

Legenda da guia odontológica - solicitação

| Núm. do Campo | Nome do campo | Descrição | Formato / Tamanho | Obrigatório |
|--|------------------------------------|--|-------------------|-------------|
| 1 | Registro ANS | Registro da operadora na ANS | String (6) | SIM |
| 2 | Número da guia | Número da guia de solicitação | String (20) | SIM |
| 3 | Data de emissão da guia | Data de emissão da guia | DD/MM/AA | SIM |
| 4 | Data da autorização | Data que a autorização foi concedida | DD/MM/AA | NÃO |
| 5 | Senha | Senha de autorização | String (20) | NÃO |
| 6 | Data Validade da Senha | Data de validade da senha | DD/MM/AA | NÃO |
| Dados do beneficiário | | | | |
| 7 | Número da carteira | Número do cartão do beneficiário | String (20) | SIM |
| 8 | Plano | Nome do plano do beneficiário | String (40) | SIM |
| 9 | Empresa | Nome da empresa a qual pertence o beneficiário | String (40) | NÃO |
| 10 | Data Validade da carteira | Data da Validade da carteira do beneficiário | DD/MM/AA | NÃO |
| 11 | Número do Cartão Nacional de Saúde | Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário | String (15) | NÃO |
| 12 | Nome | Nome do beneficiário | String (70) | SIM |
| 13 | Telefone | Número do telefone para contato do beneficiário | String (8) | NÃO |
| 14 | Nome titular do plano | Nome do titular do plano | String (40) | NÃO |
| Dados do contratado solicitante | | | | |
| 15 | Código na operadora / CNPJ / CPF | Código na operadora ou CNPJ ou CPF do solicitante | String (14) | SIM |
| 16 | Nome do contratado | Nome do profissional solicitante | String (70) | SIM |
| 17 | Número no CRO | Número no conselho profissional | String (15) | SIM |
| 18 | UF conselho | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional | String (2) | SIM |

| Núm. do Campo | Nome do campo | Descrição | Formato / Tamanho | Obrigatório |
|--|--|--|--------------------------|--------------------|
| 19 | Código CNES | Código CNES do contratado solicitante | String (7) | NÃO |
| 20 | Nome do profissional solicitante | Nome do profissional solicitante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 13 se referir a pessoa jurídica | String (70) | SIM |
| 21 | Número no CRO | Número no conselho profissional | String (15) | SIM |
| 22 | UF conselho | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional | String (2) | SIM |
| 23 | Código CBO-S | Código da especialidade conforme tabela de domínio | String (5) | NÃO |
| Situação inicial | | | | |
| | | Preencher de situação inicial com informações de preenchimento de acordo com a tabela de domínio constante na guia | | |
| 24 | Sinais clínicos de doença periodontal? | Indicador de sinais clínicos aparentes de doenças periodontais | String (1) | NÃO |
| 25 | Alteração dos tecidos moles? | Indicador de alteração dos tecidos moles aparente | String (1) | NÃO |
| 26 | Observações | Texto livre de observação sobre a situação inicial do paciente | String (240) | NÃO |
| Plano de tratamento / Procedimentos solicitados | | | | |
| 27 | Tabela | Código identificador da tabela de codificação dos procedimentos | String (2) | SIM |
| 28 | Código do Procedimento | Código identificador do procedimento realizado | String (10) | SIM |
| 29 | Descrição | Descrição do procedimento realizado | String (70) | NÃO |
| 30 | Dente / Região | Identificação da dentição permanente ou decídua ou região segundo tabela de domínio ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio | String (5) | NÃO |

| Núm. do Campo | Nome do campo | Descrição | Formato / Tamanho | Obrigatório |
|---------------|---|--|-------------------|-------------|
| 31 | Face | Identificação da face do dente segundo tabela de domínio constante na própria guia | String (5) | NÃO |
| 32 | Quantidade | Quantidade realizada do procedimento apresentado | Integer (2) | NÃO |
| 33 | Quantidade de US | Quantidade de US do procedimento realizado | Double (5,2) | NÃO |
| 34 | Valor R\$ | Valor em Reais do procedimento realizado | Double (5,2) | NÃO |
| 35 | Franquia / Co-participação R\$ | Valor em Reais da franquia / co-participação de acordo com o valor do procedimento | Double (5,2) | NÃO |
| 36 | Aut | Indicador de existência de autorização para o procedimento descrito | String (1) | NÃO |
| 37 | Total Quantidade US R\$ | Somatório da quantidade de US dos procedimentos descritos | Double (6,2) | NÃO |
| 38 | Valor Total R\$ | Somatório do valor total em Reais dos procedimentos descritos | Double (6,2) | NÃO |
| 39 | Total Franquia / Co-participação R\$ | Somatório do valor total em Reais de franquia/co-participação com base nos procedimentos descritos | Double (6,2) | NÃO |
| 40 | Observação | Texto livre para observações em geral | String (240) | NÃO |
| 41 | Data e assinatura do cirurgião-dentista | Data e assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento | | SIM |
| 42 | Data e assinatura do associado ou responsável | Data e assinatura do associado ou responsável | | SIM |
| 43 | Data e carimbo da empresa | Carimbo identificador da empresa | | NÃO |

Observação: Os campos hachurados na guia representam campos de preenchimento não obrigatórios. Mesmo não sendo preenchidos os campos devem estar contidos dentro das guias.