

CTE GEPAC – 62/2018

Brasília, 27 de fevereiro de 2018

Aos Prestadores de Serviços da Rede Credenciada à Postal Saúde  
A/C Srs. Administradores

Assunto: Preenchimento dos campos obrigatórios das guias físicas.

A Postal Saúde em uma estratégia de melhor se relacionar com seus prestadores de serviços credenciados, e visando tornar efetivo o processo de faturamento, vem orientar quanto a atenção ao preenchimento dos campos obrigatórios nas guias físicas.

No anexo destacamos, por cada tipo de guia de cobrança, os campos obrigatórios de preenchimento, de acordo com a respectiva estruturação do padrão TISS e a composição da documentação física para envio em conformidade ao manual do credenciado.

Essa comunicação objetiva evitar devoluções de faturamento, glosas, atraso no pagamento das contas médicas por descumprimento das regras definidas no Manual do Credenciado e, ainda, evitar contestação por parte do beneficiário acerca do procedimento realizado.

Atenciosamente,



**Débora Elaine Fernandes**

Gerência Estratégica de Processamento, Auditoria e Conformidade de Contas

De acordo,



**Ariovaldo Aparecido da Câmara**  
Diretor Presidente





Destacamos abaixo considerações que o credenciado deverá ater-se aos campos obrigatórios de preenchimento por cada tipo de guia de cobrança de acordo com a respectiva estruturação do padrão TISS e a composição da documentação física para envio em conformidade ao manual do credenciado:

1. O processo de cobrança pela ferramenta eletrônica não elimina o envio de documentação física, de modo que reforçamos a necessidade de que em cada envelope conste a relação documental sequenciada abaixo:
  - a. formulário protocolo eletrônico (DETALHES DA GUIA NO PADRÃO TISS);
  - b. formulário capa de lote preenchido e assinado com a identificação do Recebedor (CNPJ ou CPF e NOME);
  - c. documento fiscal (caso o Credenciado não seja optante pela modalidade PRÉ FATURAMENTO);
  - d. documentação complementar cabível (guia de solicitação de internação, pedido e/ou relatório médicos; relatórios de profissionais não médicos; detalhamento de materiais e/ou medicamentos, relatórios de auditoria externa);
  - e. para cobrança de procedimentos seriados envio de assinaturas unitárias por sessão realizada;
  - f. fica dispensado o envio da guia de cobrança do padrão TISS com as mesmas informações contidas no arquivo XML, visto que este já a substitui, desde que o credenciado cumpra a exigência de envio da documentação complementar e apondo a assinatura do beneficiário em documento xerox da identificação da carteirinha e documento com foto ou guia TISS de comprovante presencial, modelo disponível no site da POSTAL SAÚDE.
2. Toda documentação física correspondente a faturamento deve ser endereçada para CAIXA POSTAL 1044 - Carapicuíba - São Paulo, CEP 06326-970, incorrendo em atraso de processamento se o faturamento for endereçado para outra localidade;
3. Os arquivos eletrônicos sem correspondente documentação física não serão aproveitados para efeito de processamento e posterior pagamento, mesmo tendo sido retornada mensagem de envio com sucesso;



## GUIA DE CONSULTA

Logo da Empresa: \_\_\_\_\_

2. Nº Guia no Prestador: **12345678901234567890**

**GUIA DE CONSULTA**

1 - Registro ANS \_\_\_\_\_

3 - Número da Guia Arquivado pela Operadora \_\_\_\_\_

4 - Número da Carteira \_\_\_\_\_

5 - Validade da Carteira \_\_\_\_\_

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não) \_\_\_\_\_

7 - Nome \_\_\_\_\_

8 - Cartão Nacional de Saúde \_\_\_\_\_

9 - Código da Operadora \_\_\_\_\_

10 - Nome do Contratado \_\_\_\_\_

11 - Código CNER \_\_\_\_\_

12 - Nome do Profissional Essencial \_\_\_\_\_

13 - Conselho Profissional \_\_\_\_\_

14 - Número no Conselho \_\_\_\_\_

15 - UF \_\_\_\_\_

16 - Código CBC \_\_\_\_\_

17 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) \_\_\_\_\_

18 - Data do Atendimento \_\_\_\_\_

19 - Tipo de Consulta \_\_\_\_\_

20 - Tabela \_\_\_\_\_

21 - Código do Procedimento \_\_\_\_\_

22 - Tabela de Procedimentos \_\_\_\_\_

23 - Observações / Análises \_\_\_\_\_

24 - Assinatura do Profissional Consultante \_\_\_\_\_

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável \_\_\_\_\_

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS		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		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 carteira	4	Número da carteira do beneficiário		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Atendimento a RN	6	Indicador de atendimento ao recém-nato		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	7	Nome do beneficiário		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Código na operadora	9	Código do contratado executante na operadora		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	10	Nome do contratado executante		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		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.
Conselho Profissional	13	Conselho profissional do executante		Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.



# Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

Número no conselho	14	Número do executante no conselho profissional		Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	15	UF do conselho do profissional executante		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		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		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	DDMMAAA A	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Tipo de consulta	19	Tipo de consulta		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Obrigatório.
Tabela	20	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado		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		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Valor do procedimento	22	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado		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.





Nº da guia no prestador	2	Número da guia no prestador		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 e 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		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.
Número da carteira	6	Número da carteira do beneficiário		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	7	Nome do beneficiário		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Atendimento a RN	8	Indicador de atendimento ao recém-nato		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		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.







Nome do hospital / local	10	Nome do contratado onde o procedimento foi realizado		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		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		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	13	Nome do contratado executante		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	14	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante		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	DDMMAAA A	Data de início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	16	Data do fim do faturamento	DDMMAAA A	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data	17	Data de realização	DDMMAAA A	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Tabela	20	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado		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		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	22	Descrição do procedimento realizado		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Qtde	23	Quantidade de procedimentos realizados		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Fator Red / Acrésc	26	Fator de redução ou acréscimo		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.		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		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).
Grau Part	30	Grau de participação do profissional		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		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.



Nome do profissional	32	Nome do profissional executante		Nome do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Conselho Profissional	33	Conselho profissional do executante		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		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
UF	35	UF do conselho do profissional executante		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		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Valor Total dos Honorários	38	Valor total dos honorários		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	DDMMAAA A	Data de emissão da guia	Obrigatório.

# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/ SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Local de Emprego: CNPJ do Prestador: 1234567890123456789

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

1 - Registro ANS 2 - Nome de Dado Pessoal

3 - Data de Nascimento 4 - Data de Início de Serviço 5 - Natureza de Dado Profissional

6 - Município de Cidade 7 - Cidade de Cidade 8 - Estado 9 - Carga Horária de Trabalho 10 - Carga Horária de Trabalho

11 - Carga de Operadora 12 - Natureza de Contrato

13 - Carga de Operadora 14 - Natureza de Contrato

15 - Carga de Operadora 16 - Natureza de Contrato

17 - Carga de Operadora 18 - Natureza de Contrato

19 - Carga de Operadora 20 - Natureza de Contrato

21 - Carga de Operadora 22 - Natureza de Contrato

23 - Carga de Operadora 24 - Natureza de Contrato

25 - Carga de Operadora 26 - Natureza de Contrato

27 - Carga de Operadora 28 - Natureza de Contrato

29 - Carga de Operadora 30 - Natureza de Contrato

31 - Carga de Operadora 32 - Natureza de Contrato

33 - Carga de Operadora 34 - Natureza de Contrato

35 - Carga de Operadora 36 - Natureza de Contrato

37 - Carga de Operadora 38 - Natureza de Contrato

39 - Carga de Operadora 40 - Natureza de Contrato

41 - Carga de Operadora 42 - Natureza de Contrato

43 - Carga de Operadora 44 - Natureza de Contrato

45 - Carga de Operadora 46 - Natureza de Contrato

47 - Carga de Operadora 48 - Natureza de Contrato

49 - Carga de Operadora 50 - Natureza de Contrato

51 - Carga de Operadora 52 - Natureza de Contrato

53 - Carga de Operadora 54 - Natureza de Contrato

55 - Carga de Operadora 56 - Natureza de Contrato

57 - Carga de Operadora 58 - Natureza de Contrato

59 - Carga de Operadora 60 - Natureza de Contrato

61 - Carga de Operadora 62 - Natureza de Contrato

63 - Carga de Operadora 64 - Natureza de Contrato

65 - Carga de Operadora 66 - Natureza de Contrato

67 - Carga de Operadora 68 - Natureza de Contrato

69 - Carga de Operadora 70 - Natureza de Contrato

71 - Carga de Operadora 72 - Natureza de Contrato

73 - Carga de Operadora 74 - Natureza de Contrato

75 - Carga de Operadora 76 - Natureza de Contrato

77 - Carga de Operadora 78 - Natureza de Contrato

79 - Carga de Operadora 80 - Natureza de Contrato

81 - Carga de Operadora 82 - Natureza de Contrato

83 - Carga de Operadora 84 - Natureza de Contrato

85 - Carga de Operadora 86 - Natureza de Contrato

87 - Carga de Operadora 88 - Natureza de Contrato

89 - Carga de Operadora 90 - Natureza de Contrato

91 - Carga de Operadora 92 - Natureza de Contrato

93 - Carga de Operadora 94 - Natureza de Contrato

95 - Carga de Operadora 96 - Natureza de Contrato

97 - Carga de Operadora 98 - Natureza de Contrato

99 - Carga de Operadora 100 - Natureza de Contrato

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	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	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 carteira	8	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	10	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Atendimento a RN	12	Indicador de atendimento ao recém-nato	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	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	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Conselho Profissional	16	Conselho profissional do solicitante	Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.



Número no conselho	17	Número do solicitante no conselho profissional	Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF	18	UF do conselho do profissional solicitante	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	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	Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tabela	24	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	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	Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	26	Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde Solic	27	Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.



Qtde Aut	28	Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial	Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora	Obrigatório.
Código na operadora	29	Código do contratado executante na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	30	Nome do contratado executante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	31	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	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 99999999.
Tipo de Atendimento	32	Tipo de atendimento	Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de Acidente	33	Indicação de acidente ou doença relacionada	Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.
Assinatura do beneficiário ou responsável na realização de procedimentos em série	57	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
Total Geral	65	Valor do total geral	Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.







35 - ANEXO	36 - NOME DO CAMPO	37 - CÓDIGO	38 - TIPO DE DADOS	39 - TIPO DE DADOS	40 - TIPO DE DADOS	41 - TIPO DE DADOS	42 - TIPO DE DADOS	43 - TIPO DE DADOS	44 - TIPO DE DADOS
1	Registro ANS	1	Textual	Textual	Textual	Textual	Textual	Textual	Textual
2	Nº da guia no prestador	2	Textual	Textual	Textual	Textual	Textual	Textual	Textual

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS		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		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		Número da guia de solicitação de Internação	Obrigatório.
Data da autorização	4	Data da autorização	DDMMAAA A	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
Senha	5	Senha		Senha de autorização fornecida pela operadora	Obrigatório.
Número da carteira	8	Número da carteira do beneficiário		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	10	Nome do beneficiário		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Atendimento a RN	12	Indicador de atendimento ao recém-nato		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		Código na operadora ou CNPJ do prestador contratado que executou o procedimento.	Obrigatório.
Nome do contratado	14	Nome do contratado executante		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código CNES	15	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante		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 99999999.
Caráter do Atendimento	16	Caráter do atendimento		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Tipo de faturamento	17	Tipo de faturamento		Código do tipo de faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Obrigatório.
Data do início do faturamento	18	Data do início do faturamento	DDMMAAA A	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	HH:MM:SS	Hora do início do faturamento.	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a hora do início do faturamento da guia que está sendo complementada.
Data do fim do faturamento	20	Data do fim do faturamento	DDMMAAA	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.
Hora do fim do faturamento	21	Hora do fim do faturamento	HH:MM:SS	Hora do final do faturamento	Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3- Complementar, preencher o campo com a hora do fim do faturamento da guia que está sendo complementada.
Tipo de internação	22	Tipo de internação		Código do tipo de internação, conforme tabela de domínio nº 57.	Obrigatório.
Regime de Internação	23	Regime de internação		Regime da internação de acordo com tabela de domínio nº 41.	Obrigatório.

Indicação de Acidente	28	Indicação de acidente ou doença relacionada		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		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Obrigatório.
Data	34	Data de realização	DDMMAAA A	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Tabela	37	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado		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		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	39	Descrição do procedimento realizado		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.
Qtde	40	Quantidade de procedimentos realizados		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Fator Red / Acrésc	43	Fator de redução ou acréscimo		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		Valor unitário do procedimento realizado	Obrigatório.
Valor Total	45	Valor total por procedimento realizado		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Obrigatório.
Total de Procedimentos	54	Valor total de procedimentos		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Total Geral	61	Valor do total geral		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	DDMMAAA A	Data da assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	63	Assinatura do contratado		Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.



## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

Logo da Empresa

**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS  
2 - Número da Guia Referenciada  
3 - Código ANS  
4 - Nome do Contratado  
5 - Código CNES

6 - Tipo de Serviço  
7 - Data de Referência do Exame/Serviço  
8 - Valor  
9 - Código de Item  
10 - Quantidade  
11 - Unidade de Medida  
12 - Preço por Unidade  
13 - Valor Líquido  
14 - Valor de ICMS  
15 - Valor de IPTU  
16 - Valor de IPI  
17 - Valor de ITR

18 - Descrição  
19 - Descrição  
20 - Descrição  
21 - Descrição  
22 - Descrição  
23 - Descrição  
24 - Descrição  
25 - Descrição  
26 - Descrição  
27 - Descrição  
28 - Descrição  
29 - Descrição  
30 - Descrição

31 - Total de Outras Medicinas (R\$)  
32 - Total de Medicamentos (R\$)  
33 - Total de Honorários (R\$)  
34 - Total de Honorários (R\$)  
35 - Total de Honorários (R\$)  
36 - Total de Honorários (R\$)  
37 - Total de Honorários (R\$)

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS		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		Número da guia à qual esse anexo está vinculado.	Obrigatório.



Código na operadora	3	Código do contratado executante na operadora		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	4	Nome do contratado executante		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		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 99999999.
CD	6	Código da despesa		Código da natureza da despesa, conforme tabela de domínio nº 25.	Obrigatório.
Data	7	Data de realização	DDMMAAA A	Data de realização da despesa	Obrigatório.
Tabela	10	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado		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		Código do item assistencial das despesas realizadas, conforme tabela utilizada	Obrigatório.





Qtde	12	Quantidade do item assistencial utilizado		Quantidade realizada da despesa apresentada	Obrigatório.
Fator Red / Acrésc	14	Fator de redução ou acréscimo		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		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		Valor total dos itens assistenciais utilizados, considerando a quantidade do item assistencial, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório.
Descrição	20	Descrição do item assistencial utilizado		Descrição do item assistencial utilizado	Obrigatório.
Total de gases medicinais	21	Valor total de gases medicinais		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		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		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).
Total de OPME	24	Valor total de OPME		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		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		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		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.

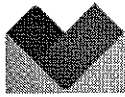




Nº da guia no prestador	2	Número da guia de recurso de glosas no prestador		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Nome da operadora	3	Nome da operadora		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde	Obrigatório.
Objeto do recurso	4	Objeto do recurso de glosa		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.
Código na operadora	6	Código do contratado executante na operadora		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	7	Nome do contratado executante		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	8	Número do lote		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.



Número do protocolo	9	Número do protocolo		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.
Valor acatado	28	Valor acatado		Valor da guia ou do procedimento recusado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Valor total recusado	30	Valor total recusado		Valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	Obrigatório.
Valor total acatado	31	Valor total acatado		Valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.	Obrigatório.
Data do recurso	32	Data do recurso de glosa	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	33	Assinatura do contratado		Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da Operadora	34	Data da assinatura da operadora	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.
Assinatura da Operadora	35	Assinatura da operadora		Assinatura da operadora.	Obrigatório.



## GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

ANS - nº 41913-3

23-4597 89-01 234 567 890

**GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Logótipo da Empresa

1 - Registro ANS | 2 - Número de Guia Privada | 3 - Data de Ativação | 4 - DADOS | 5 - COTA DE VALORES DE REFERÊNCIA | 6 - Número de Guia Eletrônico para Operatório

7 - Nome do Paciente | 8 - Endereço | 9 - C.A.P.S. | 10 - Telefone | 11 - Número da Empresa | 12 - Cota Tratamento em Saúde

13 - Idade | 14 - Sexo | 15 - Tipo de Seguro de Plano | 16 - Referência ANS

17 - Atividade Profissional / Ocupação

18 - Atividade Profissional

19 - Carga Horária | 20 - Tipo de Comissão

21 - Atividade Profissional

22 - Descrição do Serviço

23 - Tipo de Paciente

24 - Valor da Consulta

25 - Valor da Consulta

26 - Valor da Consulta

27 - Valor da Consulta

28 - Valor da Consulta

29 - Valor da Consulta

30 - Valor da Consulta

31 - Valor da Consulta

32 - Valor da Consulta

33 - Valor da Consulta

34 - Valor da Consulta

35 - Valor da Consulta

36 - Valor da Consulta

37 - Valor da Consulta

38 - Valor da Consulta

39 - Valor da Consulta

40 - Valor da Consulta

41 - Valor da Consulta

42 - Valor da Consulta

43 - Valor da Consulta

44 - Valor da Consulta

45 - Valor da Consulta

46 - Valor da Consulta

47 - Valor da Consulta

48 - Valor da Consulta

49 - Valor da Consulta

50 - Valor da Consulta

51 - Valor da Consulta

52 - Valor da Consulta

53 - Valor da Consulta

54 - Valor da Consulta

55 - Valor da Consulta

56 - Valor da Consulta

57 - Valor da Consulta

58 - Valor da Consulta

59 - Valor da Consulta

60 - Valor da Consulta

61 - Valor da Consulta

62 - Valor da Consulta

63 - Valor da Consulta

64 - Valor da Consulta

65 - Valor da Consulta

66 - Valor da Consulta

67 - Valor da Consulta

68 - Valor da Consulta

69 - Valor da Consulta

70 - Valor da Consulta

71 - Valor da Consulta

72 - Valor da Consulta

73 - Valor da Consulta

74 - Valor da Consulta

75 - Valor da Consulta

76 - Valor da Consulta

77 - Valor da Consulta

78 - Valor da Consulta

79 - Valor da Consulta

80 - Valor da Consulta

81 - Valor da Consulta

82 - Valor da Consulta

83 - Valor da Consulta

84 - Valor da Consulta

85 - Valor da Consulta

86 - Valor da Consulta

87 - Valor da Consulta

88 - Valor da Consulta

89 - Valor da Consulta

90 - Valor da Consulta

91 - Valor da Consulta

92 - Valor da Consulta

93 - Valor da Consulta

94 - Valor da Consulta

95 - Valor da Consulta

96 - Valor da Consulta

97 - Valor da Consulta

98 - Valor da Consulta

99 - Valor da Consulta

100 - Valor da Consulta

101 - Valor da Consulta

102 - Valor da Consulta

103 - Valor da Consulta

104 - Valor da Consulta

105 - Valor da Consulta

106 - Valor da Consulta

107 - Valor da Consulta

108 - Valor da Consulta

109 - Valor da Consulta

110 - Valor da Consulta

111 - Valor da Consulta

112 - Valor da Consulta

113 - Valor da Consulta

114 - Valor da Consulta

115 - Valor da Consulta

116 - Valor da Consulta

117 - Valor da Consulta

118 - Valor da Consulta

119 - Valor da Consulta

120 - Valor da Consulta

121 - Valor da Consulta

122 - Valor da Consulta

123 - Valor da Consulta

124 - Valor da Consulta

125 - Valor da Consulta

126 - Valor da Consulta

127 - Valor da Consulta

128 - Valor da Consulta

129 - Valor da Consulta

130 - Valor da Consulta

131 - Valor da Consulta

132 - Valor da Consulta

133 - Valor da Consulta

134 - Valor da Consulta

135 - Valor da Consulta

136 - Valor da Consulta

137 - Valor da Consulta

138 - Valor da Consulta

139 - Valor da Consulta

140 - Valor da Consulta

141 - Valor da Consulta

142 - Valor da Consulta

143 - Valor da Consulta

144 - Valor da Consulta

145 - Valor da Consulta

146 - Valor da Consulta

147 - Valor da Consulta

148 - Valor da Consulta

149 - Valor da Consulta

150 - Valor da Consulta

151 - Valor da Consulta

152 - Valor da Consulta

153 - Valor da Consulta

154 - Valor da Consulta

155 - Valor da Consulta

156 - Valor da Consulta

157 - Valor da Consulta

158 - Valor da Consulta

159 - Valor da Consulta

160 - Valor da Consulta

161 - Valor da Consulta

162 - Valor da Consulta

163 - Valor da Consulta

164 - Valor da Consulta

165 - Valor da Consulta

166 - Valor da Consulta

167 - Valor da Consulta

168 - Valor da Consulta

169 - Valor da Consulta

170 - Valor da Consulta

171 - Valor da Consulta

172 - Valor da Consulta

173 - Valor da Consulta

174 - Valor da Consulta

175 - Valor da Consulta

176 - Valor da Consulta

177 - Valor da Consulta

178 - Valor da Consulta

179 - Valor da Consulta

180 - Valor da Consulta

181 - Valor da Consulta

182 - Valor da Consulta

183 - Valor da Consulta

184 - Valor da Consulta

185 - Valor da Consulta

186 - Valor da Consulta

187 - Valor da Consulta

188 - Valor da Consulta

189 - Valor da Consulta

190 - Valor da Consulta

191 - Valor da Consulta

192 - Valor da Consulta

193 - Valor da Consulta

194 - Valor da Consulta

195 - Valor da Consulta

196 - Valor da Consulta

197 - Valor da Consulta

198 - Valor da Consulta

199 - Valor da Consulta

200 - Valor da Consulta

201 - Valor da Consulta

202 - Valor da Consulta

203 - Valor da Consulta

204 - Valor da Consulta

205 - Valor da Consulta

206 - Valor da Consulta

207 - Valor da Consulta

208 - Valor da Consulta

209 - Valor da Consulta

210 - Valor da Consulta

211 - Valor da Consulta

212 - Valor da Consulta

213 - Valor da Consulta

214 - Valor da Consulta

215 - Valor da Consulta

216 - Valor da Consulta

217 - Valor da Consulta

218 - Valor da Consulta

219 - Valor da Consulta

220 - Valor da Consulta

221 - Valor da Consulta

222 - Valor da Consulta

223 - Valor da Consulta

224 - Valor da Consulta

225 - Valor da Consulta

226 - Valor da Consulta

227 - Valor da Consulta

228 - Valor da Consulta

229 - Valor da Consulta

230 - Valor da Consulta

231 - Valor da Consulta

232 - Valor da Consulta

233 - Valor da Consulta

234 - Valor da Consulta

235 - Valor da Consulta

236 - Valor da Consulta

237 - Valor da Consulta

238 - Valor da Consulta

239 - Valor da Consulta

240 - Valor da Consulta

241 - Valor da Consulta

242 - Valor da Consulta

243 - Valor da Consulta

244 - Valor da Consulta

245 - Valor da Consulta

246 - Valor da Consulta

247 - Valor da Consulta

248 - Valor da Consulta

249 - Valor da Consulta

250 - Valor da Consulta

251 - Valor da Consulta

252 - Valor da Consulta

253 - Valor da Consulta

254 - Valor da Consulta

255 - Valor da Consulta

256 - Valor da Consulta

257 - Valor da Consulta

258 - Valor da Consulta

259 - Valor da Consulta

260 - Valor da Consulta

261 - Valor da Consulta

262 - Valor da Consulta

263 - Valor da Consulta

264 - Valor da Consulta

265 - Valor da Consulta

266 - Valor da Consulta

267 - Valor da Consulta

268 - Valor da Consulta

269 - Valor da Consulta

270 - Valor da Consulta

271 - Valor da Consulta

272 - Valor da Consulta

273 - Valor da Consulta

274 - Valor da Consulta

275 - Valor da Consulta

276 - Valor da Consulta

277 - Valor da Consulta

278 - Valor da Consulta

279 - Valor da Consulta

280 - Valor da Consulta

281 - Valor da Consulta

282 - Valor da Consulta

283 - Valor da Consulta

284 - Valor da Consulta

285 - Valor da Consulta

286 - Valor da Consulta

287 - Valor da Consulta

288 - Valor da Consulta

289 - Valor da Consulta

290 - Valor da Consulta

291 - Valor da Consulta

292 - Valor da Consulta

293 - Valor da Consulta

294 - Valor da Consulta

295 - Valor da Consulta

296 - Valor da Consulta

297 - Valor da Consulta

298 - Valor da Consulta

299 - Valor da Consulta

300 - Valor da Consulta

301 - Valor da Consulta

302 - Valor da Consulta

303 - Valor da Consulta

304 - Valor da Consulta

305 - Valor da Consulta

306 - Valor da Consulta

307 - Valor da Consulta

308 - Valor da Consulta

309 - Valor da Consulta

310 - Valor da Consulta

311 - Valor da Consulta

312 - Valor da Consulta

313 - Valor da Consulta

314 - Valor da Consulta

315 - Valor da Consulta

316 - Valor da Consulta

317 - Valor da Consulta

318 - Valor da Consulta

319 - Valor da Consulta

320 - Valor da Consulta

321 - Valor da Consulta

322 - Valor da Consulta

323 - Valor da Consulta

324 - Valor da Consulta

325 - Valor da Consulta

326 - Valor da Consulta

327 - Valor da Consulta

328 - Valor da Consulta

329 - Valor da Consulta

330 - Valor da Consulta

331 - Valor da Consulta

332 - Valor da Consulta

333 - Valor da Consulta

334 - Valor da Consulta

335 - Valor da Consulta

336 - Valor da Consulta

337 - Valor da Consulta

338 - Valor da Consulta

339 - Valor da Consulta

340 - Valor da Consulta

341 - Valor da Consulta

342 - Valor da Consulta

343 - Valor da Consulta

344 - Valor da Consulta

345 - Valor da Consulta

346 - Valor da Consulta

347 - Valor da Consulta

348 - Valor da Consulta

349 - Valor da Consulta

350 - Valor da Consulta

351 - Valor da Consulta

352 - Valor da Consulta

353 - Valor da Consulta

354 - Valor da Consulta

355 - Valor da Consulta

356 - Valor da Consulta

357 - Valor da Consulta

358 - Valor da Consulta

359 - Valor da Consulta

360 - Valor da Consulta

361 - Valor da Consulta

362 - Valor da Consulta

363 - Valor da Consulta

364 - Valor da Consulta

365 - Valor da Consulta

366 - Valor da Consulta

367 - Valor da Consulta

368 - Valor da Consulta

369 - Valor da Consulta

370 - Valor da Consulta

371 - Valor da Consulta

372 - Valor da Consulta

373 - Valor da Consulta

374 - Valor da Consulta

375 - Valor da Consulta

376 - Valor da Consulta

377 - Valor da Consulta

378 - Valor da Consulta

379 - Valor da Consulta

380 - Valor da Consulta

381 - Valor da Consulta

382 - Valor da Consulta

383 - Valor da Consulta

384 - Valor da Consulta

385 - Valor da Consulta

386 - Valor da Consulta

387 - Valor da Consulta

388 - Valor da Consulta

389 - Valor da Consulta

390 - Valor da Consulta

391 - Valor da Consulta

392 - Valor da Consulta

393 - Valor da Consulta

394 - Valor da Consulta

395 - Valor da Consulta

396 - Valor da Consulta

397 - Valor da Consulta

398 - Valor da Consulta

399 - Valor da Consulta

400 - Valor da Consulta

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS		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		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 carteira	8	Número da carteira do beneficiário		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Plano	9	Nome do plano de saúde do beneficiário		Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.	Obrigatório.
Nome	13	Nome do beneficiário		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Atendimento a RN	16	Indicador de atendimento ao recém-nato		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	21	Código do contratado executante na operadora		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.



Nome do contratado executante	22	Nome do contratado executante		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		Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.	Obrigatório.
UF	24	UF do conselho do prestador contratado executante		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		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.
Código CBO	29	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.





Tabela	30	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado		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		Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	32	Descrição do procedimento solicitado		Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Qtde	35	Quantidade de procedimentos		Quantidade solicitada / executada do procedimento	Obrigatório.
Valor	37	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado		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.
Aut	39	Indicador de autorização		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.
Assinatura	42	Assinatura do beneficiário ou responsável		Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.



Tipo de Atendimento	44	Tipo de atendimento em odontologia		Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.
Valor Total	47	Valor total de procedimentos		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Obrigatório.
Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	50	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante	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	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	DDMMAAAA	Data da assinatura do beneficiário ou responsável	Obrigatório.
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55	Assinatura do beneficiário ou responsável		Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.



## GUIA DE RECURSO DE GLOSAS ODONTOLÓGICAS

Logotipo da Empresa

Nº Guia de Recurso: 12345678901234567890

1 - Registro ANS      2 - Nome da Operadora      3 - Código do Recurso      4 - Número do Guia de Recurso de Glosas emitido pela Operadora

5 - CNPJ da Operadora      6 - Nome do Contratado      7 - Nome do Contratado      8 - Nome do Contratado

9 - Número de Loja      10 - Número de Processo      11 - Código da Glosa de Referência      12 - Valor da Glosa

13 - Número da glosa no processo      14 - Número da glosa emitida pelo contratado      15 - Valor      16 - Anexo de Beneficiário

17 - Código da glosa de guia      18 - Justificativa por caso de recurso de glosa e guia      19 - Assinatura

20 - Data de emissão, procedimento administrativo de recurso      21 - Contratação      22 - Fone      23 - Endereço      24 - Cidade      25 - Estado      26 - Descrição do procedimento      27 - Código da Glosa

28 - Nome do Contratado      29 - Nome do Contratado      30 - Nome do Contratado      31 - Nome do Contratado      32 - Nome do Contratado      33 - Nome do Contratado      34 - Nome do Contratado      35 - Nome do Contratado      36 - Nome do Contratado      37 - Nome do Contratado      38 - Nome do Contratado      39 - Nome do Contratado      40 - Nome do Contratado      41 - Nome do Contratado      42 - Nome do Contratado      43 - Nome do Contratado      44 - Nome do Contratado      45 - Nome do Contratado      46 - Nome do Contratado      47 - Nome do Contratado      48 - Nome do Contratado      49 - Nome do Contratado      50 - Nome do Contratado

51 - Valor Total Procedimento      52 - Valor Total Procedimento      53 - Valor Total Procedimento      54 - Valor Total Procedimento      55 - Valor Total Procedimento      56 - Valor Total Procedimento      57 - Valor Total Procedimento      58 - Valor Total Procedimento      59 - Valor Total Procedimento      60 - Valor Total Procedimento

61 - Data de Emissão      62 - Assinatura do Contratado      63 - Data de Emissão da Operadora      64 - Assinatura da Operadora

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS		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		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		Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	Obrigatório.
Objeto do recurso	4	Objeto do recurso de glosa		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.
Código na operadora	6	Código do contratado executante na operadora		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado	7	Nome do contratado executante		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número do lote	8	Número do lote		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Número do protocolo	9	Número do protocolo		Número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	Obrigatório.





Nome do beneficiário	16	Nome do beneficiário		Nome do beneficiário.	Obrigatório.
Valor acatado	30	Valor acatado		Valor da guia ou do procedimento recusado acatado pela operadora.	Obrigatório. Caso a operadora não tenha acatado o recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero)
Valor total recusado	32	Valor total recusado		Valor total apresentado de recurso	Obrigatório.
Valor total acatado	33	Valor total acatado		Valor da guia ou do procedimento recusado 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	DDMMAAAA	Data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	Obrigatório.
Assinatura do contratado	35	Assinatura do contratado		Assinatura do prestador contratado.	Obrigatório.
Data da assinatura da Operadora	36	Data da assinatura da operadora	DDMMAAAA	Data da assinatura da operadora.	Obrigatório.
Assinatura da Operadora	37	Assinatura da operadora		Assinatura da operadora.	Obrigatório.



ANS - nº 419153

nksa/DCVV/COQUA/GEPAC/DISAR

