

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
------------------	------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	---

[illegible]

57 - Nome Social				
------------------	--	--	--	--

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 - Atendimento a RH
-----------	---------------	-------------------------------	-----------------------

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO

[illegible]

26 - Nome do Profissional Executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO

[illegible]

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia (R\$)
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista	53- Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	55-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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.	Condicional. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de <u>tratamento odontológico</u> .
Data da autorização	4	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi <u>concedida pela operadora</u> .	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	5	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com <u>emissão de senha</u> .
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.

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.
Nome social	57	Nome social	String	70		Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
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.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.

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 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.
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	Condicionado. 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.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.

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	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.	Condicionado. 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.
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.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.	Condicionado. 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	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
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.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
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.

Legenda da Guia de Tratamento Odontológico

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55	Assinatura do beneficiário ou responsável				Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.