

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. |
| Número da guia no prestador | 2 | Nº 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 do beneficiário | 4 | Número da carteira | String | 20 | | Número da carteira do beneficiário na operadora | Obrigatório. |
| Data de validade da carteira | 5 | 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. |
| Indicador de atendimento ao recém-nato | 6 | Atendimento a RN | 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 do beneficiário | 7 | Nome | 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 | Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde. |
| Código do contratado executante na operadora | 9 | Código na operadora | String | 14 | | Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. | Obrigatório. |
| Nome do contratado executante | 10 | Nome do contratado | String | 70 | | Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento. | Obrigatório. |
| Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante | 11 | Código CNES | 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 | Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica. |
| Conselho profissional do executante | 13 | Conselho Profissional | String | 2 | | Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26. | Obrigatório. |
| Número do executante no conselho profissional | 14 | Número no conselho | 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 do conselho do profissional executante | 15 | UF | String | 2 | | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59. | Obrigatório. |
| Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante | 16 | Código CBO | String | 6 | | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24. | Obrigatório. |
| Indicação de acidente ou doença relacionada | 17 | Indicação de Acidente | 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 de realização | 18 | Data do Atendimento | 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 de referência do procedimento ou item assistencial realizado | 20 | Tabela | 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 realizado | 21 | Código do procedimento | 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 unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado | 22 | Valor do procedimento | 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. |