

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	SIM
4	Data da autorização	Data em que a autorização foi concedida	DD/MM/AA	SIM
5	Senha	Senha de autorização	String (20)	SIM
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
Dados do beneficiário				
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)	SIM
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)	SIM
15	Nome titular do plano	Nome titular do plano	String (40)	NÃO
Dados do contratado solicitante				
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
20	Código na operadora ou 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

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
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
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados				
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)	SIM
33	Face	Identificação da face do dente, conforme tabela de domínio constante na própria guia	String (5)	SIM
34	Qtd	Quantidade solicitada / executada do procedimento	Integer (2)	SIM
35	Quantidade US	Quantidade de US do procedimento solicitado/executado	Double (5,2)	SIM
36	Valor R\$	Valor em Reais do procedimento solicitado/executado	Double (5,2)	NÃO
37	Franquia / Coparticipação 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

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
39	Data de Realização	Data em que o procedimento foi realizado.	DD/MM/AA	SIM
40	Assinatura	Assinatura do beneficiário dando ciência da realização do procedimento realizado		SIM
41	Data Término do tratamento	Data 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)	SIM
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)	SIM
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/coparticipação com base nos procedimentos solicitados/executados	Double (6,2)	SIM
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		NÃO
49	Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	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

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
51	Data, local e Carimbo da Empresa	Data, local e Carimbo identificador da empresa		NÃO