

A Guia Comprovante Presencial é utilizada em situações em que o atendimento e/ou procedimento é autorizado via Web, para colher assinatura do paciente ou responsável.

02 - Nº Guia Prestador - Número que identifica a guia no prestador de serviços. *Preencher o número que identifica a guia no prestador de serviços.* - Obrigatório

DADOS DO CONTRATADO

- 03 - Código na Operadora - Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. *Preencher o CNPJ (quando Pessoa Jurídica) ou CPF (quando Pessoa Física) do contratado solicitante.* - Obrigatório
- 04 - Nome do Contratado - Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento. *Preencher o nome do contratado, conforme explicado acima.* - Obrigatório
- 05 - Código CNES - Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS). *Preencher o código do CNES do prestador. Caso não possua o código Preencher 9999999.* - Obrigatório
- 06 - Nome do Profissional Executante - Nome do profissional que executou o procedimento. *Preencher o campo conforme explicado acima, quando o prestador contratado referido no campo "Nome do Contratado" for pessoa jurídica.* - Condicionado
- 07 - Conselho Profissional - Código do conselho profissional do executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26. - Obrigatório
- 08 - Número no Conselho - Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional. - Obrigatório
- 09 - UF - Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59. - Obrigatório
- 10 - Código CBO - Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24. - Obrigatório

BENEFICIÁRIOS

- 11 - Data do atendimento - Data em que o atendimento/procedimento foi realizado. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, da realização do atendimento/procedimento.* - Obrigatório
- 12 - Número da Carteira - Número da carteira do beneficiário na operadora. Número da carteira do beneficiário na operadora. *Preencher o número de inscrição do beneficiário atendido (10 dígitos) localizado à esquerda do cartão.* - Obrigatório
- 13 - Nome do Beneficiário - Nome do beneficiário. - Obrigatório
- 14 - Número da Guia Principal - Número da guia principal. *Preencher o número da guia principal no prestador.* - Obrigatório
- 15 - Assinatura - Assinatura do beneficiário ou responsável. - Obrigatório
- 16 - Data - Data da assinatura do prestador contratado. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, do preenchimento dessa guia.* - Obrigatório
- 17 - Assinatura do Contratado - Assinatura do prestador contratado. - Obrigatório