

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS OBRIGATÓRIOS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO– MEDISUL

NÚMERO DO CAMPO	NOME DO CAMPO	INTRUÇÕES
1	Registro ANS	Nas guias em papel impressas pela Medisul e nas guias disponibilizadas no site da Medisul, este dado já estará impresso. Nas guias eletrônicas preencher com o número 349127 . Condição de Preenchimento: Obrigatório
2	Número da guia no prestador	Nas guias em papel impressas pela Medisul, este dado já estará impresso. Nas guias eletrônicas, essa numeração é de responsabilidade do credenciado, devendo, cada guia, ter um número único, não sendo permitida sua repetição, sob pena de não recebimento da guia. O número da guia deve ter formato exclusivamente numérico, sendo vedado o formato alfanumérico. Condição de Preenchimento: Obrigatório
3	Numero da guia principal	Preencher quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico. Condição de Preenchimento: Condicionado
4	Data da autorização	Preencher com a data em que foi concedida a autorização. Condição de Preenchimento: Condicionado
5	Senha	Preencher com a senha fornecida pela Medisul, no momento da autorização. Condição de Preenchimento: Condicionado
6	Data de validade da senha	Preencher com a data limite de validade da senha concedida pela Medisul para execução do procedimento. Condição de Preenchimento: Condicionado
7	Numero da guia atribuído pela operadora	Preencher se a Medisul atribuir outro numero à guia, independente do número que a identifica no prestador. Condição de Preenchimento: Condicionado

DADOS DO BENEFICIÁRIO		
8	Número da carteira	Copiar da carteirinha do beneficiário da Medisul. Condição de Preenchimento: Obrigatório
9	Plano	Copiar da carteirinha do beneficiário da Medisul. Condição de Preenchimento: Obrigatório
10	Empresa	Preencher quando se tratar de um plano empresarial. Condição de Preenchimento: Condicionado
11	Validade da carteira	Copiar da carteirinha do beneficiário da Medisul. Condição de Preenchimento: Condicionado
12	Cartão Nacional de Saúde	Preencher caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde. Condição de Preenchimento: Condicionado
13	Nome	Copiar da carteirinha do beneficiário da Medisul. Condição de Preenchimento: Obrigatório
14	Telefone	Preencher caso o beneficiário possua telefone de contato. Condição de Preenchimento: Condicionado
15	Nome do titular do plano	Preencher quando for diferente do beneficiário. Condição de Preenchimento: Condicionado
16	Atendimento a RN	Preencher "S"- sim- caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja responsável e "N"- não- quando o atendimento for do próprio beneficiário. Condição de Preenchimento: Obrigatório
DADOS DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO		
17	Nome do profissional solicitante	Preencher somente se o profissional for diferente do executante ou não seja informado o executante. Condição de Preenchimento: Condicionado
18	Número no CRO	Preencher somente se o profissional for diferente do executante ou não seja informado o executante. Condição de Preenchimento: Condicionado

19	UF	<p>Código da Unidade Federativa do conselho profissional. Preencher somente se o profissional for diferente do executante ou não seja informado o executante.</p> <p>Rio Grande do Sul RS= 43</p> <p>Para outros Estados verificar Tabela de Domínio 59</p> <p>Condição de Preenchimento: Condicionado</p>
20	Código CBO	<p>Código na classificação brasileira de ocupações. Preencher somente se o profissional for diferente do executante ou não seja informado o executante.</p> <p>Verificar tabela de Domínio 24</p> <p>Condição de Preenchimento: Condicionado</p>
21	Código na operadora	<p>Preencher com o código identificador do prestador contratado executante junto a Medisul, conforme contrato estabelecido</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p>
22	Nome do contratado executante	<p>Preencher com a razão social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p>
23	Numero no CRO	<p>Número de registro no conselho regional de odontologia do contratado executante.</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p>
24	UF	<p>Código da sigla da Unidade Federativa do conselho profissional ao qual pertence o prestador executante do procedimento.</p> <p>Rio Grande do Sul RS= 43</p> <p>Para outros Estados verificar Tabela de Domínio 59</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p>
25	Código CNES	<p>Preencher com o código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p> <p>Obs. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 99999999.</p>

26	Nome do profissional executante	<p>Preencher com o nome do profissional que executou o procedimento. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo nome do contratado executante for pessoa jurídica.</p> <p>Condição de Preenchimento: Condicionado</p>
27	Numero no CRO do profissional executante	<p>Preencher com o número de registro no conselho profissional de odontologia do profissional executante. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo nome do contratado executante for pessoa jurídica.</p> <p>Condição de Preenchimento: Condicionado</p>
28	UF	<p>Código da sigla da Unidade Federativa do conselho profissional do executante do procedimento. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo nome do contratado executante for pessoa jurídica.</p> <p>Rio Grande do Sul RS= 43</p> <p>Para outros Estados verificar Tabela de Domínio 59</p> <p>Condição de Preenchimento: Condicionado</p>
29	Código CBO	<p>Preencher com o código na classificação brasileira de ocupações do profissional executante pelo procedimento.</p> <p>Verificar tabela de Domínio 24</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p>
PLANO DE TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS/ PROCEDIMENTO EXECUTADOS		
30	Tabela	<p>Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados.</p> <p>Diárias, taxas e gases medicinais=18 Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)=19 Medicamentos=20 Procedimentos e eventos em saúde=22 Tabela Própria Pacote Odontológico=90 Tabela Própria de Pacotes=98 Tabela própria das operadoras=00</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p>

31	Código do procedimento solicitado	<p>Preencher com o código do procedimento solicitado pelo prestador, de acordo com a tabela TUSS.</p> <p>Verificar tabela de Domínio 22</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p>
32	Descrição	<p>Descrição completa do procedimento solicitado, conforme constar na tabela acordada com a Medisul.</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p>
33	Dente/Região	<p>Preencher com a identificação da dentição permanente ou decídua ou identificação da região da boca.</p> <p>Verificar tabela(s) de Domínio 28/42</p> <p>Condição de Preenchimento: Condicionado</p>
34	Face	<p>Preencher com a identificação da(s) face(s) do dente referido no campo dente.</p> <p>Verificar tabela de Domínio 32</p> <p>Condição de Preenchimento: Condicionado</p>
35	Qtde	<p>Preencher com a quantidade solicitada/executada do procedimento.</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p>
36	Qtde US	<p>Preencher com a quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/executado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da Medisul em US.</p> <p>Condição de Preenchimento: Condicionado</p>
37	Valor	<p>Preencher com o valor unitário do procedimento realizado</p> <p>Condição de Preenchimento: Obrigatório</p>
38	Franquia	<p>Preencher com o valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento.</p> <p>Condição de Preenchimento: Condicionado</p>

39	AUT- Indicador de Autorização	Indicador de autorização para o procedimento. Preencher “S”- sim- quando o procedimento foi autorizado pela Medisul e “N”-não- quando a realização do procedimento não foi autorizada pela Medisul. Condição de Preenchimento: Obrigatório
40	Cod. Negativa	Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador. Condição de Preenchimento: Condicionado
41	Data	Data de realização do atendimento/procedimento. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Formato: DD/ MM/AAAA Condição de Preenchimento: Condicionado
42	Assinatura	Assinatura do beneficiário ou responsável. Condição de Preenchimento: Obrigatório
43	Data de término do tratamento.	Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da Medisul. Condição de Preenchimento: Condicionado
44	Tipo de atendimento	Deve ser preenchido com o código do tipo de atendimento em odontologia. Verificar tabela de Domínio 51 Condição de Preenchimento: Obrigatório
45	Tipo de faturamento	Código do tipo de faturamento. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Verificar tabela de Domínio 55 Condição de Preenchimento: Condicionado

46	Total de quantidade US	Somatório da quantidade de US dos procedimentos solicitados/executados. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da Medisul em US. Condição de Preenchimento: Condicionado
47	Valor Total	Valor total em R\$ de todos os procedimento/serviço realizados. Condição de Preenchimento: Obrigatório
48	Valor total da franquia	Deve ser preenchido com o valor total da franquia, quando houver participação do beneficiário no pagamento do profissional. Condição de Preenchimento: Condicionado
49	Observação/Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre os atendimentos ou justificativas que julgue necessário. Condição de Preenchimento: Opcional
50	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento. Condição de Preenchimento: Obrigatório
51	Assinatura do cirurgião-dentista solicitante	Assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento. Condição de Preenchimento: Obrigatório
52	Data da assinatura do cirurgião-dentista	Data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento. Condição de Preenchimento: Obrigatório
53	Assinatura do cirurgião-dentista	Assinatura do profissional que executou o procedimento. Condição de Preenchimento: Obrigatório
54	Data da assinatura do beneficiário ou responsável	Data da assinatura do beneficiário ou responsável. Condição de Preenchimento: Obrigatório
55	Assinatura do beneficiário ou responsável	Colher a assinatura do beneficiário ou responsável. Condição de Preenchimento: Obrigatório

