

Obrigatoriedade de preenchimento dos campos de dados para realização dos procedimentos de atualização cadastral do SIB/ANS

Código do campo de dado no SIB	Campos de dados	Obrigatoriedade de preenchimento dos campos de dados - PROCEDIMENTOS																		
		Inclusão						Retificação			Mudança Contratual			Cancelamento			Reativação			Sem Movimento
		Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	
30	CCO - Código de Controle Operacional	N	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	
8	Código de Identificação do Beneficiário na operadora	O	O	O	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
1	Nome do beneficiário	O	O	O	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
2	Data de nascimento do beneficiário	O	O	O	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
3	Código de sexo do beneficiário	O	O	O	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
4	Número no CPF do beneficiário	O	O	R	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
5	Número no PIS/PASEP do beneficiário ou Número de Identificação do Trabalhador - NIT	R	R	R	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
6	Nome da mãe do beneficiário	R	R	R	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
36	Número da Declaração de Nascimento Vivo	Op	N	Op	Op	N	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
7	Número do Cartão Nacional de Saúde	O(*)	O(*)	O(*)	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
18	Código de identificação do beneficiário titular na operadora para beneficiários informados como dependentes (não-titulares)	N	O	O	N	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	

Identificação de Endereço

21	Indicação de endereço residencial ou profissional	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
22	Logradouro do beneficiário	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
33	Número do logradouro	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
34	Complemento do logradouro	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
35	Bairro	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
26	Código do município do logradouro indicado	O	O	O	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
27	CEP	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
29	Código do município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional	Op	Op	Op	Op	Op	Op	R	R	N	R	R	N	R	R	N	R	N	N

Código do campo de dado no SIB	Campos de dados	Obrigatoriedade de preenchimento dos campos de dados - PROCEDIMENTOS																		
		Inclusão						Retificação			Mudança Contratual			Cancelamento			Reativação			Sem Movimento
		Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	

9	Número do registro do plano na ANS (RPS)	R	R	R	Op	Op	Op	R	R	R	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10	Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)	R	R	R	Op	Op	Op	R	R	R	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11	Número do plano origem RPS (portabilidade)	R	R	R	Op	Op	Op	R	R	R	N	N	N	N	N	N	N	N	N
12	Data de contratação do plano	O	O	O	Op	Op	Op	O	O	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
31	Data de cancelamento do plano	N	N	N	Op	Op	Op	N	N	N	O	O	O	N	N	N	N	N	N
32	Código do motivo do cancelamento do plano	N	N	N	Op	Op	Op	N	N	N	O	O	O	N	N	N	N	N	N
20	Data de reativação do plano	N	N	N	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	O	O	O	N	N	N
14	Indicação de existência de Cobertura Parcial Temporária	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N								
15	Indicação de itens de procedimentos excluídos da cobertura	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N								
16	Número no CNPJ da pessoa jurídica contratante do plano coletivo	R	R	R	Op	Op	Op	R	R	R	N	N	N	N	N	N	N	N	N
17	Número no CEI do contratante do plano coletivo	R	R	R	Op	Op	Op	R	R	R	N	N	N	N	N	N	N	N	N
13	Relação de Dependência	O	O	O	Op	Op	Op	O	O	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N

19	Reservado à ANS	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
----	-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Legenda:

O - preenchimento obrigatório do campo;

O(*) - preenchimento obrigatório do campo "Número do Cartão Nacional de Saúde" a partir de 30 de junho de 2015.

N - preenchimento do campo não se aplica;

R - preenchimento restritivo do campo;

Op - preenchimento opcional do campo.