

# Manual de Instruções

## ODONTOLOGIA

**CAMED SAÚDE**

**Novembro/2025**

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	3
<b>2. Orientações Gerais</b>	4
2.1 Entrega de guias	4
2.2 PACOTES - Autorização e cobrança	4
<b>3. Formulários</b>	4
<b>3.1. PEG - Protocolo de Entrega de Guias (Modelo Camed)</b>	4
3.1.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	4
3.1.2 Modelo do PEG - Protocolo de Entrega de Guias	5
3.1.3 Legenda de preenchimento do PEG - Protocolo de Entrega de Guias	5
<b>3.2 Guia de Tratamento Odontológico</b>	7
3.2.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	7
3.2.2 Vinculação com outras guias	7
3.2.3 Modelo da Guia de Tratamento Odontológico	7
3.2.4 Legenda de preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico	8
<b>3.3 Guia de Recurso de Glosas Odontológicas</b>	15
3.3.1 Definição e finalidade de utilização do formulário	15
3.3.2 Vinculação com outras guias	15
3.3.3 Modelo da Guia de Recurso de Glosas Odontológicas	16
3.3.4 Legenda de preenchimento da Guia de Recurso de Glosas Odontológicas	16

## 1. INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Resolução Normativa nº. 114, de 26 de outubro de 2005, estabeleceu um padrão obrigatório de Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Em outubro/2012, por meio da Resolução Normativa nº 305, de 09 de outubro de 2012, a ANS estabeleceu um novo Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (Padrão TISS), com as seguintes finalidades:

- Padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas;
- Subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- Compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O novo Padrão TISS, obrigatório para todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços, é dividido em cinco componentes: *Organizacional; Conteúdo e Estrutura; Representação de Conceitos em Saúde; Segurança e Privacidade; e Comunicação.*

COMPONENTE	OBJETIVO
Organizacional	Estabelece o conjunto de regras operacionais.
Conteúdo e estrutura	Estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e nos formulários, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde.
Representação de conceitos em saúde	Estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.
Segurança e privacidade	Estabelece os requisitos de proteção para assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde. Tem como base o sigilo profissional e segue a legislação.
Comunicação	Estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. Adota a linguagem de marcação de dados XML - Extensible Markup Language.

Recomendamos observar as orientações descritas neste manual, principalmente no que se refere ao preenchimento dos campos obrigatórios das guias, evitando eventuais dificuldades no processo de autorização e/ou pagamento das contas.

Colocamo-nos a disposição para mais esclarecimentos por meio da nossa Gerência de Autorização e Suporte aos Prestadores - 4004 2323 ou por meio do portal [www.camed.com.br](http://www.camed.com.br).

## **2. ORIENTAÇÕES GERAIS**

### **2.1 Entrega de Guias**

A entrega de guias do Padrão TISS obedecerá ao calendário já acordado com a Camed.

Ressaltamos que os prestadores que encaminharem as cobranças de forma eletrônica estão dispensados da entrega de guias impressas e dos demais documentos referentes aos atendimentos prestados. Os documentos digitalizados deverão ser anexados a guia no Portal Benner Conecta. Exceção se faz para os casos em que o prestador efetuou a troca via eletrônica no Padrão TISS com certificado digital emitido por autoridade certificadora junto a ICP-Brasil.

### **2.2 PACOTES - Autorização e Cobrança**

Orientamos que, para toda e qualquer solicitação de autorização e faturamento de procedimentos negociados com a Camed sob a forma de pacote, deverá ser informado no campo "Tabela" da Guia de Tratamento Odontológico, o código 90 - Tabela Própria Pacote Odontológico (conforme tabela de domínio).

## **3. FORMULÁRIOS**

### **3.1 PEG - PROTOCOLO DE ENTREGA DE GUIAS**

#### **3.1.1 - Definição e finalidade de utilização do formulário**

O PEG é um formulário criado pela Camed que tem a finalidade de protocolar a entrega das guias manuais.



### 3.1.2 - Modelo do PEG - Protocolo de Entrega de Guias



**Camed**  
Saúde

**PEG - PROTOCOLO DE ENTREGA DE GUIAS**  
Central de Atendimento ao Prestador: 4004-2323  
www.camed.com.br

2 - Nº do PEG (Uso da Camed)

1 - Registro ANS

ANS nº 38569-7

3 - Cidade / UF da Prestação do Serviço

4 - CPF / CNPJ do Contratado Receptor do Pagamento

5 - Nome do Contratado Receptor do Pagamento

6 - Tipo de Guia

☐ GC - Guia de Consulta

☐ GH - Guia de Honorários

☐ GRI - Guia de Resumo de Internação

☐ SP/SADT

☐ GTO - Guia de Tratamento Odontológico

☐ Guia de Recurso de Glosas

☐ Guia de Recurso de Glosas Odontológicas

7 - Quantidade de Guias Entregues

8 - Valor Total das Guias - R\$

9 - Número das Guias Entregues (Preenchimento Opcional)


PARA USO DA CAMED

10 - Data de entrega na Camed

/ /

11 - Data da análise técnica

/ /

12 - Data da análise mat./med.

/ /

13 - Data da digitação

/ /

14 - Data da conferência

/ /

Assinatura

(Data Parâmetro para Pagamento)

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

OBSERVAÇÃO: 1ª VIA AZUL - CAMED SEDE - 2ª VIA BRANCA - PRESTADOR

Em caso de dúvida nos colocamos à disposição por meio da nossa Central de Atendimento a Prestadores, no telefone 4004-2323. NOV/2025

### 3.1.3 - Legenda de Preenchimento do PEG - Protocolo de Entrega de Guias



Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRIÇÃO / ORIENTAÇÕES PARA O PROCEDIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à ANS. Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº do PEG	Corresponde ao número do PEG. O preenchimento deste campo é de exclusividade da Camed.	
3	Cidade / UF de Prestação do Serviço	Informar a localidade onde foi realizado o serviço.	OBRIGATÓRIO
4	CNPJ / CPF do Contratado Recebedor do Pagamento	Informar o CNPJ ou CPF do prestador recebedor do pagamento.	OBRIGATÓRIO
5	Nome do Contratado Recebedor do Pagamento	Informar o nome completo ou razão social do recebedor do pagamento.	OBRIGATÓRIO
6	Tipo de Guia	Identificar o tipo de guia que está sendo entregue, registrando uma das opções constantes no próprio campo.  ATENÇÃO: É permitido somente um tipo de guia por PEG, ou seja, não poderá constar em um mesmo PEG guias de tipos distintos, com exceção da Guia de Outras Despesas, que está sempre vinculada a uma Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação.	OBRIGATÓRIO
7	Quantidade de Guias Entregues	Informar a quantidade de guias que estão sendo entregues.	OBRIGATÓRIO
8	Valor Total das Guias – R\$	Informar o somatório dos valores totais das guias que estão sendo anexadas ao PEG.	OBRIGATÓRIO
9	Número das Guias Entregues	Informar os números das guias que estão sendo entregues.	OPCIONAL
10	Data de entrega na Camed	Uso exclusivo da Camed.	
11	Data da análise técnica		
12	Data da análise mat/med		
13	Data da digitação		
14	Data da conferência		

## 3.2 Guia de Tratamento Odontológico

### 3.2.1 Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Tratamento Odontológico é utilizada para a solicitação de autorização de tratamento odontológico, cobrança e comprovação de presença do beneficiário.

### 3.2.2 Vinculação com outras guias

No campo “3 – Número da Guia Principal” deve ser informado o número de outra guia de tratamento odontológico ou o número da autorização quando a cobrança ou solicitação de autorização for continuidade de uma guia já enviada para cobrança.

### 3.2.3 Modelo da Guia de Tratamento Odontológico

Camed Saúde		GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO					2- Nº Guia no Prestador	
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data de Autorização	5 - Sexo	6 - Data de Validade da Guia	7 - Número da Guia Atribuída pelo Operadora			
Dados do Beneficiário								
8 - Nome do Cartão	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Validade da Carteira					
12 - Nome Social								
13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 - Aderimento a RN					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento								
17 - Nome do Profissional Solicitante			18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO			
21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante			23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES		
26 - Nome do Profissional Executante			27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados								
30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente Região	34 - Face	35 - Qtd	36 - Qtd US	37 - Valor R\$	38 - Fração (R\$)
39 - Aut	40 - Cód. Negat	41 - Data de Realização	42 - Assinatura					
43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Aderimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia (R\$)			
<p>Declaro, que após ter sido devidamente orientado sobre os procedimentos, custos, opções e alternativas de tratamento, conferido todos os documentos, aceite a realização e execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e ancorar nos custos previstos no contrato. Declaro, ainda, que não (previdenciado) desistirei ou não, e por não assinado(s), fui/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma subsidiária. 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 pagar-lhe os valores conforme previsto em contrato.</p>								
49 - Observação / Justificativa								
<p>50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante</p> <p>51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante</p> <p>52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista</p> <p>53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista</p> <p>54 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p>								

### 3.2.4 Legenda de Preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico

Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRIÇÃO / ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Número que identifica a operadora junto à ANS. Verifique o número do registro no verso do cartão.	OBRIGATÓRIO
2	Nº da Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO
3	Número da Guia Principal	Informar o número da guia principal à qual essa guia está relacionada ou o número da autorização.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico ou o procedimento possuir autorização.
4	Data da Autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed.
5	Senha	Informar o número da senha de autorização.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed com emissão de senha.
6	Data de Validade da Senha	Informar a data de validade da senha de autorização do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de autorização pela Camed com emissão de senha com prazo de validade.



7	Numero da guia Atribuído pela Operadora	Informar o número atribuído pela operadora que identifica a guia.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>			
8	Número da Carteira	Informar o número do cartão do beneficiário atendido.	OBRIGATÓRIO
9	Plano	Informar o nome do plano do beneficiário. Informação constante no cartão de identificação do beneficiário no canto superior direito.	OBRIGATÓRIO
10	Empresa	Informar o nome da empresa a qual pertence o beneficiário.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando tratar-se de um plano empresarial.
11	Validade da Carteira	Informar a data final (dia, mês e ano) da validade do cartão do beneficiário atendido. Considerar o último dia do mês para a data final da validade <b>quando não houver o dia impresso no cartão.</b>	CONDICIONADO. Deve ser preenchido se a carteira do beneficiário tiver data de validade.
57	Nome social	Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	Condicionado. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
13	Nome	Informar o nome do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
14	Telefone	Informar o número do telefone de contato com o beneficiário.	OBRIGATÓRIO
15	Nome do titular do plano	Informar o nome do titular do plano.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.

16	Atendimento a RN	Informar 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.
<b>DADOS DO CONTRATADO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO</b>			
17	Nome do Profissional Solicitante	Informar o nome do profissional que está solicitando o procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
18	Numero no CRO	Informar o número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
19	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
20	Código CBO	Informar o Código Brasileiro de Ocupação em Saúde correspondente à especialidade do profissional solicitante, conforme a tabela de domínio nº 24 – Código Brasileiro de Ocupação (CBO).	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

21	Código na Operadora	Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do contratado executante.	OBRIGATÓRIO
22	Nome do Contratado Executante	Informar a Razão Social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do contratado executante.	OBRIGATÓRIO
23	Numero no CRO	Informar o número do registro profissional no Conselho Regional de Odontologia da pessoa jurídica (quando o campo 21 for preenchido com CNPJ) ou da pessoa física (quando o campo 21 for preenchido com CPF).	OBRIGATÓRIO
24	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	OBRIGATÓRIO
25	Código CNES	Informar o CNES/MS – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde do prestador contratado executante informado nos campos 21 e 22.	OBRIGATÓRIO. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999.
26	Nome do Profissional Executante	Informar o nome do profissional que executou o procedimento (Pessoa Física).	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo 22 – Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
27	Número no CRO	Informar o número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo 22 – Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.

28	UF	Informar a sigla da Unidade Federativa correspondente ao conselho do profissional executante, conforme tabela de domínio nº 59-Unidades da Federação.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo 22 – Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.
29	Código CBO	Informar o Código Brasileiro de Ocupação da especialidade do profissional executante, conforme a tabela de domínio nº 24 – CBO.	OBRIGATÓRIO
<b>PLANO DE TRATAMENTO/ PROCEDIMENTOS SOLICITADOS/ PROCEDIMENTOS EXECUTADOS</b>			
30	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	OBRIGATÓRIO
31	Código do Procedimento	Informar o código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	OBRIGATÓRIO
32	Descrição	Descrição do procedimento realizado, referente ao código informado no campo 31.	OBRIGATÓRIO
33	Dente/Região	Informar o código identificador da denteção permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.
34	Face	Informar o código identificador da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32 – Faces do Dente.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
35	Qtde	Informar a quantidade solicitada/ executada do procedimento.	OBRIGATÓRIO

36	Qtde US	Informar a quantidade de Unidades de Serviço (US) do procedimento solicitado / executado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
37	Valor (R\$)	Informar o valor unitário do procedimento realizado.	OBRIGATÓRIO
38	Franquia (R\$)	Informar o valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
39	Aut	Informar o indicador de autorização para o procedimento.	OBRIGATÓRIO. Preencher com S(sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N(não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
40	Cod. Negativa	Informar o código de negativa, conforme tabela de domínio nº 38 – Mensagens (glosas, negativas e outras).	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
41	Data de Realização	Informar a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
42	Assinatura	Registrar a assinatura do beneficiário dando ciência da realização do procedimento cobrado.	OBRIGATÓRIO

43	Data de Término do Tratamento	Informar a data prevista para o término do tratamento odontológico.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.
44	Tipo de Atendimento	Informar o código do tipo do atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	OBRIGATÓRIO
45	Tipo de Faturamento	Informar o código do tipo de faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
46	Total Quantidade US	Informar o somatório do campo 36-Qtde US.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.
47	Valor Total (R\$)	Informar o somatório do campo 37-Valor (R\$).	OBRIGATÓRIO
48	Valor Total Franquia (R\$)	Informar o somatório do campo 38-Franquia (R\$).	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
49	Observação / Justificativa	Registrar as informações adicionais sobre o tratamento do beneficiário, caso seja necessário.	OPCIONAL
50	Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	Informar a data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	OBRIGATÓRIO
51	Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	Registrar a assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	OBRIGATÓRIO

52	Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista	Informar a data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.	OBRIGATÓRIO
53	Assinatura do Cirurgião-Dentista	Registrar a assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.	OBRIGATÓRIO
54	Data da Assinatura do Beneficiário ou responsável	Informar a data da assinatura do beneficiário ou responsável.	OBRIGATÓRIO
55	Assinatura do Beneficiário ou responsável	Registrar a assinatura do beneficiário ou responsável.	OBRIGATÓRIO

### 3.3 GUIA DE RECURSO DE GLOSAS ODONTOLÓGICAS

#### 3.3.1 – Definição e finalidade de utilização do formulário

A Guia de Recurso de Glosas Odontológicas tem a finalidade de ser utilizada para recurso sobre glosa(s) ocorrida(s) em um lote/protocolo ou em guias do prestador. O recurso de glosa de protocolo deverá ser emitido somente quando todo o protocolo tiver sido glosado.

#### 3.3.2 – Vinculação com outras Guias

No caso de recurso de glosa de protocolo, no campo “9- Número do Protocolo” deve ser informado o número do protocolo que está sendo recursado, atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador. Em se tratando de recurso de glosa de guia, no campo “14- Número da guia atribuído pela operadora”, deve ser informado o número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.

### 3.3.3 – Modelo da Guia de Recurso de Glosas Odontológicas

**GUIA DE RECURSO DE GLOSAS ODONTOLÓGICAS** 2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 2 - Nome da Operadora 3 - Objeto do Recurso 4 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora

5 - Código na Operadora 6 - Nome do Contratado

7 - Número do protocolo 8 - Número da Guia 9 - Número do Protocolo 10 - Código da Glosa do Protocolo 11 - Justificativa 12 - Aceite

13 - Número da guia no prestador 14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15 - Série

16 - Nome Social do beneficiário 17 - Nome do Beneficiário

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) 19 - Aceite

20 - Data realização procedimento 21 - Dente/Região 22 - Face 23 - Quantidade 24 - Tabela 25 - Procedimento/Tipo assistencial 26 - Descrição do procedimento 27 - Código da Glosa

28 - Valor Recusado 29 - Justificativa do prestador 30 - Valor Aceite 31 - Justificativa da operadora

32 - Valor Total Recusado (R\$) 33 - Valor Total Aceite (R\$)

34 - Data do recurso 35 - Assinatura do Prestador 36 - Data de Assinatura da Operadora 37 - Assinatura da Operadora

### 3.3.4 – Legenda de Preenchimento da Guia de Recurso de Glosas Odontológicas

Nº DO CAMPO	NOME DO CAMPO	DESCRIÇÃO / ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Informar o número que identifica a operadora junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Verificar o número do registro no verso do cartão do beneficiário.	OBRIGATÓRIO
2	Nº Guia no Prestador	Informar o número que identifica a guia no prestador de serviços.	OBRIGATÓRIO
3	Nome da Operadora	Informar a Razão Social ou nome fantasia da operadora de planos privados de assistência à saúde.	OBRIGATÓRIO



4	Objeto do Recurso	Informar se o recurso apresentado se refere a um protocolo ou a guias específicas dentro do protocolo.	OBRIGATÓRIO. Deve ser preenchido com o número 1 no caso de tratar-se de Recurso de Protocolo ou número 2 no caso de Recurso de Guia.
5	Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora	Informar o número da guia de recurso de glosas atribuído pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
DADOS DO CONTRATADO			
6	Código na Operadora	Informar o CNPJ (se Pessoa Jurídica) ou CPF (se Pessoa Física) do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
7	Nome do Contratado	Informar a razão social (se Pessoa Jurídica) ou nome (se Pessoa Física) do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	OBRIGATÓRIO
DADOS DO RECURSO DO PROTOCOLO			
8	Número do Lote	Informar o número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	OBRIGATÓRIO
9	Número do Protocolo	Informar número atribuído pela operadora ao lote de guias encaminhado pelo prestador.	OBRIGATÓRIO
10	Código da Glosa do Protocolo	Informar o código do motivo de glosa do protocolo, conforme tabela de domínio nº 38.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, quando o campo "4- Objeto do recurso" for igual a 1.

11	Justificativa	Informar a justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do protocolo, ou seja, quando o campo "4- Objeto do recurso" for igual a 1.
12	Acatado	Informar se o recurso apresentado pelo prestador para o protocolo foi acatado pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de recurso de protocolo. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
DADOS DO RECURSO DA GUIA			
13	Número da Guia no prestador	Informar o número identificador da guia a que se refere o recurso.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, quando o campo "4- Objeto do recurso" for igual a 2.
14	Número da Guia atribuído pela operadora	Informar o número atribuído pela operadora que identifica a guia a que se refere o recurso.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido caso o prestador utilize mais de uma vez o mesmo número de guia no mesmo lote e a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

15	Senha	Informar a senha de autorização emitida pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de emissão de senha de autorização pela operadora.
38	Nome social	Nome do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.	CONDICIONADO. Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).
16	Nome do beneficiário	Informar o nome do beneficiário.	OBRIGATÓRIO.
17	Código da glosa da guia	Informar o código do motivo de glosa da guia, conforme tabela de domínio nº 38.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, quando o campo "4- Objeto do recurso" for igual a 2.
18	Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	Informar a justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa da guia, ou seja, quando o campo "4- Objeto do recurso" for igual a 2.
19	Acatado	Informar se o recurso apresentado pelo prestador para a guia foi acatado pela operadora.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de recurso da guia. Informar S (sim) caso o recurso tenha sido acatado e com N (não) caso o recurso não tenha sido acatado.
DADOS DOS ITENS DA GUIA			

20	Data realização procedimento	Informar a data em que o atendimento/procedimento foi realizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
21	Dente / Região	Identificar a dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região da boca de acordo com a tabela de domínio regiões nº 42.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região da boca.
22	Face	Identificar a(s) face(s) do dente referido no campo "Dente", conforme tabela de domínio nº 32.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
23	Quantidade	Informar a quantidade realizada do procedimento apresentado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
24	Tabela	Informar o código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
25	Procedimento / Item Assistencial	Informar o código identificador do procedimento ou item assistencial realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.

26	Descrição do Procedimento	Informar a descrição do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
27	Código da glosa	Informar o código do motivo de glosa do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 38.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
28	Valor recursado	Informar o valor da guia ou do procedimento apresentado como recurso pelo prestador.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
29	Justificativa do Prestador	Informar a justificativa do prestador para apresentação do recurso de glosa.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de apresentação de recurso para a glosa do procedimento ou item assistencial.
30	Valor Acatado	Informar o valor da guia ou do procedimento recursado acatado pela operadora.	OBRIGATÓRIO. Caso a operadora não tenha acatado recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
31	Justificativa da Operadora	Informar a justificativa da operadora ao não deferir totalmente o recurso de glosa.	CONDICIONADO. Deve ser preenchido em caso de deferimento parcial ao recurso de glosa.
32	Valor Total Recursado (R\$)	Informar o valor total das guias ou dos procedimentos apresentados como recurso pelo prestador.	OBRIGATÓRIO

33	Valor Total Acatado (R\$)	Informar o valor total acatado pela operadora do que foi apresentado no recurso de glosa.	OBRIGATÓRIO. Caso a operadora não tenha acatado recurso do prestador o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).
34	Data do Recurso	Informar a data em que o prestador está apresentando o recurso de glosa.	OBRIGATÓRIO
35	Assinatura do Prestador	Registrar a assinatura do prestador contratado.	OBRIGATÓRIO
36	Data da Assinatura da Operadora	Informar a data da assinatura da operadora.	OBRIGATÓRIO
37	Assinatura da Operadora	Registrar a assinatura da operadora.	OBRIGATÓRIO