTIVO_SAIDA	002	057	058	N	Código do Motivo de Encerramento	11 - ALTA CURADO 12 - ALTA MELHORADO 61 - ALTA DA MAE/PUERPERA E DO RECEM-NASCIDO 14 - ALTA A PEDIDO 15 - ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE 16 - ALTA POR EVASAO 62 - ALTA DA MAE/PUERPERA E PERMANENCIA DO RECEM-NASCIDO 18 - ALTA POR OUTROS MOTIVOS 21 - PERMANENCIA POR CARACTERISTICAS PROPRIAS DA DOENCA 22 - PERMANENCIA POR INTERCORRENCIA 23 - PERMANENCIA POR IMPOSSIBILIDADE SOCIO-FAMILIAR 24 - PERMANENCIA POR PROCESSO DE DOACAO DE ORGAOS, TECIDOS E CELULAS - DOADOR VIVO 25 - PERMANENCIA POR PROCESSO DE DOACAO DE ORGAOS, TECIDOS E CELULAS - DOADOR MORTO 31 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO 41 - OBITO COM DECLARACAO DE OBITO FORNECIDA PELO MEDICO ASSISTENTE 42 - OBITO COM DECLARACAO DE OBITO FORNECIDA PELO INSTITUTO MEDICO LEGAL - IML 43 - OBITO COM DECLARACAO DE OBITO FORNECIDA PELO SERVICO DE VERIFICACAO DE OBITO - SVO 51 - ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO 26 - PERMANENCIA POR MUDANCA DE PROCEDIMENTO 27 - PERMANENCIA POR REOPERACAO 28 - PERMANENCIA POR OUTROS MOTIVOS 19 - ALTA DE PACIENTE AGUDO EM PSIQUIATRIA 32 - TRANSFERENCIA PARA INTERNACAO DOMICILIAR 63 - ALTA DA MAE/PUERPERA E OBITO DO RECEM-NASCIDO 64 - ALTA DA MAE/PUERPERA COM OBITO FETAL 65 - OBITO DA GESTANTE E DO CONCEPTO 66 - OBITO DA MAE/PUERPERA E ALTA DO RECEM-NASCIDO 67 - OBITO DA MAE/PUERPERA E PERMANENCIA DO RECEM-NASCIDO *Obrigatório para Atendimento Individualizado na Modalidade 02-HOSPITALAR
12	FILLER	002	059	060	N	FILLER	Preencher com ZEROS
13	CO_CID_PRINCIPAL	004	061	064	N	Diagnóstico Principal	CID10 *Obrigatório para Atendimento Individualizado quando for informado procedimento da Tabela SUS que tenha o atributo complementar "Exige CID" ou que tenha lista de CID compatíveis relacionada ele.
14	CO_CID_SECUNDARIO	004	065	068	N	Diagnóstico Secundário	CID10 Caso não tenha: Preencher com ZEROS *Não deve ser igual ao Diagnóstico Principal
15	NU_CNPJ	014	069	081	N	CNPJ	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZEROS *Obrigatório para as Fontes de Remuneração 1, 6 e 9 *Não deve ser informado para fonte de remuneração diferente de 1, 6 e 9
16	NU_CNPJ_FONTE_REMUNERACAO	014	083	096	N	CNPJ da Fonte de Remuneração - Consórcios Públicos	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZEROS *Obrigatório para a Fonte de Remuneração 13 - CONSORCIO PUBLICO *Não deve ser informado para fonte de remuneração diferente de 13
17	CO_BENEFICIARIO	030	097	126	N	Código do Beneficiário	Caso não tenha: Preencher com ZEROS *Obrigatório somente para Fonte de Remuneração 01 *Não deve ser informado para fonte de remuneração diferente de 01
18	NU_DOCUMENTO_OBITO	032	127	158	N	Documento do Óbito	Caso não tenha: Preencher com ZEROS *Obrigatório para o Desfecho "41 - ÓBITO COM DECLARAÇÃO DE ÓBITO FORNECIDA PELO MÉDICO ASSISTENTE

Layout - CIHA01

Atualizado em: 06/2024

Seq	Nome	Tamanho	Início	Fim	Obr	Descrição	Preenchimento
19	NU_TISS	020	159	178	N	Código TISS	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZEROS *Obrigatório para a Fonte de Remuneração 01 - PAGAMENTO POR CONVENIO - PLANO PRIVADO *Não deve ser informado para fonte de remuneração diferente de 01
20	NU_PRONTUARIO	012	179	190	N	Número do Prontuário	Alfanumérico (somente letra e número) *Obrigatório para Atendimento Individualizado
21	NU_CNS	015	191	205	N	Cartão Nacional de Saúde do Paciente	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZEROS
22	NO_PACIENTE	070	206	275	N	Nome do Paciente	Alfanumérico (somente letra e número) *Obrigatório para Atendimento Individualizado
23	DT_NASCIMENTO	008	276	283	N	Data de Nascimento do Paciente	DDMMMAAAA *Obrigatório para Atendimento Individualizado
24	TP_SEXO	001	284	284	N	Sexo do Paciente	M - Masculino / F - Feminino *Obrigatório para Atendimento Individualizado
25	DS_LOGRADOURO	025	285	309	N	Logradouro do Paciente	Alfanumérico (somente letra e número) *Obrigatório para Atendimento Individualizado
26	NU_LOGRADOURO	005	310	314	N	Número do Logradouro do Paciente	Alfanumérico (somente letra e número)
27	DS_COMPLEMENTO	015	315	329	N	Complemento do Logradouro do Paciente	Somente Letra e Número
28	CO_CEP	008	330	337	N	CEP Endereço do Paciente	Somente Número *Obrigatório para Atendimento Individualizado
29	CO_MUNICIPIO	006	338	343	N	Código do Município do Paciente	Somente Número *Obrigatório para Atendimento Individualizado
30	SG_UF	002	344	345	N	UF do Paciente	Somente Letra *Obrigatório para Atendimento Individualizado
31	QT_REGISTRO_CIVIL	001	346	346	N	Quantidade de Nascidos	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZERO
32	NU_DNV1	032	347	378	N	Número da Declaração de Nascido Vivo para o 1º filho	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZEROS
33	NU_DNV2	032	379	410	N	Número da Declaração de Nascido Vivo para o 2º filho	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZEROS
34	NU_DNV3	032	411	442	N	Número da Declaração de Nascido Vivo para o 3º filho	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZEROS
35	NU_DNV4	032	443	474	N	Número da Declaração de Nascido Vivo para o 4º filho	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZEROS
36	NU_DNV5	032	475	506	N	Número da Declaração de Nascido Vivo para o 5º filho	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZEROS
37	QT_DIAS	003	507	509	N	Quantidade de Dias da UTI	Somente Número Caso não tenha: Preencher com ZEROS
38	DS_PROCEDIMENTO_GENERICO	100	510	609	N	Descrição do Procedimento Não SUS	Texto Livre *É obrigatório caso procedimento seja não SUS *Não deve ser preenchido para procedimentos da Tabela SUS