

LEGENDA DA GUIA DE CONSULTA

➤ **USOS DA GUIA DE CONSULTA:** para faturar isoladamente consultas, visitas hospitalares e plantões.

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório	Observações
1	Registro ANS	Registro da Operadora ANS	SIM	Preenchido automaticamente.
2	Número da guia	Número da guia	Não	
3	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	SIM	
Dados do Beneficiário				
4	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM	
5	Plano	Nome do Plano do Beneficiário	SIM	Preenchido automaticamente.
6	Validade da carteira	Validade da carteira do Beneficiário	Não	
7	Nome	Nome do beneficiário	SIM	
8	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do Beneficiário	Não	Não preencher.
Dados do contratado				
9	Código na Operadora / CNPJ / CPF	Código na Operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	SIM	Preencher com o CNPJ.
10	Nome do contratado	Nome do contratado	SIM	
11	Código CNES	Código CNES do prestador contratado	Não	Não preencher.
12	T.L	Tipo de Logradouro	Não	
13	Logradouro	Nome do logradouro do endereço do contratado	Não	
14	Número	Número do endereço do contratado	Não	
15	Complemento	Complemento do endereço do contratado	Não	
16	Município	Município do contratado	Não	
17	UF	Sigla da Unidade Federativa do Contratado	Não	
18	Código IBGE do município	Código IBGE do município do contratado	Não	
19	CEP	CEP do contratado	Não	
20	Nome do profissional executante	Nome do profissional que realizou o atendimento	SIM	
21	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante	SIM	Se os campos 21, 22 e 23 não forem preenchidos, fica obrigatório o carimbo do médico no campo 38.
22	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante	SIM	
23	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do Executante	SIM	
24	Código CBO-S	Código da especialidade do contratado	Não	Não preencher.

LEGENDA DA GUIA DE CONSULTA

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório	Observações
Hipótese Diagnóstica				
25	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: *Aguda = "A" *Crônica = "C"	Não	
26	Tempo de doença referida pelo paciente	Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo: "A" = anos; "M" = meses; "D" = dias	Não	
27	Indicação de Acidente	*acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho = 0; *acidente de trânsito = 1; *outros acidentes = 2	Não	
28	CID10 Principal	Código CID10 do diagnóstico principal	Não	
29	CID10 (2)	Código CID10 do segundo diagnóstico	Não	
30	CID10 (3)	Código CID10 do terceiro diagnóstico	Não	
31	CID10 (4)	Código CID10 do quarto diagnóstico	Não	
Dados do atendimento / Procedimento realizado				
32	Data do atendimento	Data de realização do atendimento	SIM	
33	Código da Tabela	*94 – Tabela STJ (procedimentos) *2 – AMB 92 *5 – Brasíndice *12 – SIMPRO *97 – Tabela STJ (taxas e diárias) *99 – Tabela STJ (gases medicinais)	Não	
34	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	SIM	
35	Tipo de consulta	*Primeira consulta = "1" *Seguimento = "2" *Pré-Natal = "3"	Não	
36	Tipo de saída	*Retorno = 1 *Retorno com SADT = 2 *Referência = 3 *Internação = 4 *Alta = 5	Não	
37	Observação	Observações	Não	
38	Data e assinatura do médico	Data e assinatura do médico	SIM	Colocar carimbo do médico se os campos 21, 22 e 23 não estiverem preenchidos.
39	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	SIM	