

Legenda da Guia de Honorário Individual

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS. Já consta na Guia.	SIM
2	Número da guia	Número da guia. Já consta na Guia.	SIM
3	Nº Guia Solicitação	Número da guia de solicitação de internação ou senha.	SIM
4	Data de emissão da guia	Data em que a Guia é emitida.	SIM
Dados do beneficiário			
5	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM
6	Plano	Nome do plano do beneficiário (Ex. Standard, Preferencial, Executivo, etc)	SIM
7	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	Obrigatório quando plano empresarial
8	Nome	Nome do beneficiário	SIM
9	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	NÃO
Dados do contratado (onde foi executado o procedimento)			
10	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado	SIM
11	Nome do contratado	Nome do contratado	SIM
12	Código CNES	Código CNES do contratado	SIM, se prestador executante for hospital
Dados do contratado Executante			
13	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora (CRM) ou CNPJ ou CPF do contratado	SIM
14	Nome do contratado executante	Nome do contratado executante	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado executante	SIM, se prestador executante for hospital
16	Tipo da acomodação autorizada	Tipo de acomodação conforme tabela de domínio (3.13).	NÃO
17	Grau de participação	Grau de participação do profissional na equipe médica executante do serviço conforme tabela de domínio (3.19).	SIM
18	Nome do Profissional executante	Nome do profissional que executou o serviço.	Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 14 se referir a pessoa jurídica

19	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio (3.2).	SIM
20	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante	SIM
21	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	SIM
22	Número do CPF	Número do CPF do profissional executante do serviço	NÃO
Dados do atendimento/ Procedimento realizado			
23	Data	Data de realização do procedimento	SIM
24	Hora Inicial	Horário inicial da realização do procedimento	SIM, se o procedimento realizado conforme item 18 de instruções gerais da Tabela AMB 92
25	Hora Final	Horário final da realização do procedimento	SIM, se o procedimento realizado conforme item 18 de instruções gerais da Tabela AMB 92
26	Tabela	Código da tabela de codificação dos procedimentos (Tabela de Domínio 3.5)	SIM
27	Código do Procedimento	Código do procedimento realizado	SIM
28	Descrição	Descrição do procedimento realizado	SIM
29	Quantidade	Quantidade realizada do procedimento apresentado	SIM
30	Via de acesso	Via de acesso conforme tabela de domínio (3.17)	SIM, se procedimento cirurgico
31	Técnica utilizada	Técnica utilizada conforme tabela de domínio (3.18)	SIM, se procedimento cirurgico
32	% Redução / Acréscimo	Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado	NÃO
33	Valor unitário	Valor monetário de cada procedimento	NÃO
34	Valor total	Valor monetário do procedimento considerando a quantidade executada	NÃO
35	Total Geral Honorário	Valor final do honorário médico considerando o somatório do campo 'valor total'	NÃO

36	Observação	Observações	NÃO
37	Data / Assinatura	Campos destinados para data completa e assinatura do prestador	SIM
38	Data / Assinatura	Campos destinados para data completa e assinatura do beneficiário / responsável	SIM

Observação:

- Os campos **hachurados** que estão contidos nas guias representam campos de preenchimento **não** obrigatórios.
- Os campos em **branco** que estão contidos nas guias representam campos de preenchimento **obrigatórios**.