



## 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.<br>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 social                     | 26                    | Nome social do beneficiário  | 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                            | 7                     | Nome do beneficiário   | String | 70      |         | Nome do beneficiário  | Obrigatório.  |
| 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 99999999.                           |
| Nome do profissional executante | 12                    | 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 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.   |
| Cobertura Especial    | 27                    | Cobertura Especial  | String | 2       |          | Código da Cobertura Especial conforme tabela de domínio nº 75.   | Opcional.<br>Deve ser preenchido nos casos de atendimento ambulatorial em planos de cobertura exclusivamente hospitalar, a gestantes ou no pré e pós operatório. |
| Regime de atendimento | 28                    | Regime de atendimento   | String | 2       |          | Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 76.   | Obrigatório.   |
| Saúde ocupacional     | 29                    | Saúde ocupacional   | String | 2       |          | Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 77.   | Opcional.<br>Deve ser preenchido nos casos de atendimentos referentes à saúde ocupacional do beneficiário.   |
| Data do Atendimento   | 18                    | Data de realização  | Date   | 8       | DDMMAAAA | Data em que o atendimento/procedimento foi realizado   | Obrigatório.   |

## Legenda da Guia de Consulta

| Termo                                     | Num. do Campo na guia | Nome do campo na guia   | Tipo     | Tamanho | Formato | Descrição  | Condição de Preenchimento   |
|---|-----------------------|---|----------|---------|---------|--|---|
| 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.  |
| Valor do procedimento                     | 22                    | Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado | Númérico | 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.  |