Oeste Saúde

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia de solicitação de internação	3	Número da guia solicitação de internação	String	20		Número que identifica a guia principal de solicitação de internação atribuído pelo prestador	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização fornecida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Número da guia atribuído pela operadora	5	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	6	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	7	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.

Oeste Saúde

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	8	Atendimento a RN	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9,656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório, Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Código na operadora do contratado onde o procedimento foi realizado	9	Código na operadora	String	14		Código do hospital contratado onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Nome do contratado onde o procedimento foi realizado	10	Nome do hospital / local	String	70		Razão Social ou nome fantasia prestador contratado da operadora onde o procedimento foi realizado	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	11	Código CNES	String	7		Código do prestador onde foi realizado o procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Código do contratado executante na operadora	12	Código do contratado na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	13	Nome do contratado	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.

Oeste Saúde

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	14	Código CNES	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Data do início do faturamento	15	Data Início Faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data de início do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data do fim do faturamento	16	Data do fim do faturamento	Date	8	DDMMAAAA	Data final do faturamento apresentado nesta guia.	Obrigatório.
Data de realização	17	Data	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Obrigatório.
Hora inicial da realização do procedimento	18	Hora Inicial	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência
Hora final da realização do procedimento	19	Hora Final	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido quando o procedimento ocorrer em situações de urgência e emergência.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	20	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar o procedimento realizado, conforme a tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento realizado	21	Código do Procedimento	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento realizado	22	Descrição	String	150		Descrição do procedimento realizado	Obrigatório.

Oeste Saúde

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Quantidade de procedimentos realizados	23	Qtde	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Obrigatório.
Via de acesso	24	Via	String	1		Código da via de acesso, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	25	Téc	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	26	Fator Red / Acrésc	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo aplicado sobre o valor do procedimento realizado.	Obrigatório. Quando não houver redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o campo deve ser preenchido com o número 1,00.
Valor unitário do procedimento realizado.	27	Valor Unitário	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Valor total por procedimento realizado	28	Valor Total	Numérico	6,2		Valor total do(s) procedimento(s) realizado(s), considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Grau de participação do profissional	30	Grau Part	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	31	Código na Operadora / CPF	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.

Oeste Saúde

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional executante	32	Nome do profissional	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
Conselho profissional do executante	33	Conselho Profissional	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do executante no conselho profissional	34	Número no conselho	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional executante	35	UF	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	36	Código CBO	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	37	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Valor total dos honorários	38	Valor Total dos Honorários	Numérico	8,2		Valor final do honorário profissional considerando o somatório dos valores totais dos procedimentos realizados	Obrigatório, Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo será preenchido com 0 (zero).
Data de emissão da guia	39	Data de emissão	Date	8	DDMMAAAA	Data de emissão da guia	Obrigatório.

Oeste Saúde

Legenda da Guia de Honorários

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Sequencial de referência do procedimento realizado	29	Seq. Ref	String	2		Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
Assinatura do profissional executante	38	Assinatura do profissional executante				Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.