

PADRÃO TISS

COMPONENTE DE CONTEÚDO E ESTRUTURA

Parte V - Formulários do Plano de Contingência

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
data de autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	9	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone	10	Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail	11	E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Justificativa técnica	12	Justificativa técnica	String	1000		Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Tabela	13	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material	14	Código do material solicitado	String	10		Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição	15	Descrição do material solicitado	String	150		Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Opção fabr	16	Ordem da opção de fabricante do material solicitado	String	1		Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Qtde solíc	17	Quantidade solicitada do material	Integer	3		Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Valor Unitário Solicitado	18	Valor do unitário material solicitado	Numérico	6,2		Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
quantidade autorizada	19	Quantidade autorizada do material	Integer	3		Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
valor unitário autorizado	20	Valor do unitário material autorizado	numérico	6,2		Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
Registro ANVISA do material	21	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Referência do material no fabricante	22	Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Nº autorização de funcionamento	23	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Especificação do material	24	Especificação do material solicitado	String	500		Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.

Legenda do Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação/Justificativa	25	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	26	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	27	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	28	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso(kg)	9	Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura	10	Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	11	Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade	12	Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo	13	Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone	15	Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail	16	E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	17	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
CID10 Principal	18	Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
CID10 (2)	19	Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (3)	20	Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (4)	21	Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento	22	Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	23	Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Finalidade	24	Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
ECOG	25	Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	26	Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico cito/histopatológico	27	Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	28	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para Administração	29	Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Tabela	30	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento	31	Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	32	Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses	33	Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via adm	34	Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência	35	Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cirurgia	36	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	37	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	38	Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação	39	Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação/Justificativa	40	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos previstos	41	Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual	42	Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos	43	Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Data da solicitação	44	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do profissional solicitante	45	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	46	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Idade	9	Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo	10	Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone	12	Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail	13	E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	14	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
CID10 Principal	15	Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (2)	16	Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
CID10 (3)	17	Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (4)	18	Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico por imagem	19	Código do diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio
Estadiamento	20	Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
ECOG	21	Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Finalidade	22	Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico cito/histopatológico	23	Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Informações relevantes	24	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	25	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de Realização	26	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	27	Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data da aplicação	28	Data da aplicação da última quimioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Data prevista	29	Data prevista para realização do procedimento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
Tabela	30	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do Procedimento	31	Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	32	Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Qtde	33	Quantidade do procedimento solicitado	Numérico	3,2		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Número de campos	34	Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose por dia	35	Dose de radioterápico por dia	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total	36	Dose total de radioterápico	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias	37	Número de dias previstos de tratamento	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data revista para início da administração	38	Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação/Justificativa	39	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	40	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do profissional solicitante	41	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	42	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicionado. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	9	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
Nome	10	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Atendimento a RN	12	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	13	Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado	14	Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	15	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	16	Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número no conselho	17	Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	18	UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	19	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Assinatura do Solicitante	20	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Caráter do Atendimento	21	Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Data da Solicitação	22	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Indicação Clínica	23	Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicional. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela	24	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial	25	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio	Obrigatório.
Descrição	26	Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	27	Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Qtde Aut	28	Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora	Obrigatório.
Código na operadora	29	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	30	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	31	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Tipo de Atendimento	32	Tipo de atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de Acidente	33	Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tipo de consulta	34	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Condicional. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.
Motivo de Encerramento do Atendimento	35	Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de óbito.
Data	36	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Hora Inicial	37	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora Final	38	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência
Tabela	39	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Código do Procedimento	40	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Descrição	41	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Qtde	42	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Via	43	Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico
Téc	44	Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Fator Red / Acrésc	45	Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 1,00.
Valor Unitário	46	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Valor Total	47	Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Seq. Ref	48	Sequencial de referência do procedimento realizado	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau Part	49	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
Código na Operadora / CPF	50	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Nome do profissional	51	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho Profissional	52	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Número no conselho	53	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
UF	54	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CBO	55	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Data de realização de procedimentos em série	56	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados.
Assinatura do beneficiário ou responsável na realização de procedimentos em série	57	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Observação/Justificativa	58	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Total de Procedimentos	59	Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Total de Taxas Diversas e Aluguéis	60	Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.
Total de Materiais	61	Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Total de OPME	62	Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.

Legenda da Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Total de Medicamentos	63	Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Total Gases Medicinais	64	Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Total Geral	65	Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela Autorização	66	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	68	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Validade da carteira	8	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicional. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
Atendimento a RN	9	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome	10	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Código do contratado	12	Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	15	Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	16	Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	17	UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	18	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Código na operadora / CNPJ	19	Código do contratado solicitado na operadora	String	14		Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário	Obrigatório.
Nome do hospital / local	20	Nome do hospital / local solicitado	String	70		Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data sugerida para internação	21	Data sugerida para internação	Date	8	DDMMAAAA	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.	Obrigatório.
Caráter do Atendimento	22	Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de internação	23	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de Internação	24	Regime de internação	String	1		Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
Qtde diárias solicitadas	25	Quantidade de diárias solicitadas	Integer	2		Número de dias de internação solicitadas pelo prestador	Obrigatório.
Previsão de uso de OPME	26	Indicador de previsão de uso de OPME	String	1		Indica se há previsão de utilização de OPME na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso destes materiais.
Previsão de uso de quimioterápico	27	Indicador de previsão de uso de quimioterápico	String	1		Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.
Indicação Clínica	28	Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
CID10 Principal	29	Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (2)	30	Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (3)	31	Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (4)	32	Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Indicação de Acidente	33	Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Tabela	34	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do Procedimento ou item assistencial	35	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	36	Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	37	Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Aut	38	Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Obrigatório. Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
Data provável da admissão hospitalar	39	Data provável da admissão hospitalar	Date	8	DDMMAAAA	Data provável da admissão do paciente no hospital	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Qtde diárias autorizadas	40	Quantidade de diárias autorizadas	Integer	3		Número de dias de internação autorizados pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Tipo da acomodação autorizada	41	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Código na operadora	42	Código do contratado autorizado na operadora	String	14		Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Nome do hospital / local autorizado	43	Nome do hospital / local autorizado	String	70		Nome do prestador para onde foi autorizada a internação	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

Legenda da Guia de Solicitação de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	44	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Observação / Justificativa	45	Observação / Justificativa	String	1000		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	46	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	47	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	48	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	49	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Logo da Operadora

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO
OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO**

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Conselho
Profissional

13 - Número no Conselho

14 - UF

15 - Código CBO

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

17 - Tipo da Acomodação Solicitada

18 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19-Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde Solic	23 - Qtde Aut
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação.	3	Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia inicial de solicitação de internação.	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na operadora	9	Código do contratado solicitante na Operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	10	Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	12	Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	13	Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	14	UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	15	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde. diárias adicionais solicitadas	16	Quantidade de diárias adicionais solicitadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias.
Tipo da acomodação solicitada	17	Tipo da acomodação solicitada	String	2		Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação.
Indicação Clínica	18	Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Obrigatório.
Tabela	19	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Código do procedimento ou item assistencial	20	Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Descrição	21	Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde solíc	22	Quantidade solicitada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.
Qtde Aut	23	Quantidade autorizada do procedimento	Integer	3		Quantidade do procedimento autorizada pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados.

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde. diárias adicionais autorizadas	24	Quantidade de diárias adicionais autorizadas	Integer	3		Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços.
Tipo da acomodação autorizada	25	Tipo da acomodação autorizada	String	2		Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços.
Justificativa da Operadora	26	Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação	String	500		Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.
Observação/Justificativa	27	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	28	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	29	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	30	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e
Número da guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	4	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	5	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida.
Atendimento a RN	6	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome	7	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	8	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Código na operadora	9	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	10	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	11	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	12	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	13	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	14	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	15	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório.
Código CBO	16	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório.
Indicação de Acidente	17	Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36	Obrigatório.
Data do Atendimento	18	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Tipo de consulta	19	Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Obrigatório.
Tabela	20	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento	21	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor do procedimento	22	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Observação/ Justificativa	23	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Assinatura do profissional executante	24	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável	25	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia solicitação de internação	3	Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	5	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	6	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	7	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Atendimento a RN	8	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	9	Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Nome do hospital / local	10	Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código CNES	11	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Código do contratado na operadora	12	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	14	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Data início Faturamento	15	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	16	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data	17	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	18	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora Final	19	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela	20	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento	21	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	22	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde	23	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via	24	Via de acesso	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Téc	25	Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	26	Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1,00.
Valor Unitário	27	Valor unitário do procedimento realizado.	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor Total	28	Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Seq. Ref	29	Sequencial de referência do procedimento realizado	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau Part	30	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código na Operadora / CPF	31	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do profissional	32	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Conselho Profissional	33	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	34	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
UF	35	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CBO	36	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Observação/Justificativa	37	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Total dos Honorários	38	Valor total dos honorários	Numérico	8,2		Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data de emissão	39	Data de emissão da guia	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização
 ____/____/____

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha
 ____/____/____

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira
 ____/____/____

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNES

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento

17 - Tipo de Faturamento

18 - Data do Início do Faturamento
 ____/____/____

19 - Hora do Início do Faturamento
 ____:____

20 - Data do Fim do Faturamento
 ____/____/____

21 - Hora do Fim do Faturamento
 ____:____

22 - Tipo de Internação

23 - Regime de Internação

24-CID10Principal (Opcional) 25-CID10(2) (Opcional) 26-CID10(3) (Opcional) 27-CID10 (4)(Opcional) 28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 29 - Motivo de Encerramento da Internação 30-Número da declaração de nascido vivo 31-CID10 Óbito(Opcional) 32-Numero da declaração de óbito 33-Indicador D.O. de RN

Procedimentos e Exames Realizados

34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Téc	43-Fator Red/Acresc	44-Valor Unitário (R\$)	45-Valor Total (R\$)
01-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
02-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
03-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
04-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
05-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
06-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
07-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
08-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
09-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10-____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Identificação da Equipe

46-Seq.Ref	47-Grau Part.	48-Código na Operadora/CPF	49-Nome do Profissional	50-Conselho Profissional	51-Número no Conselho	52-UF	53-Código CBO
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

54 - Total de Procedimentos (R\$) _____

55 - Total de Diárias (R\$) _____

56 - Total de Taxase Aluguéis (R\$) _____

57 - Total de Materiais (R\$) _____

58 - Total de OPME (R\$) _____

59 - Total de Medicamentos (R\$) _____

60 - Total de Gases Medicinais (R\$) _____

61 - Total Geral (R\$) _____

62 - Data da assinatura do contratado
 ____/____/____

63 - Assinatura do contratado

64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

65 - Observações / Justificativa

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação.	3	Número da guia de solicitação de internação	String	20		Número da guia de solicitação de Internação	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	9	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser informado somente quando for utilizada a contingência em papel e quando a operadora exigir autorização prévia para o procedimento e tal autorização não puder ser obtida.
Nome	10	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	11	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Atendimento a RN	12	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora	13	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do contratado	14	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código CNES	15	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Caráter do Atendimento	16	Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	17	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Hora do início do faturamento	19	Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Data do fim do faturamento	20	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada
Tipo de internação	22	Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de Internação	23	Regime de internação	String	1		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.
CID10 Principal	24	Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (2)	25	Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (3)	26	Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (4)	27	Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicação de Acidente	28	Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Motivo de Encerramento da Internação	29	Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Número da Declaração de Nascido Vivo	30	Número da Declaração de Nascido Vivo	String	11		Número da declaração de nascido vivo, que é o documento base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de internação obstétrica onde tenha havido nascido vivo.
CID10 Óbito	31	Diagnóstico de óbito	String	4		Código do diagnóstico de óbito do paciente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Número da Declaração de Óbito	32	Número da Declaração de Óbito	String	11		Número da declaração de óbito, que é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).	Condicionado. Deve ser preenchido quando o motivo de encerramento for igual ao código 41 (Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente) ou quando for óbito do RN na guia de internação da mãe.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador DO de RN	33	Indicador de declaração de óbito de recém-nato.	String	1		Indica se a declaração de óbito é do recém-nato durante a internação da mãe.	Condicional. Deve ser preenchido quando o campo Número da Declaração de Óbito for preenchido. Preencher com S - SIM caso a declaração de óbito informada seja do RN e com N - Não caso a declaração de óbito informada seja da mãe.
Data	34	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora Inicial	35	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Hora Final	36	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela	37	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento	38	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	39	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Qtde	40	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via	41	Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Téc	42	Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de procedimento cirúrgico.
Fator Red / Acrésc	43	Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento, o campo deve ser preenchido com 1,00.
Valor Unitário	44	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor Total	45	Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Seq. Ref	46	Sequencial de referência do procedimento realizado	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Grau Part	47	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código na Operadora / CPF	48	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional participante da equipe de execução do procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional	49	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional participante da equipe de execução do procedimento.	Obrigatório.
Conselho Profissional	50	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	51	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	52	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório.
Código CBO	53	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Total de Procedimentos	54	Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Total de Diárias	55	Valor total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
Total de Taxas e Aluguéis	56	Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxas ou aluguéis cobrados.
Total de Materiais	57	Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Total de OPME	58	Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total dos OPME, considerando o valor unitário e a quantidade de cada OPME utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órtese, prótese ou material especial cobrado, conforme negociação entre as partes.
Total de Medicamentos	59	Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Total Gases Medicinais	60	Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Total Geral	61	Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Data da assinatura do contratado	62	Data da assinatura do prestador contratado	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	63	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Resumo de Internação

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do(s) auditor(es) da operadora	64	Assinatura do auditor da operadora				Assinatura do auditor da operadora	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel quando houver auditoria <i>in loco da operadora</i> .
Observação/Justificativa	65	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia referenciada	2	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual esse anexo está vinculado.	Obrigatório.
Código na operadora	3	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	5	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
CD	6	Código da despesa	String	2		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data	7	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Hora inicial	8	Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.
Hora final	9	Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização da despesa	Condicional. Deve ser preenchido quando o item de despesa admitir cobrança mensurável em horas.

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela	10	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do item	11	Código do item assistencial utilizado	String	10		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.
Qtde	12	Quantidade do item assistencial utilizado	Numérico	3,4		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Unidade de medida	13	Unidade de Medida	String	3		Código da unidade de medida, conforme tabela de domínio nº 60.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o item cobrado possuir unidade de medida.
Fator Red / Acrésc	14	Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Obrigatório. Caso não haja acréscimo ou redução no valor do procedimento, preencher o campo com 1.00.
Valor unitário	15	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do item assistencial realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.
Valor total	16	Valor total dos itens assistenciais utilizados	Numérico	6,2		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANVISA do material	17	Registro ANVISA do material	String	15		Número de registro do material na ANVISA	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Referência do material no fabricante	18	Código de referência do material no fabricante	String	60		Código de referência do material no fabricante	Condicional. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Nº autorização de funcionamento da empresa	19	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado	String	30		Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cobrança de órteses, próteses e materiais especiais que foram adquiridos pelo prestador solicitante.
Descrição	20	Descrição do item assistencial utilizado	String	150		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Total de gases medicinais	21	Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Obrigatório. Caso não haja gases medicinais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero).
Total de medicamentos	22	Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Obrigatório. Caso não haja medicamentos cobrados, o campo deve ser preenchido com 0.00 (zero).
Total de materiais	23	Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja materiais cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

Legenda do Anexo de Outras Despesas

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Total de OPME	24	Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das OPMEs, considerando o valor unitário de cada OPME e a quantidade utilizada.	Obrigatório. Caso não haja órtese, prótese ou material especial cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total de taxas e aluguéis	25	Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados.	Obrigatório. Caso não haja taxas ou aluguéis cobrados, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total de diárias	26	Valor total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o valor de cada diária e a quantidade de diárias cobradas.	Obrigatório. Caso não haja diárias cobradas, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
Total geral	27	Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com zero.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº	2	Número do demonstrativo	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
CNPJ Operadora	4	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão	5	Data de emissão do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código na operadora	6	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	7	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	8	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	9	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	10	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Data do protocolo	11	Data do protocolo da cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	12	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral do lote encaminhado pelo prestador.
Código da situação do protocolo	13	Status do protocolo	String	1		Código do status do protocolo, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	14	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	15	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	16	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja senha de autorização para a guia referida.
Nome do beneficiário	17	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Número da carteira	18	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do início do faturamento	19	Data do início do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do início do faturamento	20	Hora do início do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Data do fim do faturamento	21	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Hora do fim do faturamento	22	Hora do fim do faturamento	Time	8	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento.	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Código da glosa da guia	23	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa integral da guia.
Código da situação da guia	24	Status da guia	String	1		Código do status da guia, conforme tabela de domínio nº 47.	Obrigatório.
Data de realização	25	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Obrigatório. Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Tabela	26	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento / item assistencial	27	Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo
Descrição	28	Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo
Grau de participação	29	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.
Valor informado	30	Valor Informado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo
Qtde executada	31	Quantidade executada do procedimento ou do item assistencial	Numérico	4,4		Quantidade realizada do procedimento ou utilizada do item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado	32	Valor processado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor liberado	33	Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor glosa	34	Valor glosa do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Código da glosa	35	Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido caso esteja sendo apresentada glosa de procedimento ou item assistencial da guia no demonstrativo.
Valor informado da guia	36	Valor informado da guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor processado da guia	37	Valor processado da guia	Numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais.	Obrigatório.
Valor liberado da guia	38	Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia.	Obrigatório.
Valor glosa da guia	39	Valor da glosa da guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado na guia.
Valor informado do protocolo	40	Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote.	Obrigatório.
Valor processado do protocolo	41	Valor processado do protocolo	Numérico	8,2		Valor do protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor liberado do protocolo	42	Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor glosa do protocolo	43	Valor da glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado do protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado no demonstrativo.
Valor informado geral	44	Valor informado geral	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo	Obrigatório.
Valor processado geral	45	Valor processado geral	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor liberado geral	46	Valor liberado geral	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Análise de Conta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor glosa geral	47	Valor geral da glosa	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os protocolos apresentados no demonstrativo.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado nos protocolos ou guias apresentados no demonstrativo.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia de recurso de glosas no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso	4	Objeto do recurso de glosa	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	5	Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código na operadora	6	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do contratado	7	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	8	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	9	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	10	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1
Justificativa	11	Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 1
Acatado	12	Resposta ao recurso do protocolo	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia no prestador	13	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2.
Número da guia atribuído pela operadora	14	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, o campo objeto do recurso igual a 2 e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Senha	15	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Código da glosa da guia	16	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa	17	Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Acatado	18	Resposta ao recurso da guia	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data inicial/ data de realização	19	Data inicial do período ou data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Data final do período	20	Data final do período	Date	8	DDMMAAAA	Data final do período de internação	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de apresentação de conta referente à internação.
Tabela	21	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento / item assistencial	22	Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Descrição	23	Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Grau de participação	24	Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na equipe executante do serviço, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido nas cobranças referentes à honorários profissionais quando a cobrança foi realizada de forma individual pelo profissional no caso de paciente internado ou referente a procedimento ambulatorial.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa	25	Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor recursado	26	Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa do Prestador	27	Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor acatado	28	Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Justificativa da Operadora	29	Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recursado	30	Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Valor total acatado	31	Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.
Data do recurso	32	Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do contratado	33	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da Operadora	34	Data da assinatura da operadora	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.
Assinatura da Operadora	35	Assinatura da operadora				Assinatura da operadora.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº	2	Número do demonstrativo	String	20		Número que identifica o demonstrativo atribuído pela operadora	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
CNPJ Operadora	4	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de emissão	5	Data de emissão do demonstrativo	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão do demonstrativo	Obrigatório.
Código na operadora	6	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	7	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	8	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do pagamento	9	Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Forma de Pagamento	10	Forma de pagamento ao prestador	String	1		Código da forma como será efetuado o pagamento dos serviços ao prestador, conforme tabela de domínio nº 34.	Obrigatório.
Banco	11	Banco de pagamento	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência	12	Agência bancária	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta	13	Conta bancária	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicional. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Data do protocolo	14	Data do protocolo da cobrança	Date	8	DDMMAAAA	Data que a operadora recebeu o lote de guias de cobrança do prestador.	Obrigatório.
Número do protocolo	15	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	16	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Valor Informado	17	Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no lote/protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor Processado	18	Valor processado do protocolo	Numérico	8,2		Valor do lote/protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias que compõem o lote	Obrigatório.
Valor Liberado	19	Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por lote/protocolo. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do lote/protocolo	Obrigatório.
Valor da Glosa	20	Valor da glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado do lote/protocolo pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias que compõem o lote	Condicional. Deve ser preenchido caso haja algum valor glosado no protocolo apresentado na data de pagamento.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Total Informado por Data de Pagamento	21	Valor total informado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor total processado por data de pagamento	22	Valor total processado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Liberado por data de pagamento	23	Valor Total Liberado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Glosa por data de pagamento	24	Valor Total Glosa por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Indicação	25	Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do débito/crédito	26	Código do débito ou crédito por data de pagamento	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Descrição do Débito/Crédito	27	Descrição de débitos ou créditos por data de pagamento	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados por data de pagamento	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Valor	28	Valor dos débitos e créditos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor dos débitos ou créditos complementares à conta por data de pagamento	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito na data de pagamento.
Valor total de demais débitos por data de pagamento	29	Valor total de demais débitos por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor total de demais créditos por data de pagamento	30	Valor total de demais créditos por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta por data de pagamento. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados na data de pagamento.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor Final a Receber por data de pagamento	31	Valor final a receber por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem a data de pagamento.	Obrigatório.
Valor Total Informado	32	Valor total informado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total processado	33	Valor total processado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório.
Valor Total Liberado	34	Valor total liberado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo	Obrigatório.
Valor Total Glosa	35	Valor total da glosa do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados no demonstrativo.	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Indicação	36	Indicação de débito ou crédito geral	String	1		Indicador de débito ou crédito conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Código do débito/crédito	37	Código do débito ou crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Descrição do Débito/Crédito	38	Descrição de débitos ou créditos	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor	39	Valor dos débitos e créditos	Numérico	6,2		Valor dos débitos ou créditos complementares à conta	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha ocorrido qualquer débito ou crédito.
Valor Total de Demais Débitos	40	Valor total de demais débitos do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total dos demais débitos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os débitos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor Total de Demais Créditos	41	Valor total de demais créditos do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total dos demais créditos complementares à conta. Corresponde ao somatório de todos os créditos anotados.	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor Final a Receber	42	Valor final a receber do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor final a ser recebido pelo prestador considerando todas as contas que compõem o demonstrativo.	Obrigatório.
Observação/Justificativa	43	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal	3	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	6	Data de validade da senha	Date	8	DDMMAAAA	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da guia atribuído pela operadora	7	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Plano	9	Nome do plano de saúde do beneficiário	String	60		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme	Obrigatório.
Empresa	10	Empresa	String	40		Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial
Validade da Carteira	11	Data de validade da carteira	Date	8	DDMMAAAA	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido se a carteira do beneficiário tiver data de validade.
Cartão Nacional de Saúde	12	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Nome	13	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Telefone	14	Telefone do beneficiário	String	11		Número do telefone do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua telefone de contato.
Nome do titular do plano	15	Nome do titular do plano	String	70		Nome do titular do plano	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.
Atendimento a RN	16	Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	17	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante
Número no CRO	18	Número no CRO do solicitante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante
UF	19	UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante
Código CBO	20	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
Código na operadora	21	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	22	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número no CRO	23	Número no CRO do contratado executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	24	UF do conselho do prestador contratado executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código CNES	25	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	26	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Número no CRO	27	Número no CRO do profissional executante	String	15		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
UF	28	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
Código CBO	29	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tabela	30	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do Procedimento	31	Código do procedimento solicitado	String	10		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	32	Descrição do procedimento solicitado	String	150		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Dente/Região	33	Identificação do dente ou região da boca	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
Face	34	Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Qtde	35	Quantidade de procedimentos	Integer	2		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.
Qtde US	36	Quantidade de unidades de serviço	Numérico	5,2		Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor	37	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Franquia	38	Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Aut	39	Indicador de autorização	String	1		Indicador de autorização para o procedimento.	Obrigatório. Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
Cod. Negativa	40	Código do motivo de negativa	String	4		Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
Data de Realização	41	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Assinatura	42	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de Término do Tratamento	43	Data de término do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista de término do tratamento odontológico	Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
Tipo de Atendimento	44	Tipo de atendimento em odontologia	String	1		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de faturamento	45	Tipo de faturamento	String	1		Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Total Quantidade US	46	Total de unidades de serviços	Numérico	8,2		Somatório da quantidade de unidade de serviços (US) dos procedimentos solicitados/executados	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US
Valor Total	47	Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Valor total franquia guia	48	Valor total de franquia da guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
Observação/Justificativa	49	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	50	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51	Assinatura do cirurgião-dentista solicitante				Assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	Obrigatório.
Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista	52	Data da assinatura do cirurgião-dentista	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.	Obrigatório.
Assinatura do Cirurgião-Dentista	53	Assinatura do cirurgião-dentista executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54	Data da assinatura do beneficiário ou seu responsável	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do beneficiário ou responsável	Obrigatório.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data do carimbo da Empresa	56	Data do carimbo da empresa	Date	8	DDMMAAAA	Data do carimbo identificador da empresa	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel caso haja exigência da empresa à qual pertence o beneficiário.

ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO SITUAÇÃO INICIAL

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

Logo da Empresa

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal de Tratamento Odontológico

4 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Nome

6 - Número da Carteira

Situação Inicial

Situação inicial																
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Situação inicial																

LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

8 - SITUAÇÃO INICIAL:

- A - Ausente
- E - Extração Indicada
- H - Hígido
- C - Cariado
- R - Restaurado

9 - Sinais clínicos de doença periodontal?

Sim Não

10 - Alteração dos tecidos moles?

Sim Não

11 - Observação / Justificativa

12 - Local e Data

13 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

16 - Local, Data e Carimbo da Empresa

14 - Local e Data

15 - Assinatura do Beneficiário / Responsável

Legenda do Anexo de Situação Inicial - Odontologia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia principal de tratamento odontológico	3	Número da guia principal de tratamento odontológico	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	4	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que identifica a guia no prestador.
Nome	5	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da carteira	6	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Dente	7	Identificação do dente	String	2		Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.	Obrigatório.
Situação Dentária Inicial	8	Situação dentária inicial	String	1		Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Situação Inicial - Odontologia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Sinais Clínicos de Doença Periodontal	9	Sinais clínicos de doença periodontal	String	1		Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	Obrigatório.
Alteração dos Tecidos Moles	10	Indicador de alteração dos tecidos moles	String	1		Indicador de alteração dos tecidos moles	Obrigatório.
Observação/Justificativa	11	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Local e Data	12	Local e Data	Date	8	DDMMAAAA	Local e Data preenchido pelo profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.
Assinatura do Cirurgião-Dentista	13	Assinatura do cirurgião-dentista				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Local e Data	14	Local e Data	Date	8	DDMMAAAA	Local e data preenchido pelo Beneficiário ou responsável	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.
Assinatura do Beneficiário/ Responsável	15	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Local, Data e Carimbo da Empresa	16	Local, Data e Carimbo da Empresa	Date	8	DDMMAAAA	Local do atendimento, data e carimbo identificador da empresa contratante do plano coletivo	Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel, quando se tratar de plano coletivo.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº	2	Número do demonstrativo	String	20		Número identificador do demonstrativo	Obrigatório.
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
CNPJ operadora	4	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora	String	14		Número da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.	Obrigatório.
Data de início do processamento	5	Data inicial do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Data fim do processamento	6	Data final do período de processamento	Date	8	DDMMAAAA	Data do fim do processamento a que se refere o demonstrativo de pagamento	Obrigatório.
Código na operadora	7	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	8	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
CPF / CNPJ Contratado	9	CPF / CNPJ Contratado	String	14		Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do pagamento	10	Data do pagamento ao prestador	Date	8	DDMMAAAA	Data do pagamento ou data prevista para o pagamento	Obrigatório.
Banco	11	Banco de pagamento	String	4		Código identificador do banco no qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Agência	12	Agência bancária	String	7		Código identificador da agência bancária na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Conta	13	Conta bancária	String	20		Número da conta corrente na qual o prestador recebe o pagamento pelos serviços realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o pagamento for realizado por crédito em conta bancária.
Número do lote	14	Número do lote	String	12		Número do lote informado pelo prestador	Obrigatório.
Número do protocolo	15	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Número da guia no prestador	16	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere a conta.	Obrigatório.
Número da guia atribuído pela operadora	17	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere a conta.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Recurso	18	Indicação de recurso	String	1		Indicador de recurso.	Obrigatório.
Nome do profissional executante	19	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira	20	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	21	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Tabela	22	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento	23	Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	24	Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Dente/Região	25	Identificação do dente ou região da boca	String	4		Identificação da denteção permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região da boca.
Face	26	Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Data de realização	27	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Qtde	28	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor informado	29	Valor informado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor informado pelo prestador para o procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório.
Valor processado	30	Valor processado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor do procedimento ou item assistencial utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado	Obrigatório.
Valor glosa/estorno	31	Valor glosa/estorno do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor glosado pela operadora do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Obrigatório. Caso não haja glosa deve ser informado 0,00 (zero)
Valor da franquia	32	Valor da franquia do procedimento	Numérico	6,2		Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor liberado	33	Valor liberado do procedimento ou item assistencial	Numérico	6,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por procedimento ou item assistencial. Corresponde ao valor informado menos o valor glosado do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
Código da glosa	34	Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum motivo de glosa.
Observação/Justificativa	35	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total informado guia	36	Valor informado da guia	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador na guia, correspondendo ao somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor total processado guia	37	Valor processado da guia	Numérico	8,2		Valor da guia utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório.
Valor total glosa guia	38	Valor da glosa da guia	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora na guia, correspondendo ao somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais	Obrigatório. Quando não houver glosa na guia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia guia	39	Valor total de franquia da guia	Numérico	8,2		Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total liberado guia	40	Valor liberado da guia	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por guia. Corresponde ao valor informado da guia menos o valor glosado da guia	Obrigatório.
Valor total informado protocolo	41	Valor informado do protocolo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total processado protocolo	42	Valor processado do protocolo	Numérico	8,2		Valor do protocolo utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias.	Obrigatório.
Valor total glosa protocolo	43	Valor da glosa do protocolo	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora no protocolo, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia protocolo	44	Valor total de franquia do protocolo	Numérico	8,2		Valor total da franquia do protocolo correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total liberado protocolo	45	Valor liberado do protocolo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador por protocolo. Corresponde ao valor informado do protocolo menos o valor glosado do protocolo	Obrigatório.
Valor total informado por data de pagamento	46	Valor total informado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento	Obrigatório.
Valor total processado por data de pagamento	47	Valor total processado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total glosa por data de pagamento	48	Valor total glosa por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia por data de pagamento	49	Valor total franquia por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total da franquia por data de pagamento correspondendo ao somatório do valor da franquia de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total liberado por data de pagamento	50	Valor total liberado por data de pagamento	Numérico	8,2		Valor total previsto para pagamento ao prestador. Corresponde ao somatório dos valores liberados de todos os lotes/protocolos apresentados na data de pagamento.	Obrigatório.
Indicação	51	Indicação de débito ou crédito geral por data de pagamento	String	1		Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Código do débito/crédito	52	Código do débito ou crédito por data de pagamento	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Descrição	53	Descrição de débitos ou créditos por data de pagamento	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor	54	Valor dos débitos e créditos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Valor total dos demais débitos por data de pagamento	55	Valor total dos demais débitos por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor total dos demais débitos por data de pagamento	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0.00 (zero)
Valor total dos demais créditos por data de pagamento	56	Valor total dos demais créditos	Numérico	6,2		Valor total dos demais créditos por data de pagamento	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0,00 (zero)
Valor final a receber por data de pagamento	57	Valor final a receber por data de pagamento	Numérico	6,2		Valor final a receber por data de pagamento	Obrigatório.
Valor total informado	58	Valor total informado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total informado pelo prestador, correspondendo ao somatório dos valores informados das guias.	Obrigatório.
Valor total processado	59	Valor total processado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor utilizado como base pela operadora para o processamento do pagamento a ser efetuado, correspondendo ao somatório dos valores processados das guias.	Obrigatório.
Valor total glosa	60	Valor total glosa do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor glosado pela operadora, correspondendo ao somatório dos valores glosados das guias.	Obrigatório. Quando não houver glosa o campo deve ser preenchido com 0,0.
Valor total franquia	61	Valor total franquia do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor total da franquia, correspondendo ao somatório do valor da franquia das guias.	Obrigatório. Quando não houver pagamento de franquia o campo deve ser preenchido com 0,0.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total liberado	62	Valor total liberado do demonstrativo	Numérico	8,2		Valor previsto para pagamento ao prestador, correspondendo ao valor informado por data de pagamento menos o valor glosado.	Obrigatório.
Indicação	63	Indicação de débito ou crédito geral	String	1		Indicador de débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 37.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Código do débito/crédito	64	Código do débito ou crédito	String	2		Código do débito ou crédito, conforme tabela de domínio nº 27.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito ou crédito além dos descritos nas guias deste demonstrativo.
Descrição	65	Descrição de débitos ou créditos	String	40		Descrição de valores debitados ou creditados.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Valor	66	Valor dos débitos e créditos	Numérico	6,2		Valor dos débitos e créditos complementares à conta	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver algum débito e/ou crédito além dos demonstrados nas guias deste demonstrativo.
Valor total dos demais débitos	67	Valor total dos demais débitos do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor total dos demais débitos do demonstrativo	Obrigatório. Caso não haja demais débitos deve ser informado 0.00 (zero)
Valor total dos demais créditos	68	Valor total dos demais créditos do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor total dos demais créditos do demonstrativo	Obrigatório. Caso não haja demais créditos deve ser informado 0.00 (zero)
Valor final a receber	69	Valor final a receber do demonstrativo	Numérico	6,2		Valor final a receber de demonstrativo	Obrigatório.

Legenda do Demonstrativo de Pagamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Observação/Justificativa	70	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia de recurso de glosas no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e
Nome da operadora	3	Nome da operadora	String	70		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Objeto do recurso	4	Objeto do recurso de glosa	String	1		Indica se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	Obrigatório. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de se tratar de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	5	Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora	String	20		Número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Código na operadora	6	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	7	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	8	Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	9	Número do protocolo	String	12		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Código da glosa do protocolo	10	Código da glosa do protocolo	String	4		Código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Justificativa	11	Justificativa do prestador para recurso da glosa do protocolo	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo.
Acatado	12	Resposta ao recurso do protocolo	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Número da guia no prestador	13	Número da guia no prestador	String	20		Número identificador da guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a
Número da guia atribuído pela operadora	14	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador utilize mais de uma vez o mesmo número de guia no

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Senha	15	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
Nome do beneficiário	16	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Código da glosa da guia	17	Código da glosa da guia	String	4		Código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Justificativa	18	Justificativa do prestador para recurso da glosa da guia	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia.
Acatado	19	Resposta ao recurso da guia	String	1		Indica se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
Data de realização	20	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Dente/Região	21	Identificação do dente ou região da boca	String	4		Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	Condicional. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região da boca.
Face	22	Identificação da face do dente	String	5		Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.	Condicional. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
Qtde	23	Quantidade de procedimentos realizados	Integer	2		Quantidade realizada do procedimento apresentado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Tabela	24	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados conforme tabela de domínio nº 87.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Código do procedimento / item assistencial	25	Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Descrição	26	Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	String	150		Descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da glosa	27	Código da glosa do procedimento	String	4		Código do motivo da glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor recursado	28	Valor recursado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Justificativa do Prestador	29	Justificativa do prestador para recurso da glosa do procedimento	String	150		Justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
Valor acatado	30	Valor acatado	Numérico	6,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Justificativa da Operadora	31	Justificativa da operadora para não aceite do recurso da glosa do procedimento	String	450		Justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa
Valor total recursado	32	Valor total recursado	Numérico	8,2		Valor total apresentado de recurso	Obrigatório.
Valor total acatado	33	Valor total acatado	Numérico	8,2		Valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Data do recurso	34	Data do recurso de glosa	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Recurso de Glosa Odontológica

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do contratado	35	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da Operadora	36	Data da assinatura da operadora	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.
Assinatura da Operadora	37	Assinatura da operadora				Assinatura da operadora.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Comprovante Presencial

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Código na operadora	3	Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	5	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Nome do profissional executante	6	Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento	Condicional. Deve ser preenchido quando o contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho Profissional	7	Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número no conselho	8	Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

Legenda da Guia de Comprovante Presencial

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF	9	UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59	Obrigatório.
Código CBO	10	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24	Obrigatório.
Data do atendimento	11	Data de realização				Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Número da carteira	12	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	13	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Número da guia principal	14	Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Obrigatório.
Assinatura	15	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Data de Assinatura do Contratado	16	Data da assinatura do prestador contratado	Date	8	DDMMAAAA	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	17	Assinatura do contratado				Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.



Ministério da
Saúde



Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro-RJ 20021-040

www.ans.gov.br
Disque-ANS: 0800 701-9656