

Utiliza-se única e exclusivamente para consultas eletivas.

02 - Nº Guia no Prestador - Número que identifica a guia no prestador de serviços. *Preencher com o número de série que identifica a guia* - Obrigatório
03 - Número da Guia Atribuído pela Operadora - Número que identifica a guia atribuída pela operadora. *Preencher caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número de série que a identifica.* - Condicionado

DADOS DO BENEFICIÁRIO

04 - Número da Carteira - Número da carteira do beneficiário na operadora. *Preencher o número de inscrição do beneficiário assistido (10 dígitos) localizado à esquerda do cartão.* - Obrigatório
05 - Validade da Carteira - Data da validade da carteira do beneficiário. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, de limite de tempo da carteira do beneficiário assistido na recusa de autorização prévia de procedimentos ambulatoriais.* - Condicionado
06 - Atendimento a RN - Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo assistido no contrato do responsável. *Utilizar "S" - Sim - caso o atendimento seja recém-nato e o beneficiário seja o responsável ou "N" - Não- quando o atendimento for do próprio beneficiário.* - Obrigatório
07 - Nome - Nome do beneficiário - Obrigatório
08 - Cartão Nacional de Saúde - Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário que identifica o usuário no SUS. *Preencher caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.* - Condicionado.

DADOS DO CONTRATADO

09 - Código na Operadora - Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. *Preencher o CNPJ (quando Pessoa Jurídica) ou CPF (quando Pessoa Física) do contratado.* - Obrigatório
10 - Nome do Contratado - Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento. - Obrigatório
11 - Código CNES - Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS). *Preencher com o código do CNES do prestador. Caso não possua o código preencher com 9999999.* - Obrigatório
12 - Nome do Profissional Executante - Nome do profissional que executou o procedimento. *Preencher o nome do profissional executante quando o prestador contratado referido no campo "10- Nome do Contratado" for pessoa jurídica.* - Condicionado
13 - Conselho Profissional - Código do Conselho Profissional do executante do procedimento conforme tabela de domínio nº 26. - Obrigatório
14 - Número no Conselho - Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional. - Obrigatório
15 - UF - Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59. - Obrigatório
16 - Código CBO - Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante, conforme tabela de domínio nº 24. *Preencher com o CBO-S relativo à especialidade do atendimento credenciada junto ao plano de saúde.* - Obrigatório

DADOS DO ATENDIMENTO/PROCEDIMENTO REALIZADO

17 - Indicação de Acidente - Indica se o atendimento foi decorrente de acidente ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36. *Utilizar código "0" para termo Trabalho, "1" para termo Trânsito, "2" para termo Outros ou "9" para termo Não Acidente.* - Obrigatório
18 - Data do Atendimento - Data em que o atendimento/procedimento foi realizado. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, da realização da consulta.* - Obrigatório
19 - Tipo de Consulta - Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52. *Utilizar código "1" para termo Primeira Consulta, "2" para termo Retorno, "3" para termo Pré-natal ou "4" para termo Por encaminhamento.* - Obrigatório
20 - Tabela - Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87. - Obrigatório
21 - Código do Procedimento - Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio. - Obrigatório
22 - Valor do Procedimento - Valor unitário do procedimento realizado. *Preencher com o valor unitário do serviço, de acordo com a tabela negociada com o credenciado. Não havendo valor definido previamente, por força contratual, preencher com zero.* - Obrigatório.
23 - Observação/ Justificativa - Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário. - Opcional
24 - Assinatura do Profissional Executante - Assinatura do profissional que executou o procedimento. - Obrigatório
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável - Assinatura do beneficiário ou responsável. - Obrigatório