



**TISS** Troca de Informação em Saúde Suplementar

Ministério da Saúde  
Agência Nacional de Saúde Suplementar

# **Padrão TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar**

**Manual de utilização para preenchimento das Guias  
Odontológicas**

## Índice

O que é TISS	3
Como utilizar esse manual	4
Instruções Gerais	5
Guias – Visão Geral	6
Guia Tratamento Odontológico	8
Guia Tratamento Odontológico - Demonstrativo de Pagamento	17
Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SP/SADT	23
Anexo Guia Tratamento Odontológico – Situação Inicial	26
Ligação entre as guias	31
Fluxo entre as guias	32
Guias odontológicas	33
Legendas	35
- Legenda da Guia Tratamento Odontológico	
- Legenda do Demonstrativo de Pagamento	
- Legenda da guia SP/SADT	
- Legenda do Anexo Guia Tratamento Odontológico – Situação Inicial	
Tabelas de Domínio	51
Referências Bibliográficas	70

## O QUE É TISS?

O padrão TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) é uma norma instituída pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, que estabelece um padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos realizados em beneficiários de planos privados de saúde.

O padrão TISS é dividido em quatro partes:

1. Representação de conceitos: Constitui um conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados pela TISS.
2. Conteúdo e estrutura: Estabelece as guias e demonstrativos utilizados pelo setor de saúde suplementar, padronizando campos, formatos e regras de preenchimento.
3. Comunicação: Define as transações eletrônicas, incluindo as regras de comunicação e segurança, entre os sistemas de informação das operadoras de plano de saúde e os sistemas de informações dos prestadores de serviços.
4. Segurança: Estabelece os requisitos mínimos das proteções administrativas, técnicas e físicas necessárias à garantia da confidencialidade das informações em saúde.

A implantação do padrão TISS será feita gradualmente. Os prazos para implantação do padrão de comunicação poderão ser consultados no endereço eletrônico [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

## COMO UTILIZAR ESTE MANUAL

Esse manual é disponibilizado no seguinte formato de arquivo:

**Arquivo PDF:** Esse formato de arquivo requer o software *Adobe Acrobat Reader*<sup>®</sup>. É indicado para quem deseja imprimir o manual, ou para aqueles que preferirem uma visualização do tipo “editor de texto”, com direito a avançar ou retroceder páginas e localizar palavras.

A resolução de vídeo indicada para visualização desse manual é de 1024 x 768 pixels.

É recomendada a leitura integral deste Manual para compreensão das regras a serem observadas no preenchimento dos formulários.

O manual está disponível para consulta e impressão no site da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

Toda a regulamentação da ANS citada no Manual, como Resoluções Normativas – RN e Instruções Normativas – IN, pode ser encontrada no site da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

## INSTRUÇÕES GERAIS

Versão da TISS abordada nesse manual: TISS 3.01.01

Versão desse manual: 1.0 (última atualização: 24/03/2008)

Esse texto é resultado de um trabalho coordenado pela ANS, envolvendo as entidades de classe que atuaram na Subcomissão de Conteúdo e Estrutura do COPISS (Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar).

Os arquivos que contêm esse manual podem ser livremente reproduzidos ou distribuídos. O conteúdo desse manual não pode ser alterado.

## GUIAS – VISÃO GERAL

Este manual tem como finalidade instruir os prestadores de serviço e as operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam planos de saúde no preenchimento uniforme das guias do padrão TISS referentes à odontologia.

São duas as guias referentes à odontologia: Guia Tratamento Odontológico e Guia Tratamento Odontológico - Demonstrativo de Pagamento. Durante a elaboração, houve a preocupação de explicar o preenchimento adequado de todos os campos das guias. O Manual contém ainda as legendas e as Tabelas de Domínio necessárias para o preenchimento da Guia e do Demonstrativo.

A Guia Tratamento Odontológico apresenta um anexo – Anexo Guia Tratamento Odontológico – Situação Inicial, que tem como finalidade ser utilizada para descrever a situação inicial do paciente por cirurgiões-dentistas, tanto em consultórios quanto em clínicas odontológicas. Sua utilização é opcional.

Além das guias exclusivas da odontologia, será utilizada para solicitação de exame histopatológico a Guia de Serviços Profissionais / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT).

As guias possuem campos de preenchimento obrigatório (branco), opcional (cinza) e condicional (cinza). A exigência do preenchimento dos campos opcionais deve ser definida entre a operadora e o prestador.

O campo condicional será preenchido em situações específicas, como nos exemplos a seguir:

### **Exemplo 1**

O campo 32 (Dente/Região) da Guia Tratamento Odontológico só deve ser preenchido quando a descrição do procedimento (campo 31) se referir a um dente ou a uma região, ou seja, apesar de o campo ser cinza seu preenchimento pode ser obrigatório, condicionado ao tipo de procedimento descrito.



## GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

A Guia Tratamento Odontológico tem como finalidade ser utilizada para elaborar o plano de tratamento, autorizar procedimentos (conforme definido entre a operadora e o prestador de serviço) e faturar os procedimentos odontológicos realizados por cirurgiões-dentistas, tanto em consultórios quanto em clínicas odontológicas. Pode ser utilizada para transações de solicitação e/ou cobrança de procedimentos.

Uma mesma Guia Tratamento Odontológico pode ser referente a faturamento parcial ou total.

A Guia Tratamento Odontológico, no tocante ao plano de tratamento constante na guia, não poderá sofrer alterações ou inclusão de novos procedimentos.

As alterações no plano de tratamento para procedimentos já solicitados serão definidas entre operadora e prestador.

No caso de inclusão de novos procedimentos, isto deverá ser feito em uma nova Guia.

### Dados Gerais

- Campo 1 - REGISTRO ANS

Refere-se ao número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora de plano de saúde junto à ANS (RN 96).

- Campo 2 – NÚMERO DA GUIA

Em guias eletrônicas ou em papel, o NÚMERO DA GUIA será determinado pela operadora.

- Campo 3 – DATA DE EMISSÃO DA GUIA

Refere-se à data de preenchimento da guia.

- Campo 4 – DATA DA AUTORIZAÇÃO

Refere-se à data em que a senha de autorização foi concedida.

- Campo 5 – SENHA

Refere-se à senha de autorização.

- Campo 6 –DATA VALIDADE DA SENHA

Refere-se à data de validade da senha de autorização.

- Campo 7 –NÚMERO GUIA PRINCIPAL

Refere-se ao número da guia principal, caso exista. Em situações de complementação ou correção do plano de tratamento, a guia principal refere-se à primeira guia preenchida.

## Dados do Beneficiário

**Beneficiário** é a pessoa física que, de acordo com os termos do contrato, tem o direito de usufruir de qualquer parte dos serviços de assistência à saúde contratados junto à operadora (RDC 29/2000).

- Campo 8 - NÚMERO DA CARTEIRA

Corresponde ao número do cadastro do beneficiário na operadora.

- Campo 9 – PLANO

Refere-se ao nome do plano do beneficiário.

- Campo 10 – EMPRESA

Refere-se ao nome da empresa a qual pertence o beneficiário.

- Campo 11 - DATA VALIDADE DA CARTEIRA

Refere-se à data de validade constante na carteira do beneficiário.

- Campo 12 – NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

Corresponde ao número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.

- Campo 13 – NOME

Refere-se ao nome do beneficiário do plano odontológico.

- Campo 14 – TELEFONE

Refere-se ao número do telefone para contato do beneficiário.

- Campo 15 – NOME TITULAR DO PLANO

Refere-se ao nome do titular do plano.

### **Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

- Quanto ao preenchimento das informações relativas ao CONTRATADO, se for pessoa jurídica, os campos referentes ao Contratado Executante (Código na Operadora, Nome do Contratado Executante, Número no CRO e UF – campos 20 a 23) devem ser preenchidos obrigatoriamente, assim como os dados do Profissional Executante (Nome do Profissional Executante, Número no CRO e UF – campos 25 a 27). Em caso de pessoa física, é obrigatório o preenchimento dos dados do Contratado Executante (Código na Operadora, Nome do Contratado, CRO e UF – campos 20 a 23).

- Campo 16 – NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Refere-se ao nome do profissional solicitante (pessoa física). Preenchimento obrigatório quando o nome do contratado no campo 21 se referir à pessoa jurídica ou quando o profissional executante (campo 25) não for o mesmo do solicitante.

- Campo 17 – NÚMERO NO CRO

Refere-se ao número de registro do profissional solicitante (pessoa física) no Conselho Profissional. Preenchimento condicionado ao preenchimento do campo 16.

- Campo 18 – UF

Refere-se à sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do profissional solicitante. Preenchimento condicionado ao preenchimento do campo 16.

- Campo 19 – CÓDIGO CBO-S

Refere-se ao código da especialidade do profissional solicitante, de acordo com descrição da Classificação Brasileira de Ocupação em Saúde, conforme a Tabela de Domínio. Caso a especialidade não esteja relacionada, o campo deve ser preenchido com o código de cirurgião-dentista geral (06310).

- Campo 20 – CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF

Refere-se ao código do contratado na operadora ou CNPJ ou CPF. Cabe à operadora estabelecer a prioridade do preenchimento entre as possíveis alternativas.

- Campo 21 – NOME DO CONTRATADO EXECUTANTE

Refere-se ao nome do profissional, quando pessoa física ou do contratado, quando pessoa jurídica.

- Campo 22 – NÚMERO NO CRO

Refere-se ao número de registro do profissional, quando pessoa física ou do responsável técnico, quando pessoa jurídica, no Conselho Profissional.

- Campo 23 – UF

Refere-se à sigla da Unidade Federativa do registro do profissional executante, quando pessoa física ou do responsável técnico, quando pessoa jurídica, no Conselho Profissional.

- Campo 24 – CÓDIGO CNES

Refere-se ao código CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do contratado, quando pessoa jurídica ou do profissional executante, quando pessoa física.

- Campo 25 – NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

Refere-se ao nome do profissional executante. Preenchimento obrigatório quando o nome do contratado no campo 21 se referir à pessoa jurídica ou quando o profissional executante não for o mesmo profissional que solicitou os procedimentos (campo 16).

- Campo 26 – NÚMERO NO CRO

Refere-se ao número de registro do profissional executante no Conselho Profissional. Preenchimento condicionado ao preenchimento do campo 25.

- Campo 27 – UF

Refere-se à sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do profissional executante. Preenchimento condicionado ao preenchimento do campo 25.

- Campo 28 – CÓDIGO CBO-S

Refere-se ao código da especialidade do profissional executante, de acordo com descrição da Classificação Brasileira de Ocupação em Saúde, conforme a Tabela de Domínio. Caso a especialidade não esteja relacionada, o campo deve ser preenchido com o código de cirurgião-dentista geral (06310).

## **Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados**

- Campo 29 – TABELA

Refere-se ao código identificador da tabela de codificação dos procedimentos. Para o preenchimento desse campo, o profissional solicitante/executante deve utilizar os códigos constantes na Tabela de Domínio. Quando a Operadora tiver tabela própria não especificada na Tabela de Domínio, deve ser utilizado o código 94. Quando for utilizado outro tipo de Tabela de Procedimentos que não esteja na Tabela de Domínio e que não seja própria de determinada Operadora, o código 00 deve ser utilizado.

- **Campo 30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**  
Deve ser preenchido o código identificador do procedimento solicitado/executado, de acordo com a Tabela discriminada no campo anterior. Dessa forma, este campo é condicionado ao preenchimento do campo anterior (TABELA – campo 29).
- **Campo 31 - DESCRIÇÃO**  
Deve ser especificado o procedimento solicitado/executado, e esse deve ser referente ao campo CÓDIGO DO PROCEDIMENTO.
- **Campo 32 - DENTE/REGIÃO**  
Deve ser preenchida a identificação do dente, permanente ou decíduo, ou região a que se refere o plano de tratamento e o procedimento solicitado/executado, de acordo com a Tabela de Domínio. Para preenchimento tanto da REGIÃO quanto do DENTE, o profissional solicitante/executante deve utilizar os códigos constantes na Tabela de Domínio, respeitando as orientações de cada operadora.
- **Campo 33 – FACE**  
É um campo condicionado ao preenchimento do Campo DENTE/REGIÃO, quando este for referente a um DENTE. Deve ser preenchido para indicar a FACE do dente (permanente ou decíduo) a que se refere o plano de tratamento e o procedimento solicitado/executado. Os tipos de faces constam na Tabela de Domínio desta Guia, e o profissional solicitante/executante pode preencher de uma até cinco faces.
- **Campo 34 – QTD**  
Refere-se à quantidade do procedimento solicitado/executado. É um campo condicionado ao preenchimento do campo CÓDIGO DO PROCEDIMENTO.
- **Campo 35 – QUANTIDADE US**  
Refere-se à quantidade de Unidade de Serviço (US) do procedimento solicitado/executado.
- **Campo 36 – VALOR R\$**  
Refere-se ao valor em reais do procedimento solicitado/executado.

- **Campo 37 - FRANQUIA/CO-PARTICIPAÇÃO R\$**  
Refere-se ao valor, em reais, de franquia/co-participação por procedimento solicitado/executado. Para o preenchimento desse campo, entende-se como FRANQUIA o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. A CO-PARTICIPAÇÃO é a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente à realização do procedimento (CONSU 8/ANS).
- **Campo 38 – AUT**  
Refere-se ao indicador de existência de autorização da operadora para o procedimento solicitado/executado. O preenchimento do campo será feito através das letras S (sim) e N (não).
- **Campo 39 – DATA DE REALIZAÇÃO**  
Refere-se à data em que o procedimento foi realizado. Este campo é condicionado à execução do procedimento.
- **Campo 40 – ASSINATURA**  
Deve constar, neste campo, a assinatura do beneficiário dando ciência da realização do procedimento descrito. Esse campo deverá ser assinado pelo beneficiário na data da realização do procedimento. Este campo é condicionado à execução do procedimento.
- **Campo 41 – DATA TÉRMINO DO TRATAMENTO**  
Refere-se à data do término do tratamento.
- **Campo 42 – TIPO DE ATENDIMENTO**  
Refere-se ao tipo de atendimento realizado, deve ser especificado a partir da legenda presente neste campo da Guia:  
Tipo 1 – Tratamento odontológico  
Tipo 2 – Exame radiológico  
Tipo 3 – Ortodontia  
Tipo 4 – Urgência/Emergência

Os critérios utilizados para a definição dos atendimentos de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA são acordados em cláusulas contratuais entre a operadora e o profissional solicitante/executante.

Tipo 5 - Auditoria

- Campo 43 - TIPO DE FATURAMENTO

Este campo deve ser preenchido de acordo com os seguintes critérios:

Tipo T – Total

Deve ser preenchido FATURAMENTO TOTAL quando o tipo de faturamento for realizado em uma única parcela.

Tipo P – Parcial

Deve ser preenchido FATURAMENTO PARCIAL quando o tipo de faturamento for realizado apenas em parte da conta do serviço prestado ao beneficiário. Este faturamento pode ocorrer com o paciente ainda em tratamento.

- Campo 44 – TOTAL QUANTIDADE US

Está relacionado com o total de US de todos os procedimentos solicitados/executados.

- Campo 45 – VALOR TOTAL R\$

Corresponde ao valor total em reais de todos os procedimentos solicitados/executados.

- Campo 46 – TOTAL FRANQUIA/CO-PARTICIPAÇÃO R\$

Está relacionado com o valor total em reais de franquia/co-participação de todos os procedimentos solicitados/executados.

- TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO: tem por objetivo atender o direito do beneficiário. O prestador contratado é responsável na apresentação do plano de tratamento, alternativas, riscos e custos etc, disponibilizando-se em esclarecer, ao paciente, todas as dúvidas sobre o tratamento.

- Campo 47 – OBSERVAÇÃO

Este campo é destinado ao preenchimento de informações adicionais sobre o beneficiário que não estejam contempladas em outros campos da Guia.

- Campo 48 – DATA, LOCAL E ASSINATURA DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOLICITANTE

Data, local e assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento. Este campo está condicionado ao preenchimento do campo 16.

- Campo 49 – DATA, LOCAL E ASSINATURA DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Data, local e assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.

- Campo 50 – DATA, LOCAL E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/ RESPONSÁVEL

Data, local e assinatura do beneficiário ou responsável.

- Campo 51 – DATA, LOCAL E CARIMBO DA EMPRESA

Data, local e carimbo identificador da empresa a qual pertence o beneficiário.

## Guia Tratamento Odontológico - Demonstrativo de Pagamento – Visão Geral

O Demonstrativo de Pagamento é um documento obrigatório enviado pela operadora para o prestador com a finalidade de fornecer extrato das contas da produção apresentadas nas guias em questão e seu pagamento ou não, no período considerado.

Cada Demonstrativo deve ser referente a um mesmo contratado.

Em um mesmo Demonstrativo podem ser descritos procedimentos referentes a mais de um beneficiário, desde que do mesmo contratado.

Os campos da Guia Tratamento Odontológico – Demonstrativo de Pagamento não descritos nesta seção possuem a mesma descrição dos campos de nomes idênticos da Guia Tratamento Odontológico, podendo ser consultados na seção anterior.

### Dados Gerais

- Campo 1 – REGISTRO ANS

Refere-se ao número de seis dígitos que identifica o registro da operadora de plano de saúde junto à ANS (RN 96).

- Campo 2 – NÚMERO DO DEMONSTRATIVO

Refere-se ao número identificador do demonstrativo de pagamento.

- Campo 3 – NOME DA OPERADORA

Refere-se à razão social da operadora que está emitindo o demonstrativo de pagamento.

- Campo 4 – CNPJ OPERADORA

Refere-se ao Código Nacional de Pessoa Jurídica da operadora que está emitindo o demonstrativo de pagamento.

- Campo 5 – PERÍODO DE PROCESSAMENTO

Corresponde às datas inicial e final do período descrito pelo demonstrativo de pagamento.

### Dados do Prestador

- Campo 6 – CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF

Refere-se ao código do prestador na operadora ou CNPJ ou CPF.

- Campo 7 – NOME DO CONTRATADO

Refere-se à razão social ou nome do prestador.

- Campo 8 – CPF / CNPJ CONTRATADO

Refere-se ao Código de Pessoa Física ou Código Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade.

### Dados do Pagamento

- Um demonstrativo pode conter um ou mais lotes. Da mesma forma, um mesmo lote pode ser referente a uma ou mais Guias Tratamento Odontológico.

- Os campos 9 e 27 a 29, referentes ao lote, podem ser repetidos, conforme quantidade de lotes existentes em um mesmo demonstrativo.

- Os campos 10 a 26, referentes aos detalhes da Guia Tratamento Odontológico, podem ser repetidos, conforme quantidade de guias existentes em um mesmo lote.

- Cada linha do Demonstrativo (campos 13 a 23), dentro de DADOS DO PAGAMENTO, deve ser referente a um código de procedimento executado.

- Campo 9 – NÚMERO DO LOTE

Corresponde ao número identificador do lote da guia. O campo LOTE corresponde à identificação do conjunto de registros e/ou documentos considerado como um único bloco para efeito de processamento.

- Campo 10 – CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO

Refere-se ao código identificador do beneficiário do plano privado odontológico.

- Campo 11 – NOME DO BENEFICIÁRIO

Refere-se ao nome do beneficiário.

- Campo 12 – NÚMERO DA GUIA

Corresponde ao número da Guia Tratamento Odontológico a que se referem os procedimentos executados no beneficiário discriminado nos campos 10 e 11.

- Os campos 13 a 19 do Demonstrativo de Pagamento não especificados nesta seção possuem a mesma descrição dos campos de nomes idênticos ao da Guia Tratamento Odontológico, podendo ser consultados na seção anterior.

- Campo 20 - VALOR PROCESSADO (R\$)

Refere-se ao valor total em reais do valor processado por procedimento executado.

- Campo 21 - VALOR GLOSA/ESTORNO (R\$)

Refere-se ao valor total em reais por procedimento executado e glosado.

- Campo 22 - VALOR LIBERADO R\$

Refere-se ao valor total, em reais, liberado por procedimento executado. É calculado pela diferença entre o valor total processado e o valor total glosado.

- Campo 23 – MOTIVO GLOSA

Refere-se a um código correspondente ao motivo da glosa. Deve ser preenchido obrigatoriamente quando há glosa do procedimento em questão. Cada motivo deve obedecer a um código estabelecido na Tabela de Domínio.

Pode haver mais de um código de motivo de glosa para cada procedimento executado.

- Os códigos de motivos de glosa 9901 a 9999 poderão ser utilizados por cada operadora para definição de motivos de glosa não presentes na Tabela de Domínio.
- Campo 24 - VALOR TOTAL PROCESSADO GUIA (R\$)  
Refere-se ao valor total processado em reais de todos os procedimentos executado por guia.
- Campo 25 – VALOR TOTAL GLOSA GUIA (R\$)  
Corresponde ao valor total em reais de todos os procedimentos executados e glosados por guia.
- Campo 26 – VALOR TOTAL LIBERADO GUIA (R\$)  
Refere-se ao valor total em reais dos itens da Guia a que se refere o campo 12, levando-se em conta os descontos de glosa/estorno por guia.

### **Total Lote**

- Campo 27 - VALOR TOTAL PROCESSADO LOTE (R\$)  
Refere-se ao valor final em reais processado por lote.
- Campo 28 – VALOR TOTAL GLOSA LOTE (R\$)  
Corresponde ao somatório do valor em reais de todos os procedimentos executados e glosados do lote.
- Campo 29 – VALOR TOTAL LIBERADO LOTE (R\$)  
Refere-se ao somatório do valor total em reais dos valores processados de todos os procedimentos executados do lote, levando-se em conta os descontos de glosa/estorno.

## Total Geral

- Campo 30 – VALOR GERAL PROCESSADO (R\$)  
Corresponde ao valor geral processado em reais incluindo todos os lotes que fazem parte do demonstrativo de pagamento.
- Campo 31 – VALOR GERAL GLOSA (R\$)  
Corresponde ao valor geral em reais de glosa/estorno, incluindo todos os lotes que fazem parte do demonstrativo de pagamento.
- Campo 32 – VALOR GERAL LIBERADO (R\$)  
Corresponde ao valor geral em reais liberado, incluindo todos os lotes que fazem parte do demonstrativo de pagamento.

## DEMAIS DÉBITOS/CRÉDITOS

- Campo 33 – Descrição  
Refere-se à descrição de valores debitados ou creditados. Seu preenchimento é obrigatório, caso haja débito ou valor a ser creditado.
- Campo 34 – VALOR (R\$)  
Corresponde ao somatório do valor, em reais, do desconto ou valor creditado. Preenchimento obrigatório, caso haja desconto ou valor a ser creditado.

## DEMAIS DÉBITOS/CRÉDITOS NÃO TRIBUTÁVEIS

- Campo 35 – Descrição  
Refere-se à descrição de valores não tributáveis debitados ou creditados. Seu preenchimento é obrigatório, caso haja débito ou valor a ser creditado.
- Campo 36 – VALOR (R\$)  
Corresponde ao somatório do valor, em reais, do desconto ou valor creditado não tributável. Preenchimento obrigatório, caso o campo 35 seja preenchido.

## IMPOSTOS

- Campo 37 – Descrição  
Refere-se à descrição de demais impostos. Seu preenchimento é obrigatório, caso haja outros impostos.
- Campo 38 – VALOR (R\$)  
Corresponde ao somatório do valor, em reais, dos impostos descritos no campo anterior. Preenchimento obrigatório, caso haja o campo 37 tenha sido preenchido.
- Campo 39 – DATA DO PAGAMENTO  
Corresponde à data ou previsão para pagamento.
- Campo 40: VALOR TOTAL TRIBUTÁVEL (R\$)  
Refere-se ao valor total liberado do demonstrativo em reais, considerando-se demais débitos e créditos.
- Campo 41: VALOR TOTAL IMPOSTOS RETIDOS (R\$)  
Refere-se ao valor em reais dos impostos tributados sobre o valor do campo 40.
- Campo 42: VALOR TOTAL NÃO TRIBUTÁVEL (R\$)  
Refere-se aos valores em reais dos itens não tributáveis descritos nos campos 35 e 36.
- Campo 43: VALOR FINAL A RECEBER (R\$)  
Refere-se ao valor líquido em reais a receber.
- Campo 44: OBSERVAÇÃO  
Esse campo é destinado ao preenchimento de informações adicionais que não estejam contempladas em outros campos do Demonstrativo.

## Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SP/SADT

### Dados Gerais

- Campo 1 - REGISTRO ANS

Refere-se ao número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora de plano de saúde junto à ANS (RN 96).

- Campo 2 – NÚMERO DA GUIA

Em guias eletrônicas ou em papel, o NÚMERO DA GUIA SP/SADT será determinado pela operadora.

- Campo 3 – NÚMERO DA GUIA PRINCIPAL

Corresponde ao número do campo 2 da Guia Tratamento Odontológico. É um campo de ligação entre estas duas guias.

- Campo 4 – DATA DA AUTORIZAÇÃO

Refere-se à data em que a autorização foi concedida.

- Campo 5 – SENHA

Refere-se à senha de autorização.

- Campo 6 – DATA VALIDADE DA SENHA

Refere-se à data de validade da senha de autorização.

- Campo 7 – DATA DE EMISSÃO DA GUIA

Refere-se à data de emissão da guia SP/SADT.

## Dados do Beneficiário

Os campos 8 a 12, referentes aos dados do beneficiário, possuem a mesma descrição dos campos de nomes idênticos da Guia Tratamento Odontológico, podendo ser consultados na seção anterior.

## Dados do Contratado Solicitante

- Quanto ao preenchimento das informações relativas ao CONTRATADO SOLICITANTE, se for pessoa jurídica, os campos referentes ao contratado (Código na Operadora, Nome do Contratado – campos 13 e 14) devem ser preenchidos obrigatoriamente, assim como os dados do Profissional Solicitante (Nome, Conselho Profissional, Número no conselho e UF – campos 16 a 19). Em caso de pessoa física, fica obrigatório somente o preenchimento dos dados do Contratado (Código na Operadora, Nome do Contratado, Conselho Profissional, Número no conselho e UF – campos 13, 14, 17, 18 e 19).

- Campo 15 – CÓDIGO CNES

Refere-se ao código CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do contratado, quando pessoa jurídica ou do profissional solicitante, quando pessoa física.

- Campo 20 – CÓDIGO CBO-S

Refere-se ao código da especialidade do profissional, de acordo com descrição da Classificação Brasileira de Ocupação em Saúde, conforme a Tabela de Domínio. Caso a especialidade não esteja relacionada, o campo deve ser preenchido com o código de cirurgião-dentista geral (06310).

## Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

- Campo 21 – DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO

Refere-se à data e hora da solicitação.

- Campo 22 – CARÁTER DA SOLICITAÇÃO

Refere-se ao código do caráter da solicitação. Eletivo = "E" ou Urgência / Emergência = "U".

- Campo 23 – CID-10

Refere-se ao código CID-10 do diagnóstico principal.

- Campo 24 – INDICAÇÃO CLÍNICA

Deve ser preenchido pelo profissional solicitante.

- Campo 25 – TABELA

Refere-se ao código identificador da tabela de codificação dos procedimentos. Para o preenchimento desse campo, o profissional solicitante deve utilizar os códigos constantes na Tabela de Domínio.

- Campo 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Deve ser preenchido o código identificador do procedimento solicitado, de acordo com a Tabela discriminada no campo anterior.

- Campo 27 - DESCRIÇÃO

Deve ser descrito o procedimento solicitado.

- Campo 28 – QT. SOLIC.

Refere-se à quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento.

Os campos 29 a 71 e os campos 87 a 89 não são de preenchimento do cirurgião-dentista.

- Campo 86 – DATA E ASSINATURA DO SOLICITANTE

Data e assinatura do cirurgião-dentista solicitante.

## Anexo Guia Tratamento Odontológico – Situação Inicial

### Dados Gerais

- Campo 1 - REGISTRO ANS

Refere-se ao número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora de plano de saúde junto à ANS (RN 96).

- Campo 2 – NÚMERO DA GUIA

Em guias eletrônicas ou em papel, o NÚMERO DO ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO – SITUAÇÃO INICIAL será determinado pela operadora.

- Campo 3 - NÚMERO DA GUIA PRINCIPAL

Corresponde ao número do campo 2 da Guia Tratamento Odontológico, a qual se refere o Anexo Guia Tratamento Odontológico – Situação Inicial. É um campo de ligação entre estas duas guias.

### Dados do Beneficiário

**Beneficiário** é a pessoa física que, de acordo com os termos do contrato, tem o direito de usufruir de qualquer parte dos serviços de assistência à saúde contratados junto à operadora (RDC 29/2000).

- Campo 4 - NÚMERO DA CARTEIRA

Corresponde ao número do cadastro do beneficiário na operadora.

- Campo 5 – PLANO

Refere-se ao nome do plano do beneficiário.

- Campo 6 – EMPRESA

Refere-se ao nome da empresa a qual pertence o beneficiário.

- Campo 7 - DATA VALIDADE DA CARTEIRA  
Refere-se à data de validade constante na carteira do beneficiário.
- Campo 8 – NOME  
Refere-se ao nome do beneficiário do plano de saúde.
- Campo 9 – TELEFONE  
Refere-se ao número do telefone para contato do beneficiário.
- Campo 10 – NOME TITULAR DO PLANO  
Refere-se ao nome do titular do plano.

### **Dados do Contratado**

- Campo 11 – CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF  
Refere-se ao código do contratado na operadora ou CNPJ ou CPF. Cabe à operadora estabelecer a prioridade do preenchimento entre as possíveis alternativas.
- Campo 12 – NOME DO CONTRATADO  
Refere-se ao nome do profissional, quando pessoa física ou do contratado, quando pessoa jurídica.
- Campo 13 – NÚMERO NO CRO  
Refere-se ao número de registro do profissional, quando pessoa física ou do responsável técnico, quando pessoa jurídica, no Conselho Profissional.
- Campo 14 – UF  
Refere-se à sigla da Unidade Federativa do registro do profissional, quando pessoa física ou do responsável técnico, quando pessoa jurídica, no Conselho Profissional.
- Campo 15 – CÓDIGO CNES

Refere-se ao código CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do contratado, quando pessoa jurídica ou do profissional, quando pessoa física.

- Campo 16 – NOME DO PROFISSIONAL

Refere-se ao nome do profissional. Preenchimento obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 12 se referir à pessoa jurídica.

- Campo 17 – NÚMERO NO CRO

Refere-se ao número de registro do profissional no Conselho Profissional. Preenchimento condicionado ao preenchimento do campo 16.

- Campo 18 – UF

Refere-se à sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do profissional. Preenchimento condicionado ao preenchimento do campo 16.

- Campo 19 – CÓDIGO CBO-S

Refere-se ao código da especialidade do profissional, de acordo com descrição da Classificação Brasileira de Ocupação em Saúde, conforme a Tabela de Domínio. Caso a especialidade não esteja relacionada, o campo deve ser preenchido com o código de cirurgião-dentista geral (06310).

## Situação Inicial

- Para o preenchimento da situação clínica inicial, são considerados critérios adaptados da classificação CPOD preconizada pela organização Mundial de Saúde (OMS). Os itens foram adaptados com a finalidade de registrar, de uma forma simplificada, a condição dentária inicial dos pacientes, através de inspeção tátil e visual. Não tem o intuito de substituir a anamnese e o prontuário odontológico.
- Em relação ao preenchimento da situação clínica inicial do paciente, deve ser especificado se o dente é decíduo ou permanente, conforme mostra a figura a seguir:

Situação inicial																
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Situação inicial																

- Os campos referentes a cada elemento dentário devem ser registrados de acordo com a legenda constante na própria guia sobre a situação inicial do dente, conforme demonstrado abaixo:

SITUAÇÃO INICIAL:
A - Ausente
E - Extração Indicada
H - Hígido
C - Cariado
R - Restaurado

- (A) Dente AUSENTE: o elemento dentário não é visível clinicamente.
- (E) EXTRAÇÃO INDICADA: será utilizada quando, no exame inicial, for diagnosticada necessidade de extração.
- (H) Dente HÍGIDO: dente sem evidência de sinais da doença cárie dentária.
- (C) Dente CARIADO: dente apresenta evidências de lesão de cárie ou há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas do dente apresentam lesões cariosas.
- (R) Dente RESTAURADO: há uma ou mais restaurações definitivas e inexistem lesões cariosas.
- Quando o dente apresenta apenas selante, o mesmo deve ser registrado como hígido. Entretanto, se o dente estiver com sinais de cárie dentária, ele deve ser registrado como cariado.
- Quando o dente participar de uma prótese fixa unitária ou múltipla, ele será considerado como RESTAURADO e o pântico será considerado como

AUSENTE. Quando o paciente utilizar prótese total ou parcial removível, o profissional deverá preencher como AUSENTE os espaços edêntulos que foram substituídos por recursos protéticos.

- **Campo 20 - SINAIS CLÍNICOS DA DOENÇA PERIODONTAL**  
O cirurgião-dentista identifica nesse campo a presença ou ausência de doença periodontal. O objetivo do campo não é classificar a alteração clínica encontrada. Caso seja necessário descrever maiores detalhes sobre alterações dos tecidos de proteção e suporte, o profissional deve fazê-lo no campo de OBSERVAÇÕES (campo 21).
- **Campo 21 - ALTERAÇÕES NOS TECIDOS MOLES**  
Nesse campo deve ser assinalada a presença ou ausência de alterações na cavidade oral e nas áreas periorais. Quando diagnosticada a alteração nos tecidos moles examinados, o profissional pode utilizar o campo OBSERVAÇÕES para sua descrição.
- **Campo 22 – OBSERVAÇÕES**  
O campo OBSERVAÇÕES é destinado ao preenchimento de informações adicionais sobre a situação clínica inicial do beneficiário que não estejam contempladas em outros campos da Guia.
- **Campo 23 – DATA, LOCAL E ASSINATURA DO CIRURGIÃO-DENTISTA**  
Data, local e assinatura do cirurgião-dentista.
- **Campo 24 – DATA, LOCAL E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL**  
Data, local e assinatura do beneficiário ou responsável.
- **Campo 25 – DATA, LOCAL E CARIMBO DA EMPRESA**  
Data, local e carimbo identificador da empresa.

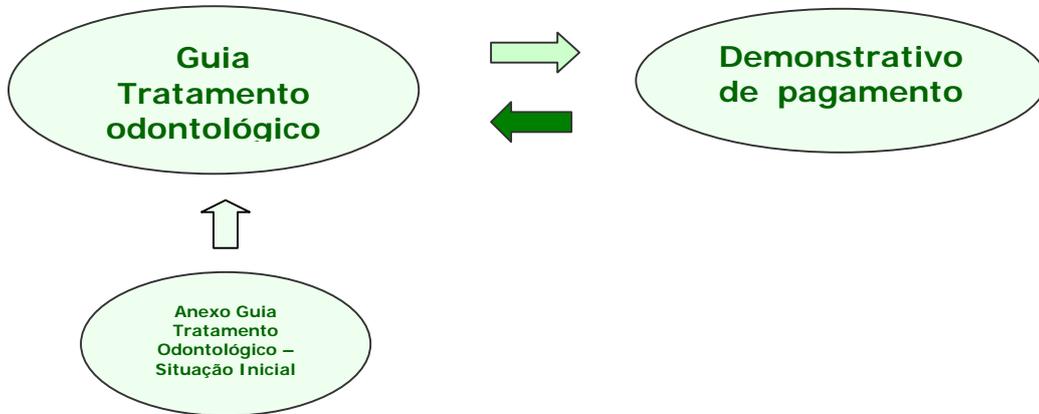
## LIGAÇÃO ENTRE GUIAS

São duas as formas de ligação entre as guias:

- ✓ Ligação entre as guias através da senha;
- ✓ Ligação entre as guias através do número da guia.

Ligação entre guias através do número		
Atendimentos odontológicos		
Guia Principal	Guia Secundária	Campo de ligação
<p style="text-align: center;">- Guia Tratamento Odontológico</p> <p style="text-align: center;">(caso a guia seja utilizada apenas para solicitação)</p>	<p style="text-align: center;">- Guia Tratamento Odontológico</p> <p style="text-align: center;">(quando utilizada para cobrança, vinculada a uma guia tratamento odontológico utilizada para solicitação)</p>	<p>- A ligação é por meio do campo 7 - NÚMERO DA GUIA PRINCIPAL - da Guia Tratamento Odontológico utilizada para solicitação</p> <p>- A ligação é por meio do campo 5 - SENHA</p>
<p style="text-align: center;">- Guia Tratamento Odontológico</p>	<p style="text-align: center;">- Anexo Guia Tratamento Odontológico – Situação Inicial</p>	<p>- A ligação é por meio do campo 3 - NÚMERO DA GUIA PRINCIPAL – do Anexo Guia Tratamento Odontológico – situação Inicial</p>
<p style="text-align: center;">- Guia Tratamento Odontológico ou Guia SP/SADT</p>	<p style="text-align: center;">- Demonstrativo de Pagamento</p>	<p>- A ligação é por meio do campo 12 - NÚMERO DA GUIA - do Demonstrativo de Pagamento</p>
<p style="text-align: center;">- Guia Tratamento Odontológico</p>	<p style="text-align: center;">- Guia SP/SADT</p>	<p>A ligação é por meio do campo 3 - NÚMERO DA GUIA PRINCIPAL - da Guia SP/SADT.</p>

## FLUXO ENTRE GUIAS



# GUIAS ODONTOLÓGICAS

Logotipo da Empresa		<b>GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO</b>				2. Nº <b>123456789012</b>
1 - Registro ANS		3 - Data de Emissão da Guia		4 - Data da Autorização		5 - Senha
6 - Data Validade da Senha		7 - Número Guia Principal				
<b>Dados do Beneficiário</b>						
8 - Número da Carteira		9 - Plano			10 - Empresa	
11 - Data Validade da Carteira		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde				
13 - Nome				14 - Telefone		15 - Nome do titular do plano
<b>Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento</b>						
16 - Nome do Profissional Solicitante			17 - Número no CRO		18 - UF	19 - Código CBO 5
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		21 - Nome do Contratado Executante			22 - Número no CRO	
23 - UF		24 - Código CBO 5				
25 - Nome do Profissional Executante			26 - Número no CRO		27 - UF	28 - Código CBO 5
<b>Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executáveis</b>						
29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente/Região	33 - Face	34 - Qtd	35 - Quantidade US
						36 - Valor R\$
						37 - Franquia/Co-participação R\$
						38 - Aut
						39 - Data de Realização
						40 - Assinatura
41 - Data Término do Tratamento	42 - Tipo de Atendimento		43 - Tipo de Faturamento		44 - Total Quantidade US	
	1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria		T - Total P - Parcial		45 - Valor Total R\$	
46 - Total Franquia / Co-participação R\$						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
47 - Observação						
48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante		49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista		50 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		51 - Data, local e Carimbo da Empresa

Logotipo da Operadora		<b>GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO</b>				2. Nº <b>123456789012</b>
1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - CNPJ Operadora		5 - Período de Processamento
<b>Dados do Prestador</b>						
6 - Código na Operadora			7 - Nome do Contratado			
						8 - CNPJ Contratado
<b>Dados do Pagamento</b>						
9 - Número do Lote		10 - Código do Beneficiário			11 - Nome do Beneficiário	
12 - Número da Guia						
13 - Tabela	14 - Código do Procedimento	15 - Descrição	16 - Dente/Região	17 - Face	18 - Data de Realização	19 - Qtd
						20 - Valor Processado (R\$)
						21 - Valor Glosa Estorno (R\$)
						22 - Valor Liberado (R\$)
						23 - Motivo de Glosa
						24 - Valor Total Processado Guia (R\$)
						25 - Valor Total Glosa Guia (R\$)
						26 - Valor Total Liberado Guia (R\$)
<b>Total Lote</b>						
						27 - Valor Total Processado Lote (R\$)
						28 - Valor Total Glosa Lote (R\$)
						29 - Valor Total Liberado Lote (R\$)
<b>Detalhes descontos</b>						
30 - Descrição		31 - Valor Desconto (R\$)				
<b>Total Geral</b>						
32 - Data do Pagamento		33 - Valor Geral Processado (R\$)		34 - Valor Geral Glosa (R\$)		35 - Valor Geral Liberado (R\$)



## LEGENDAS

### Legenda da Guia Tratamento Odontológico

Número 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 Tratamento Odontológico	String (20)	SIM
3	Data de emissão da guia	Data de preenchimento da guia	DD/MM/AA	NÃO
4	Data da autorização	Data em 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
7	Número da guia principal	Número da guia principal	String (20)	NÃO
<b>Dados do beneficiário</b>				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
10	Empresa	Nome da empresa a qual pertence o beneficiário	String (40)	NÃO
11	Data Validade da carteira	Data da Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
13	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
14	Telefone	Número do telefone para contato do beneficiário	String (8)	NÃO
15	Nome titular do plano	Nome do titular do plano	String (40)	NÃO
<b>Dados do contratado solicitante</b>				
16	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante.	String (70)	NÃO
17	Número no CRO	Número no conselho profissional	String (15)	NÃO
18	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	NÃO
19	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
20	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	String (14)	SIM
21	Nome do contratado executante	Nome do contratado (pessoa jurídica ou física)	String (70)	SIM
22	Número no CRO	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
23	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
24	Código CNES	Código CNES do contratado	String (7)	NÃO
25	Nome do Profissional Executante	Nome do profissional executante	String (70)	NÃO
26	Número no CRO	Número no conselho profissional	String (15)	NÃO
27	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	NÃO
28	Código CBO-S	Código da especialidade, conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
<b>Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados</b>				
29	Tabela	Código identificador da tabela de codificação dos procedimentos, conforme tabela de domínio	String (2)	SIM
30	Código do Procedimento	Código identificador do procedimento solicitado	String (10)	SIM
31	Descrição	Descrição do procedimento solicitado	String (70)	SIM
32	Dente / Região	Identificação do dente (permanente ou decíduo) ou região, segundo tabela de domínio	String (4)	NÃO
33	Face	Identificação da face do dente, conforme tabela de domínio constante na própria guia	String (5)	NÃO
34	Qtd	Quantidade solicitada / executada do procedimento	Integer (2)	NÃO
35	Quantidade US	Quantidade de US do procedimento solicitado/ executado	Double (5,2)	NÃO
36	Valor R\$	Valor em Reais do procedimento solicitado/ executado	Double (5,2)	NÃO

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
37	Franquia / Co-participação R\$	Valor em Reais da franquia / co-participação de acordo com o valor do procedimento solicitado/executado	Double (5,2)	NÃO
38	Aut	Indicador de existência de autorização para o procedimento solicitado/executado - letras S (sim) e N (não)	String (1)	NÃO
39	Data de Realização	Data em que o procedimento foi realizado.	DD/MM/AA	NÃO
40	Assinatura	Assinatura do beneficiário dando ciência da realização do procedimento realizado		NÃO
41	Data Término do tratamento	Data do término do tratamento	DD/MM/AA	NÃO
42	Tipo de atendimento	Tipo do atendimento descrito na referida guia. Pode assumir os valores: 1-Tratamento odontológico 2-Exame radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/emergência 5-Auditoria	String (1)	NÃO
43	Tipo de Faturamento	Informa o tipo de faturamento realizado. Pode assumir os valores: T - Total P - Parcial	String (1)	NÃO
44	Total Quantidade US	Somatório da quantidade de US dos procedimentos solicitados/executados	Double (6,2)	NÃO
45	Valor Total R\$	Somatório do valor total em Reais dos procedimentos solicitados/executados	Double (6,2)	NÃO
46	Total Franquia / Co-participação R\$	Somatório do valor total em Reais de franquia/co-participação com base nos procedimentos solicitados/executados	Double (6,2)	NÃO
47	Observação	Texto livre para observações em geral	String (240)	NÃO
48	Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	Data, local e assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento	-	<b>NÃO</b>

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
49	Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	Data, local e assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento	-	SIM
50	Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável	Data, local e assinatura do Beneficiário ou responsável	-	SIM
51	Data, local e Carimbo da Empresa	Data, local e Carimbo identificador da empresa	-	NÃO

**Observação:** Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento opcionais ou condicionais.

## Legenda da Guia Odontológica – Demonstrativo de Pagamento

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número do demonstrativo	Número identificador do demonstrativo de pagamento	String (20)	SIM
3	Nome da Operadora	Razão social da operadora que está emitindo o demonstrativo de pagamento	String (70)	SIM
4	CNPJ Operadora	Código Nacional de Pessoa Jurídica da operadora que está emitindo o demonstrativo de pagamento	String (14)	SIM
5	Período de processamento	Data inicial e data final do período descrito pelo demonstrativo de pagamento	DD/MM/AA	NÃO
<b>Dados do prestador</b>				
6	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do prestador	String (14)	NÃO
7	Nome Contratado	Razão social ou nome do prestador	String (70)	SIM
8	CPF / CNPJ do Prestador	Código de Pessoa Física ou Código Nacional de Pessoa Jurídica do prestador dependendo da natureza da entidade	String (14)	SIM
<b>Dados do pagamento</b>				
9	Número do lote	Número identificador do lote da guia	String (12)	NÃO
10	Código do beneficiário	Código identificador do beneficiário do plano privado odontológico	String (20)	SIM
11	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
12	Número da guia	Número da guia	String (12)	SIM
13	Tabela	Código identificador da tabela de codificação dos procedimentos	String (2)	SIM
14	Código do Procedimento	Código identificador do procedimento realizado	String (10)	SIM
15	Descrição	Descrição do procedimento realizado	String (70)	NÃO

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
16	Dente/Região	Identificação dos dentes permanentes, decíduos ou região de acordo com a tabela de domínio	String (5)	NÃO
17	Face(s)	Identificação da face do dente constante no campo 16 de acordo com tabela de domínio.	String (4)	NÃO
18	Data de realização	Data da realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
19	Qtd	Quantidade realizada do procedimento	Integer (2)	SIM
20	Valor processado	Valor processado sobre o procedimento realizado	Double (5,2)	SIM
21	Valor glosa/estorno	Valor de estorno ou glosa sobre um determinado procedimento	Double (5,2)	NÃO
22	Valor liberado	Valor liberado para o procedimento realizado levando-se em conta o valor do estorno/glosa	Double (5,2)	SIM
23	Motivo glosa	Motivo da glosa. Pode haver mais de um código para cada procedimento.	String (4)	NÃO
24	Valor total processado guia	Valor final em Reais processado por guia	Double (7,2)	SIM
25	Valor total glosa guia	Somatório do valor glosa/protocolo em Reais da guia	Double (7,2)	SIM
26	Valor Total Liberado guia	Somatório do valor total em Reais dos itens da guia levando-se em conta os descontos de glosa/estorno	Double (7,2)	SIM
<b>Total Lote</b>				
27	Valor total processado lote	Valor final em Reais processado por lote	Double (7,2)	NÃO
28	Valor total glosa lote	Somatório do valor glosa/protocolo em Reais do lote	Double (7,2)	NÃO
29	Valor Total Liberado lote	Somatório do valor total em Reais dos itens do lote levando-se em conta os descontos de glosa/estorno	Double (7,2)	NÃO

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
<b>Total Geral</b>				
30	Valor Geral Processado (R\$)	Valor geral em Reais processado incluindo todos os lotes que fazem parte do demonstrativo de pagamento	Double (5,2)	SIM
31	Valor Geral Glosa (R\$)	Valor geral em Reais de glosa/estorno incluindo todos os lotes que fazem parte do demonstrativo de pagamento	Double (5,2)	SIM
32	Valor Geral Liberado (R\$)	Valor geral em Reais liberado incluindo todos os lotes que fazem parte do demonstrativo de pagamento	Double (5,2)	SIM
<b>Demais débitos/créditos</b>				
33	Descrição	Descrição do débito e/ou crédito. A descrição deve ser obrigatória e clara	String (40)	SIM
34	Valor (R\$)	Valor em Reais do débito ou crédito.	Double (5,2)	SIM
<b>Demais débitos/créditos não tributáveis</b>				
35	Descrição	Descrição do débito e/ou crédito não tributável. A descrição deve ser obrigatória e clara	String (40)	SIM
36	Valor (R\$)	Valor em Reais do débito ou crédito não tributável.	Double (5,2)	SIM
<b>Impostos</b>				
37	Descrição	Descrição dos impostos sobre os valores dos campos 33 e 34. A descrição deve ser obrigatória e clara	String (40)	SIM
38	Valor (R\$)	Valor em Reais dos impostos referente aos campos 33 e 34	Double (5,2)	SIM
<b>Totais</b>				
39	Data do pagamento	Data ou previsão para pagamento	DD/MM/AA	NÃO
40	Valor Total Tributável (R\$)	Valor Total em Reais passível de tributação	Double (5,2)	SIM
41	Valor Total Impostos Retidos (R\$)	Valor Total em Reais dos Impostos Retidos	Double (5,2)	SIM
42	Valor Total Não Tributável (R\$)	Valor Total em Reais não tributável	Double (5,2)	SIM
43	Valor Final a Receber (R\$)	Valor total em Reais a receber	Double (5,2)	SIM

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
44	Observação	Texto livre para observações em geral	String (240)	NÃO

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

## Legenda da Guia SP/SADT

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
<b>Dados da autorização</b>				
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia	String (20)	SIM
3	Número da guia principal	Número da guia principal	String (20)	Obrigatório quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado
4	Data da autorização	Data da autorização	DD/MM/AA	NÃO
5	Senha	Senha de autorização	String (20)	NÃO
6	Validade da Senha	Data de validade da senha	DD/MM/AA	NÃO
7	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
<b>Dados do beneficiário</b>				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
11	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
<b>Dados do contratado solicitante</b>				
13	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	String (14)	SIM
14	Nome do contratado	Nome do contratado solicitante	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	String (7)	NÃO
16	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante	String (70)	Obrigatório apenas quando o campo 14 se referir à pessoa jurídica
17	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional conforme tabela de domínio	String (7)	SIM
18	Número no conselho	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
19	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
20	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
<b>Dados da solicitação/procedimentos/exames solicitados</b>				
21	Data/ hora da solicitação	Data/ hora da solicitação	DD/MM/AA HH:MM	NÃO
22	Caráter da solicitação	Código do caráter da solicitação Eletivo= "E" Urgência/Emergência ="U"	String (1)	SIM
23	CID10	Código CID10 do diagnóstico principal	String (5)	Obrigatório se solicitação de pequena cirurgia, terapias, ou procedimentos em série
24	Indicação clínica	Deve ser preenchido pelo profissional solicitante	String (500)	Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo
25	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
26	Código do procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO
27	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento solicitado	String (60)	SIM, pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
28	Quantidade solicitada	Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento	Integer (2)	SIM
29	Quantidade autorizada	Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento	Integer (2)	SIM
<b>Dados do contratado executante</b>				
30	Código na Operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM
31	Nome do contratado	Nome do contratado	String (70)	SIM
32	Tipo de logradouro	Tipo de Logradouro conforme tabela de domínio	String (3)	NÃO
33	Logradouro	Nome do logradouro	String (40)	NÃO
34	Número	Número do endereço do contratado executante	String (5)	NÃO
35	Complemento	Complemento do endereço do contratado executante	String (15)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
36	Município	Município do contratado executante	String (40)	NÃO
37	UF	Sigla da UF do contratado executante	String (2)	NÃO
38	Código IBGE do município	Código IBGE do município do contratado executante	String (7)	NÃO
39	CEP	CEP do contratado executante	String (8)	NÃO
40	Código CNES	Código CNES do contratado executante	String (7)	Obrigatório quando o contratado executante for hospital
40a	Código na Operadora / CPF do exec. complementar	Este campo identifica o profissional executante/complementar em qualquer procedimento não laboratorial	String (14)	NÃO
41	Nome do profissional executante complementar	Este campo identifica o profissional executante/complementar em qualquer procedimento não laboratorial	String (70)	NÃO
42	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (7)	Obrigatório quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a /41 forem preenchidos
43	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (15)	Obrigatório quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a /41 forem preenchidos
44	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	String (2)	Obrigatório quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a /41 forem preenchidos
45	Código CBO-S	Código da especialidade do executante conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
45a	Grau de Participação	Grau de participação do profissional na equipe médica de acordo com a tabela de domínio	String (2)	Obrigatório quando houver procedimentos em equipe
<b>Dados do atendimento</b>				
46	Tipo de atendimento	Código do tipo de atendimento da guia de SP/SADT Remoção=1 Pequena Cirurgia=2 Terapia=3 Consulta=4 Exame=5 Atendimento Domiciliar=6 SADT Internado=7 Quimioterapia=8 Radioterapia=9 TRS Terapia Renal Substitutiva=10	Integer (2)	SIM, selecionar uma das opções
47	Indicação de Acidente	Indica se houve acidente ou doença relacionado ao trabalho = 0 trânsito= 1 outros = 2	Integer (1)	NÃO
48	Tipo de saída	Código do tipo de saída: Retorno= 1 Retorno com SADT= 2 Referência = 3 Internação = 4 Alta= 5 Óbito=6	Integer (1)	SIM
<b>Consulta de Referência</b>				
49	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	String (1)	NÃO
50	Tempo de doença referida pelo paciente	Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo: "A" = anos; "M" = meses; "D" = dias	QTDE = Integer Unidade de Tempo = string (1)	NÃO
<b>Procedimentos e exames realizados</b>				
51	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
52	Hora inicial	Hora inicial de realização do procedimento	HH:MM	NÃO
53	Hora final	Hora final de realização do procedimento	HH:MM	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
54	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio	String (2)	SIM Pelo menos um procedimento deve ser informado
55	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM Pelo menos um procedimento deve ser informado
56	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento realizado	String (60)	SIM, pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
57	Quantidade realizada	Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/procedimento realizado	Integer (2)	SIM
58	Via de acesso	Código da via de acesso Única="U" Mesma via="M" Diferentes vias="D"	String (1)	NÃO
59	Técnica utilizada	Código da técnica utilizada Convencional="C" Videolaparoscopia="V"	String (1)	NÃO
60	% de redução/acréscimo	% de redução/ acréscimo no caso de cirurgia múltipla/radiologia de múltiplas áreas	Double (3,2)	NÃO
61	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ do procedimento/serviço realizado	Double (5,2)	NÃO
62	Valor total (R\$)	Valor total em R\$ dos procedimentos/serviços realizado	Double (5,2)	NÃO
63	Data e assinatura dos procedimentos em série	-	-	-
64	Observação	Observações	String (240)	NÃO
65	Total Procedimentos	Valor em R\$ de procedimentos	Double (7,2)	NÃO
66	Total Taxas e Aluguéis	Valor em R\$ de taxas e aluguéis	Double (7,2)	NÃO
67	Total Materiais	Valor em R\$ de materiais	Double (7,2)	NÃO
68	Total Medicamentos	Valor em R\$ de medicamentos	Double (7,2)	NÃO
69	Total Diárias	Valor em R\$ de diárias	Double (7,2)	NÃO
70	Total Gases Medicinais	Valor em R\$ de gases medicinais	Double (7,2)	NÃO
71	Total Geral da guia	Valor em R\$ do total geral	Double (8,2)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
<b>OPM solicitadas</b>				
72	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
73	Código OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	NÃO
74	Descrição OPM	Descrição OPM solicitada	String (60)	NÃO
75	Qtde de OPM	Quantidade de OPM solicitadas	Integer (2)	NÃO
76	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO
77	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
<b>OPM utilizadas</b>				
78	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
79	Código OPM	Código da OPM utilizada	String (10)	NÃO
80	Descrição OPM	Descrição da OPM utilizada	String (60)	NÃO
81	Qtde de OPM	Quantidade utilizada de OPM	Integer (2)	NÃO
82	Código de Barras	Código de barra identificador da OPM utilizada	String (20)	NÃO
83	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
84	Valor Total (R\$)	Valor total em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
85	Valor Total OPM (R\$)	Valor total de OPM em R\$	Double (7,2)	NÃO
86	Data e assinatura do solicitante	-	-	NÃO
87	Data e assinatura do responsável pela autorização	-	-	NÃO
88	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	-	-	NÃO
89	Data e assinatura do prestador executante	-	-	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

## Legenda do Anexo Guia Tratamento Odontológico

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)
2	Número da guia	Número do anexo guia tratamento odontológico – situação inicial	String (20)
3	Número da Guia Principal	Refere-se ao campo 2 da guia tratamento odontológico	String (20)
4	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)
5	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)
6	Empresa	Nome da empresa a qual pertence o beneficiário	String (40)
7	Data Validade da carteira	Data da Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA
8	Nome	Nome do beneficiário	String (70)
9	Telefone	Número do telefone para contato do beneficiário	String (8)
10	Nome titular do plano	Nome do titular do plano	String (40)
11	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	String (14)
12	Nome do contratado	Nome do contratado (pessoa jurídica ou física)	String (70)
13	Número no CRO	Número no conselho profissional	String (15)
14	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)
15	Código CNES	Código CNES do contratado	String (7)
16	Nome do profissional	Nome do profissional.	String (70)
17	Número no CRO	Número no conselho profissional	String (15)
18	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)
19	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio	String (5)
		Preencher de situação inicial com informações de preenchimento de acordo com a tabela de domínio constante na guia	
20	Sinais clínicos de doença periodontal	Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	
21	Alteração dos tecidos moles?	Indicador de alteração dos tecidos moles	

<b>Número do Campo</b>	<b>Nome do campo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Formato / Tamanho</b>
22	Observações	Texto livre de observação sobre a situação inicial do paciente	
23	Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	Data, local e assinatura do cirurgião-dentista	
24	Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável	Data, local e assinatura do Beneficiário ou responsável	
25	Data, local e Carimbo da Empresa	Carimbo identificador da empresa	

Observação: Os campos hachurados devem estar contidos nas guias e representam campos de preenchimento não obrigatórios.

## Tabelas de Domínio

### Tipo de logradouro

Código	Descrição
001	Acesso
002	Adro
004	Alameda
005	Alto
007	Atalho
008	Avenida
009	Balneário
010	Belvedere
011	Beco
012	Bloco
013	Bosque
014	Boulevard
015	Baixa
016	Cais
017	Caminho
019	Chapadão
020	Conjunto
021	Colônia
022	Corredor
023	Campo
024	Córrego
027	Desvio
028	Distrito
030	Escada
031	Estrada
032	Estação
033	Estádio
036	Favela
037	Fazenda
038	Ferrovias
039	Fonte
040	Feira
043	Forte
045	Galeria
046	Granja
050	Ilha
052	Jardim
053	Ladeira

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
054	Largo
055	Lagoa
056	Loteamento
059	Morro
060	Monte
062	Paralela
063	Passeio
064	Pátio
065	Praça
067	Parada
070	Praia
071	Prolongamento
072	Parque
073	Passarela
074	Passagem
076	Ponte
077	Quadra
079	Quinta
081	Rua
082	Ramal
087	Recanto
088	Retiro
089	Reta
090	Rodovia
091	Retorno
092	Sítio
094	Servidão
095	Setor
096	Subida
097	Trincheira
098	Terminal
099	Trevo
100	Travessa
101	Via
103	Viaduto
104	Vila
105	Vielas
106	Vale
108	Zigue-zague
452	Trecho
453	Vereda

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
465	Artéria
468	Elevada
469	Porto
470	Balão
471	Paradouro
472	Área
473	Jardinete
474	Esplanada
475	Quintas
476	Rotula
477	Marina
478	Descida
479	Circular
480	Unidade
481	Chácara
482	Rampa
483	Ponta
484	Via de pedestre
485	Condomínio
486	Habitacional
487	Residencial
495	Canal
496	Buraco
497	Módulo
498	Estância
499	Lago
500	Núcleo
501	Aeroporto
502	Passagem Subterrânea
503	Complexo Viário
504	Praça de Esportes
505	Via Elevada
506	Rotatória
507	1ª Travessa
508	2ª Travessa
509	3ª Travessa
510	4ª Travessa
511	5ª Travessa
512	6ª Travessa
513	7ª Travessa
514	8ª Travessa

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
515	9ª Travessa
516	10ª Travessa
517	11ª Travessa
518	12ª Travessa
519	13ª Travessa
520	14ª Travessa
521	15ª Travessa
522	16ª Travessa
523	1º Alto
524	2º Alto
525	3º Alto
526	4º Alto
527	5º Alto
528	1º Beco
529	2º Beco
530	3º Beco
531	4º Beco
532	5º Beco
533	1ª Paralela
534	2ª Paralela
535	3ª Paralela
536	4ª Paralela
537	5ª Paralela
538	1ª Subida
539	2ª Subida
540	3ª Subida
541	4ª Subida
542	5ª Subida
543	6ª Subida
544	1ª Vila
545	2ª Vila
546	3ª Vila
547	4ª Vila
548	5ª Vila
549	1º Parque
550	2º Parque
551	3º Parque
552	1ª Rua
553	2ª Rua
554	3ª Rua
555	4ª Rua

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
556	5ª Rua
557	6ª Rua
558	7ª Rua
559	8ª Rua
560	9ª Rua
561	10ª Rua
562	11ª Rua
563	12ª Rua
564	Estacionamento
565	Vala
566	Rua de Pedestre
567	Túnel
568	Variante
569	Rodo Anel
570	Travessa Particular
571	Calçada
572	Via de Acesso
573	Entrada Particular
645	Acampamento
646	Via Expressa
650	Estrada Municipal
651	Avenida Contorno
652	Entre-quadra
653	Rua de Ligação
654	Área Especial

### Conselho profissional

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
CRO	Conselho Regional de Odontologia

### Tipo de Atendimento

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
1	Tratamento odontológico
2	Exame radiológico
3	Ortodontia
4	Urgência / Emergência
5	Auditoria

## Tabelas

Código	Descrição
09	Rol de Procedimentos ANS
10	Tabela de Procedimentos Ambulatoriais SUS
14	Tabela VRPO
15	Tabela de Intercâmbio Sistema Uniodonto
94	Tabela Própria Procedimentos
98	Tabela Própria de Pacotes
00	Outras Tabelas

## Tipo de Faturamento

Código	Descrição
T	Total
P	Parcial

## Autorização (Aut)

Código	Descrição
S	Sim
N	Não

## Faces do dente

Código	Descrição
O	Oclusal
L	Lingual
M	Mesial
V	Vestibular
D	Distal
I	Incisal
P	Palatina

### Situação Inicial

Código	Descrição
H	Hígido
E	Extração indicada
A	Ausente
C	Cariado
R	Restaurado

### Regiões

Código	Descrição
AS	Arco Superior
AI	Arco Inferior
HASD	Hemi-Arco Superior Direito
HASE	Hemi-Arco Superior Esquerdo
HAID	Hemi-Arco Inferior Direito
HAIE	Hemi-Arco Inferior Esquerdo
ASAI	Arcadas Superior e inferior
S1	Sextante superior posterior direito
S2	Sextante superior anterior
S3	Sextante superior posterior esquerdo
S4	Sextante inferior posterior esquerdo
S5	Sextante inferior anterior
S6	Sextante inferior posterior direito
RIS	Região dos Incisivos centrais superiores
RCSD	Região do canino e lateral superior direitos
RPSD	Região dos pré-molares superiores direitos
RMSD	Região dos molares superiores direitos
RCSE	Região do canino e lateral superior esquerdos
RPSE	Região dos pré-molares superiores esquerdos
RMSE	Região dos molares superiores esquerdos
RII	Região dos incisivos inferiores
RCID	Região de canino inferior direito
RPID	Região dos pré-molares inferiores direitos
RMID	Região dos molares inferiores direitos
RCIE	Região de canino inferior esquerdos
RPIE	Região dos pré-molares inferiores esquerdos

RMIE	Região dos molares inferiores esquerdos
RMD	Região dos molares lado direitos
RME	Região dos molares lado esquerdos
RPD	Região dos pré-molares lado direitos
RPE	Região dos pré-molares lado esquerdos
RMPE	Região dos molares e pré-molares lado esquerdos
RMPD	Região dos molares e pré-molares lado direitos
SM	Região do assoalho do seio maxilar
TU	Região do Túber
RL	Região lingual
RP	Região palatina
RV	Região vestibular
RSMD	Região Sub-Mandibular Direita
RSME	Região Sub-Mandibular Esquerda
RSL	Região Sub-Lingual
SI	Região de Sínfise
FLI	Freio lingual
FLA	Freios labiais
UV	Úvula
PP	Pregas palatinas
PI	Papila incisiva
LS	Lábio Superior
LI	Lábio inferior
LG	Língua
CL	Comissura labial
AB	Assoalho de boca
PA	Palato
MJ	Mucosa jugal
PD	Palato duro
PM	Palato mole
RM	Região retromolar
MA	Mucosa alveolar
GI	Gengiva inserida
PT	Parótida
TP	Tonsilas palatinas

## Dentes

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
11	Incisivo Central Superior Direito
12	Incisivo Lateral Superior Direito
13	Canino Superior Direito
14	Primeiro Pré-molar Superior Direito
15	Segundo Pré-molar Superior Direito
16	Primeiro Molar Superior Direito
17	Segundo Molar Superior Direito
18	Terceiro Molar Superior Direito
19	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Superior Direito
21	Incisivo Central Superior Esquerdo
22	Incisivo Lateral Superior Esquerdo
23	Canino Superior Esquerdo
24	Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo
25	Segundo Pré-molar Superior Esquerdo
26	Primeiro Molar Superior Esquerdo
27	Segundo Molar Superior Esquerdo
28	Terceiro Molar Superior Esquerdo
29	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Superior Esquerdo
31	Incisivo Central Inferior Esquerdo
32	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
33	Canino Inferior Esquerdo
34	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
35	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
36	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
37	Segundo Molar Inferior Esquerdo
38	Terceiro Molar Inferior Esquerdo
39	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Inferior Esquerdo
41	Incisivo Central Inferior Direito
42	Incisivo Lateral Inferior Direito
43	Canino Inferior Direito
44	Primeiro Pré-molar Inferior Direito
45	Segundo Pré-molar Inferior Direito
46	Primeiro Molar Inferior Direito
47	Segundo Molar Inferior Direito
48	Terceiro Molar Inferior Direito

49	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Inferior Direito
51	Incisivo Central Decíduo Superior Direito
52	Incisivo Lateral Decíduo Superior Direito
53	Canino Decíduo Superior Direito
54	Primeiro Molar Decíduo Superior Direito
55	Segundo Molar Decíduo Superior Direito
59	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Superior Direito
61	Incisivo Central Decíduo Superior Esquerdo
62	Incisivo Lateral Decíduo Superior Esquerdo
63	Canino Decíduo Superior Esquerdo
64	Primeiro Molar Decíduo Superior Esquerdo
65	Segundo Molar Decíduo Superior Esquerdo
69	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Superior Esquerdo
71	Incisivo Central Decíduo Inferior Esquerdo
72	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Esquerdo
73	Canino Decíduo Inferior Esquerdo
74	Primeiro Molar Decíduo Inferior Esquerdo
75	Segundo Molar Decíduo Inferior Esquerdo
79	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Inferior Esquerdo
81	Incisivo Central Decíduo Inferior Direito
82	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Direito
83	Canino Decíduo Inferior Direito
84	Primeiro Molar Decíduo Inferior Direito
85	Segundo molar Decíduo Inferior Direito
89	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Inferior Direito

### Status do protocolo

Código	Descrição
1	Recebido
2	Em análise
3	Liberado para pagamento
4	Encerrado sem pagamento
5	Analisado e aguardando liberação para o pagamento

### CBO-S (especialidade)

Código	Descrição
06310	Cirurgião dentista em geral
06330	Cirurgião dentista (saúde pública)
06335	Cirurgião dentista (traumatologia buco maxilo facial)
06340	Cirurgião dentista (endodontia)
06345	Cirurgião dentista (ortodontia)
06350	Cirurgião dentista (patologia bucal)
06355	Cirurgião dentista (pediatria)
06360	Cirurgião dentista (prótese)
06365	Cirurgião dentista (radiologia)
06370	Cirurgião dentista (periodontia)
07720	Operador de raio-x
07790	Outros operadores de equipamentos médicos e odontológicos
07935	Técnico de higiene dental
07948	Técnico de radiologia
19998	Outros profissionais de nível superior
19999	Outros profissionais de nível técnico e médio
31120	Agente Administrativo
31120	Técnico administrativo
31122	Auxiliar administrativo
99999	Outros profissionais não classificáveis nessa tabela

### Glosas e negativas

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Elegibilidade	1001	Número da carteira inválido
Elegibilidade	1002	Número do Cartão Nacional de Saúde inválido
Elegibilidade	1003	A admissão do Beneficiário no prestador ocorreu antes da inclusão do Beneficiário na Operadora
Elegibilidade	1004	Solicitação Anterior à Inclusão do Beneficiário
Elegibilidade	1005	Atendimento anterior à inclusão do Beneficiário
Elegibilidade	1006	Atendimento após o desligamento do Beneficiário
Elegibilidade	1007	Atendimento dentro da carência do Beneficiário
Elegibilidade	1008	Assinatura divergente
Elegibilidade	1009	Beneficiário com pagamento em aberto
Elegibilidade	1010	Assinatura do Titular / Responsável inexistente
Elegibilidade	1011	Identificação do beneficiário não consistente
Elegibilidade	1013	Cadastro do beneficiário com problemas
Elegibilidade	1014	Beneficiário com data de exclusão

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Elegibilidade	1015	Idade do Beneficiário acima idade limite
Elegibilidade	1016	Beneficiário com atendimento suspenso
Elegibilidade	1017	Data Validade da Carteira Vencida
Elegibilidade	1018	Empresa do beneficiário suspensa / excluída
Elegibilidade	1019	Família do Beneficiário com atendimento suspenso
Elegibilidade	1020	Via de Cartão do Beneficiário Cancelada
Elegibilidade	1021	Via de Cartão do Beneficiário não liberada
Elegibilidade	1022	Via de Cartão do beneficiário não compatível
Elegibilidade	1023	Nome do titular inválido
Elegibilidade	1024	Plano não existente
Elegibilidade	1099	Outros
Protocolo	1101	Quantidade de Guias informadas no Protocolo diferente das cadastradas
Protocolo	1102	Protocolo é de re-apresentação
Protocolo	1103	Protocolo não é de reapresentação
Protocolo	1104	Valor total do protocolo diferente do valor total das guias
Protocolo	1199	Outros
Prestador	1201	Atendimento fora da vigência do contrato com o credenciado
Prestador	1202	Número do CNES inválido
Prestador	1203	Código Prestador inválido
Prestador	1204	Admissão anterior à inclusão do credenciado na rede
Prestador	1205	Admissão após o desligamento do credenciado da rede
Prestador	1206	CPF / CNPJ inválido
Prestador	1207	Credenciado não pertence à Rede Credenciada
Prestador	1208	Solicitação anterior à inclusão do Credenciado
Prestador	1209	Solicitação após o desligamento do Credenciado
Prestador	1210	Solicitante Credenciado não cadastrado
Prestador	1211	Assinatura / Carimbo do Credenciado inexistente
Prestador	1212	Atendimento / Referência fora da vigência do contrato do prestador
Prestador	1213	CBO-S (especialidade) inválido
Prestador	1214	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento
Prestador	1215	Credenciado fora da abrangência geográfica do plano
Prestador	1216	Especialidade não cadastrada
Prestador	1217	Especialidade não cadastrada para o prestador
Prestador	1299	Outros
Guia	1301	Tipo Guia inválido
Guia	1302	Código Tipo Guia Principal e Número Guias Incompatíveis
Guia	1303	Não existe o Número Guia Principal informado
Guia	1304	Cobrança em guia indevida
Guia	1305	Item pago em outra Guia
Guia	1306	Não existe Número Guia Principal e/ou Código Guia

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
		Principal
Guia	1307	Número da guia inválido
Guia	1308	Guia já apresentada
Guia	1309	Procedimento contratado não está de acordo com o tipo de guia utilizado
Guia	1311	Prestador executante não informado
Guia	1312	Prestador contratado não informado
Guia	1313	Guia com rasura
Guia	1314	Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado.
Guia	1315	Guia sem data do ato cirúrgico.
Guia	1316	Guia com local de atendimento preenchido incorretamente.
Guia	1317	Guia sem data do atendimento
Guia	1318	Guia com código de serviço preenchido incorretamente.
Guia	1319	Guia sem assinatura do assistido.
Guia	1320	Identificação do assistido incompleta
Guia	1321	Validade da guia expirada
Guia	1399	Outros
Autorização / Solicitação	1402	Procedimento não autorizado
Autorização / Solicitação	1403	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento
Autorização / Solicitação	1404	Não existe guia de autorização relacionada
Autorização / Solicitação	1405	Data de Validade da Senha é anterior a Data do Atendimento
Autorização / Solicitação	1406	Número da Senha informado diferente do liberado
Autorização / Solicitação	1407	Serviço solicitado não possui cobertura
Autorização / Solicitação	1408	Quantidade Serviço Solicitada acima da Autorizada
Autorização / Solicitação	1409	Quantidade Serviço solicitada acima coberta
Autorização / Solicitação	1410	Serviço solicitado em Carência
Autorização / Solicitação	1411	Solicitante não Informado
Autorização / Solicitação	1412	Problemas no sistema autorizador
Autorização / Solicitação	1414	Data de validade da senha expirada
Autorização / Solicitação	1415	Procedimento não autorizado para o Beneficiário
Autorização / Solicitação	1416	Solicitante não Cadastrado

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Autorização Solicitação /	1417	Solicitante não habilitado
Autorização Solicitação /	1418	Solicitante suspenso
Autorização Solicitação /	1419	Serviço solicitado já autorizado
Autorização Solicitação /	1420	Serviço solicitado fora da cobertura
Autorização Solicitação /	1421	Serviço solicitado é de pré-existência
Autorização Solicitação /	1422	Especialidade não cadastrada para o Solicitante
Autorização Solicitação /	1423	Quantidade solicitada acima da quantidade permitida
Autorização Solicitação /	1424	Quantidade autorizada acima da quantidade permitida
Autorização Solicitação /	1425	Necessita pré-autorização da empresa
Autorização Solicitação /	1428	Falta de autorização da empresa de conectividade
Autorização Solicitação /	1429	CBO-S (especialidade) não autorizado a realizar o serviço
Autorização Solicitação /	1430	Procedimento odontológico não autorizado
Autorização Solicitação /	1431	Procedimento não autorizado na face solicitada
Autorização Solicitação /	1432	Procedimento não autorizado para dente/região solicitada
Autorização Solicitação /	1433	Procedimento não autorizado, dente ausente
Autorização Solicitação /	1499	Outros
Diagnóstico	1507	Urgência não aplicável
Diagnóstico	1599	Outros
Atendimento	1601	Reincidência no atendimento
Atendimento	1602	Tipo de atendimento inválido ou não informado
Atendimento	1612	Serviço não pode ser realizado no local especificado
Atendimento	1613	Consulta não autorizada
Atendimento	1614	Serviço ambulatorial não autorizado
Atendimento	1699	Outros
Regra de Valorização	1701	Cobrança fora do prazo de validade
Regra de Valorização	1702	Cobrança de procedimento em duplicidade
Regra de Valorização	1703	Horário do atendimento não está na faixa de urgência/emergência

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Regra de Valorização	1704	Valor cobrado superior ao acordado em pacote
Regra de Valorização	1705	Valor apresentado a maior
Regra de Valorização	1706	Valor apresentado a menor
Regra de Valorização	1707	Não existe informação sobre a tabela que será utilizada na Valoração. Verifique o Contrato do Prestador
Regra de Valorização	1708	Não existe valor para o procedimento realizado
Regra de Valorização	1711	Procedimento pertence a um pacote acordado e já cobrado
Regra de Valorização	1713	Faturamento Inválido
Regra de Valorização	1714	Valor do serviço superior ao valor de tabela
Regra de Valorização	1715	Valor do serviço inferior ao valor de tabela
Regra de Valorização	1716	Percentual de redução/acrécimo fora dos valores definidos em tabela
Regra de Valorização	1799	Outros
Procedimento	1801	Procedimento inválido
Procedimento	1803	Idade do Beneficiário incompatível com o Procedimento
Procedimento	1804	Número de dias liberados / sessões autorizadas não informadas
Procedimento	1805	Valor total do procedimento diferente do Valor Processado
Procedimento	1806	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
Procedimento	1809	Cobrança de procedimento não executado
Procedimento	1811	Procedimento sem registro de execução
Procedimento	1812	Cobrança de procedimento não correlacionado ao relatório específico
Procedimento	1813	Cobrança de procedimento sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Procedimento	1814	Cobrança de procedimento com data de autorização posterior à do atendimento.
Procedimento	1815	Procedimento não autorizado
Procedimento	1816	Cobrança de procedimento em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Procedimento	1817	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
Procedimento	1818	Cobrança de procedimento que exige autorização prévia

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Procedimento	1819	Cobrança de procedimento com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
Procedimento	1820	Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Procedimento	1821	Cobrança de procedimento não compatível com a idade.
Procedimento	1822	Cobrança de procedimento com ausência de resultado ou laudo técnico.
Procedimento	1823	Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Procedimento	1824	Procedimento cobrado não corresponde ao exame executado
Procedimento	1825	Cobrança de procedimento ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Procedimento	1899	Outros
Procedimentos em Série	2501	Procedimento em série inválido
Procedimentos em Série	2504	Quantidade de sessões cobradas não condizem com as assinaturas no controle de tratamento seriado
Procedimentos em Série	2505	O código cobrado é diferente do código autorizado
Procedimentos em Série	2506	A quantidade de sessões cobradas é diferente da quantidade autorizada
Procedimentos em Série	2508	Cobrança de sessões sem o devido plano de tratamento e, ou, com o prazo de pagamento expirado
Procedimentos em Série	2509	Cobrança do procedimento seriado incompatível com o quadro clínico
Procedimentos em Série	2510	Cobrança do procedimento seriado em número de sessões acima da quantidade estabelecida
Procedimentos em Série	2513	Cobrança de tratamento seriado sem justificativa clínica/técnica
Procedimentos em Série	2514	Serviço não contratado para o prestador
Procedimentos em Série	2515	Local de atendimento inadequado
Procedimentos em Série	2516	Quantidade cobrada diferente da realizada
Procedimentos em Série	2599	Outros
Exames	2701	Procedimento inválido
Exames	2703	Exame sem registro de execução
Exames	2704	Cobrança de exame não correlacionado ao relatório específico
Exames	2705	Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Exames	2706	Cobrança de procedimento/exame com data de autorização posterior à do atendimento.
Exames	2707	Exame não autorizado
Exames	2708	Cobrança de exame em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Exames	2709	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
Exames	2710	Cobrança de exame que exige autorização prévia
Exames	2711	Cobrança de exame com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
Exames	2712	Cobrança de exame em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Exames	2713	Cobrança de exame não compatível com a idade.
Exames	2714	Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico.
Exames	2715	Exame realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Exames	2716	Exame cobrado não corresponde ao exame executado
Exames	2717	Cobrança de exame ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Exames	2718	Exames não justificam caráter de urgência
Exames	2799	Outros
Revisão de glosa	2901	Revisão de glosa inválida
Revisão de glosa	2902	Glosa mantida
Revisão de glosa	2903	Pedido de revisão sem justificativa
Revisão de glosa	2904	Mais de um recurso de glosa para a mesma guia/protocolo
Revisão de glosa	2905	A guia não é de revisão
Revisão de glosa	2906	Número da guia inválido
Revisão de glosa	2999	Outros
Odontologia	3001	Procedimento odontológico inválido
Odontologia	3002	Cobrança de procedimento odontológico que exige autorização prévia
Odontologia	3003	Idade do Beneficiário incompatível com o Procedimento odontológico
Odontologia	3004	Cobrança de procedimento odontológico em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Odontologia	3005	Valor total do procedimento diferente do Valor Processado
Odontologia	3006	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Odontologia	3007	Procedimentos odontológicos duplicados
Odontologia	3008	Cobrança de procedimento odontológico incluso no procedimento principal
Odontologia	3009	Cobrança de procedimento odontológico não executado
Odontologia	3010	Cobrança de procedimento não solicitado pelo cirurgião-dentista
Odontologia	3011	Procedimento odontológico sem registro de execução
Odontologia	3012	Cobrança de procedimento odontológico não correlacionado ao relatório específico
Odontologia	3013	Cobrança de procedimento odontológico sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Odontologia	3014	Cobrança de procedimento odontológico com data de autorização posterior à do atendimento.
Odontologia	3015	Cobrança de procedimento odontológico com ausência de resultado ou laudo técnico.
Odontologia	3016	Procedimento odontológico realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Odontologia	3017	Procedimento cobrado não corresponde a perícia (especificar).
Odontologia	3018	Evento glosado por auditoria (especificar)
Odontologia	3019	Evento sob análise técnica, aguardando liberação de confirmação para posterior pagamento
Odontologia	3020	Conforme documentação radiográfica enviada, evento realizado inadequadamente
Odontologia	3021	Falha em informação de dados de arcadas/hemi-arcos
Odontologia	3022	Falha em informação de dados de dente inicial e/ou final
Odontologia	3023	Falha em informação de dados de faces dos dentes
Odontologia	3024	Evento só possível em dentes decíduos
Odontologia	3025	Evento só possível em dentes permanentes
Odontologia	3026	Erro nas informações de ordem dos dentes inicial e final
Odontologia	3027	Desacordo entre o tipo de dente e o número de canais solicitados
Odontologia	3028	Evento restrito à especialistas
Odontologia	3029	Evento não indicado pela Auditoria Inicial
Odontologia	3030	Auditoria final consta que a restauração foi realizada em outro material
Odontologia	3031	RX fora dos padrões técnicos
Odontologia	3032	Intervalo da última MPP inferior a três meses
Odontologia	3033	Intervalo da última MPP inferior a quatro meses
Odontologia	3034	Justificativa tecnicamente não satisfatória
Odontologia	3035	Paciente em tratamento com o mesmo profissional
Odontologia	3036	Paciente em tratamento com outro profissional

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Odontologia	3037	Procedimento cobrado não é igual ao executado
Odontologia	3038	RX inicial incongruente com o RX final
Odontologia	3039	RX não corresponde ao procedimento cobrado
Odontologia	3040	Glosa técnica (especificar detalhadamente)
Odontologia	3099	Outros
Mensagens de Sistema	5001	Mensagem eletrônica fora do padrão TISS
Mensagens de Sistema	5002	Não foi possível validar o arquivo XML
Mensagens de Sistema	5003	Endereço do Remetente inválido
Mensagens de Sistema	5004	Endereço do destinatário inválido
Mensagens de Sistema	5005	Remetente não identificado
Mensagens de Sistema	5006	Destinatário não identificado
Mensagens de Sistema	5007	Mensagem inconsistente ou incompleta
Mensagens de Sistema	5008	Espaço reservado para a caixa de saída insuficiente
Mensagens de Sistema	5009	Espaço reservado para a caixa de entrada insuficiente
Mensagens de Sistema	5010	Envio de mensagem não foi terminado
Mensagens de Sistema	5011	Envio de mensagem finalizada
Mensagens de Sistema	5012	Recebimento de mensagem não finalizado
Mensagens de Sistema	5013	Recebimento de mensagem finalizada
Mensagens de Sistema	5014	Código Hash inválido. Mensagem pode estar corrompida.
Mensagens de Sistema	5099	Erro não identificado
Mensagens reservadas	9901 a 9999	Intervalo de códigos destinados as mensagens particulares de cada entidade tendo a apresentação da descrição obrigatória

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. Manual do Examinador do SB 2000 – Condições de saúde bucal para a população brasileira no ano de 2000, Brasília, 2001.

Almeida, C. A. P. ; Zimmermann, R. D. , Cerveira, J. G. V. e Julivaldo, F. S. N. Prontuário odontológico – Uma orientação para o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do art. 5º do Código de Ética Odontológica. RIO DE JANEIRO, 2004. Relatório final apresentado ao Conselho Federal de Odontologia pela Comissão Especial instituída pela Portaria CFO-SEC-26, de 24 de julho de 2002.