



2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 - Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela

21 - Código do Procedimento

22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 guia atribuído pela operadora	3	Número da guia atribuído pela operadora	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	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Validade da carteira	5	Data de validade da carteira	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	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.
Cartão Nacional de Saúde	8	Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.

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.
Nome do profissional executante	12	Nome do profissional executante	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	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	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	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.
Observação/ Justificativa	23	Observação / Justificativa	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.