

USOS DA GUIA:	Esta guia será usada para faturamento de honorários de:	<ul style="list-style-type: none"> • Internações clínicas / cirúrgicas; • Internações domiciliares.
----------------------	---	---

Nº 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	Nº Guia Solicitação	Número da guia principal	Não	
Dados da Autorização				
4	Data da autorização	Data da autorização	Não	
5	Senha	Senha de autorização	Não	
6	Data Validade da Senha	Data de validade da senha	Não	
7	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	SIM	
Dados do Beneficiário				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM	
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	SIM	Preenchido automaticamente.
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	Não	
11	Nome	Nome do beneficiário	SIM	
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Não	
Dados do contratado executante				
13	Código na Operadora / CNPJ / CPF	Código na Operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	SIM	Preencher com o CNPJ.
14	Nome do contratado executante	Nome do contratado executante	SIM	
15	Código CNES	Código CNES do contratado executante	Não	
16	Tipo Logradouro	Tipo do logradouro	Não	
17	Logradouro	Nome completo do logradouro	Não	
18	Número	Número do endereço	Não	
19	Complemento	Complemento do endereço	Não	
20	Município	Nome do município / localidade	Não	
21	UF	Sigla da unidade federativa	Não	
22	Código IBGE	Código do município da Tabela do IBGE	Não	
23	CEP	CEP do endereço do contratado executante	Não	
Dados da internação				
24	Caráter da Internação	*Eletivo = "E" *Urgência / Emergência = "U"	Não	
25	Tipo de Acomodação Autorizada	Tipo da acomodação autorizada para internação	Não	
26	Data e hora da internação	Data e hora do início da internação	SIM	
27	Data e hora da saída da internação	Data e hora da alta da internação	SIM	Obrigatório quando se tratar de faturamento final.
28	Tipo da Internação	*1 – Clínica *3 – Obstétrica *5 - Psiquiátrica *2 – Cirúrgica *4 – Pediátrica	Não	
29	Regime da Internação	*1 – Hospitalar/ *2 – Hospital-dia/ *3 - Domiciliar	Não	
30	Internação Obstétrica	Campos (30 a 36) a serem preenchidos no caso de internação obstétrica	Não	
31	Se óbito em mulher	Condição da mulher em caso de óbito: *1 – grávida / *2 – até 42 dias após término gestação/ *3 – de 43 dias a 12 meses após término da gestação.	Não	

Nº do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório	Observações
32	Se óbito neonatal - Qtde óbito neonatal precoce - Qtde óbito neonatal tardio	Em caso de óbito neonatal, informar as quantidades referentes - Número de óbitos neonatais precoces - Número de óbitos neonatais tardios	Não	
33	Nº da declaração dos nascidos vivos	Número da declaração de nascimento	Não	
34	Quantidade de nascidos vivos a termo	Quantidade de nascidos vivos	Não	
35	Quantidade Nascidos mortos	Quantidade de nascidos mortos	Não	
36	Quantidade Nascidos vivos prematuros	Quantidade de nascidos prematuros	Não	
Dados da Saída da Internação				
37	CID-10 Principal	Código Internacional de doença principal responsável pela internação	Não	
38	CID-10 (2)	Código Internacional de doença responsável pela internação	Não	
39	CID-10 (3)	Código Internacional de doença responsável pela internação	Não	
40	CID-10 (4)	Código Internacional de doença responsável pela internação	Não	
41	Indicador de Acidente	*0 - acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho *1 - acidente de trânsito *2 - outros acidentes	Não	
42	Motivo Saída	Código do motivo da saída da internação	Não	
43	CID-10 Óbito	Código Internacional de Doença responsável pelo óbito do paciente	Não	
44	Nº Declaração de Óbito	Número da declaração de óbito do paciente	Não	
Procedimentos e exames realizados				
45	Data	Data de realização do procedimento	Não	Essas informações poderão constar da fatura individual do paciente (campos 45 a 56).
46	Hora Inicial	Horário inicial da realização do procedimento	Não	
47	Hora Final	Horário final da realização do procedimento	Não	
48	Tabela	Código da tabela de codificação dos procedimentos	Não	
49	Código do Procedimento	Código do procedimento realizado	Não	
50	Descrição	Descrição do procedimento realizado	Não	
51	Quantidade	Quantidade realizada do procedimento apresentado	Não	
52	Via de acesso	Via de acesso	Não	
53	Técnica utilizada	Técnica utilizada	Não	
54	% Redução / Acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado	Não	
55	Valor unitário	Valor monetário de cada procedimento	Não	
56	Valor total	Valor em R\$ do proc. considerando-se a quant. executada	Não	
Identificação da equipe				
57	Sequencial Referência	Número sequencial do procedimento que relaciona à equipe executante	Não	Estas informações poderão constar da fatura individual do paciente (campos 57 a 64).
58	Grau de Participação	*00 – Cirurgião *01 - Primeiro Auxiliar *02 - Segundo Auxiliar *03 - Terceiro Auxiliar *04 - Quarto Auxiliar *05 - Instrumentador *06 - Anestesista *07 - Auxiliar de Anestesista * 08 - Consultor *09 - Perfusionista *10 - Pediatra na sala de parto *11 - Auxiliar SADT *12 - Clínico *13 - Intensivista	Não	

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório	Observações
59	Código na Operadora / CPF	Código do profissional na Operadora ou CPF do profissional	Não	
60	Nome do Profissional	Nome do profissional participante da equipe médica	Não	
61	Conselho Profissional	Código do conselho profissional	Não	
62	Número no Conselho	Número da identificação do profissional no conselho profissional	Não	
63	UF	Sigla identificadora da unidade federativa	Não	
64	CPF	Número do CPF do profissional participante da equipe médica	Não	
OPM utilizada				
65	Tabela	Código da Tabela de OPMs	Não	Estas informações poderão constar da fatura individual do paciente (campos 65 a 72).
66	Código OPM	Código da OPM utilizada	Não	
67	Descrição OPM	Descrição das OPMs	Não	
68	Quantidade	Quantidade de OPMs utilizadas	Não	
69	Código de Barras	Código de barra identificador da OPM utilizada	Não	
70	Valor Unitário	Valor monetário de cada OPM	Não	
71	Valor Total OPM	Valor monetário da OPM considerando-se a quantidade executada	Não	
72	Total Geral	Valor total da guia incluindo todos os procedimentos executados	Não	
Dados Faturamento				
73	Tipo Faturamento	Indica se o faturamento é do tipo PARCIAL ou TOTAL	SIM	
74	Total Procedimento	Valor total dos procedimentos. Somatório de todos os itens de procedimentos levando em consideração a quantidade	Não	
75	Total Diárias	Valor total das diárias. Somatório de todos os itens de diária levando em consideração a quantidade	Não	
76	Total Taxas / Aluguéis	Valor total das taxas/aluguéis. Somatório de todos os itens das taxas/aluguéis levando em consideração a quantidade	Não	
77	Total Materiais	Valor total dos materiais. Somatório de todos os itens de materiais levando em consideração a quantidade	Não	
78	Total Medicamentos	Valor total dos medicamentos. Somatório de todos os itens de medicamentos levando em consideração a quantidade	Não	
79	Total Gases Medicinais	Valor total dos Gases Medicinais. Somatório de todos os itens de Gases Medicinais levando em consideração a quantidade	Não	
80	Total Geral	Somatório de todos os valores totais. Procedimento + Diárias + Taxas / Aluguéis + Materiais + Medicamentos + Gases Medicinais	SIM	
81	Observação	Observações	Não	
82	Data e Assinatura do contratado	Data e Assinatura do contratado	Não	
83	Data e Assinatura do auditor da operadora	Data e Assinatura do auditor da operadora	Não	
84	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	SIM	