

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DAS GUIAS
LEGENDA DA GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - GTO

ANS - nº 36101-1

Número do Campo	Nome do Campo	Descrição	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	SIM
2	Número da guia	Número da guia de solicitação	SIM
3	Data de emissão da guia	Data de Emissão da Guia	SIM
4	Data da autorização	Data que a autorização foi concedida	SIM
5	Senha	Senha de autorização	SIM
6	Data de validade da senha	Data de validade da senha	SIM
7	Número da guia principal	Número da guia principal referenciada ao formulário em questão	SIM
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	SIM
10	Empresa	Nome da empresa a qual pertence o beneficiário	NÃO
11	Data de validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	NÃO
13	Nome	Nome do beneficiário	SIM
14	Telefone	Número do telefone para contato do beneficiário	NAO
15	Nome do titular do plano	Nome do titular do plano	SIM
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
16	Nome do profissional Solicitante	Nome do profissional Solicitante	SIM
17	Número do CRO	Número no Conselho profissional	SIM
18	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	SIM
19	Código CBO-S	Código da especialidade conforme Tabela de domínio	NÃO
20	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	SIM
21	Nome do contratante executante	Nome do contratado (pessoa jurídica ou física)	SIM
22	Número no CRO	Número no conselho profissional	SIM
23	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	SIM
24	Código CNES	Código CNES	NÃO
PROCEDIMENTOS EXECUTADOS			
25	Nome do profissional executante	Nome do profissional executante	SIM
26	Número no CRO	Número no Conselho profissional	SIM
27	UF Conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	SIM
28	Código CBO-S	Código da especialidade conforme Tabela de domínio	NAO

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DAS GUIAS
LEGENDA DA GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - GTO

ANS - nº 36101-1

PLANO DE TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
29	Tabela	Código identificador da tabela de codificação dos procedimentos, conforme tabela de domínio	SIM
30	Código do procedimento	Código identificador do procedimento solicitado	SIM
31	Descrição	Descrição do procedimento solicitado	SIM
32	Dente/Região	Identificação do dente (permanente ou decíduo) ou região, segundo tabela de domínio	SIM
33	Face	Identificação da face do dente, conforme tabela de domínio constante na própria guia	SIM
34	Qtd	Quantidade solicitada / executada do procedimento	SIM
35	Quantidade US	Quantidade de US do procedimento solicitado / executado	SIM
36	Valor R\$	Valor em Reais do procedimento solicitado / executado	SIM
37	Franquia / Co-participação R\$	Valor em Reais da franquia / co-participação de acordo com o valor do procedimento solicitado / executado	NÃO
38	Aut	Indicador de existência de autorização para o procedimento solicitado / executado – letras S (sim) e N (não)	SIM
39	Data de Realização	Data em que o procedimento foi realizado	SIM
40	Assinatura	Assinatura do beneficiário dando ciência da realização do procedimento realizado	SIM
41	Data Término do tratamento	Data do término do tratamento	SIM
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	SIM
43	Tipo de Faturamento	Informar o tipo de faturamento realizado. Pode assumir os valores: T – Total P – Parcial	SIM
44	Total Quantidade US	Somatório da quantidade de US dos procedimentos solicitados / executados	NÃO
45	Valor Total R\$	Somatório do valor total em Reais dos procedimentos solicitados / executados	SIM
46	Total Franquia / Co-participação R\$	Somatório do valor total em Reais de Franquia / Co-participação com base nos procedimentos solicitados / executados	NÃO
47	Observação	Texto livre para observações em geral	NÃO

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DAS GUIAS

LEGENDA DA GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - GTO

ANS - nº 36101-1

48	Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante do tratamento	SIM
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 / Responsável	SIM
51	Data, local e carimbo da Empresa	Data, local e carimbo da Empresa	NAO

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