

**MANUAL DE PREENCHIMENTO DA FICHA CLÍNICA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO – TISS**

Edição – agosto de 2018

Nº do Campo na guia	Nome do campo na guia	Descrição	Condição de Preenchimento
1	Registro ANS	Registro da operadora.	Obrigatório.
2	Número da guia no prestador	Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
3	Número da guia principal	Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.	Condicionado. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
4	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Obrigatório.
5	Senha	Senha de autorização emitida pela operadora	Obrigatório.
6	Data de validade da senha	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
7	Número da guia atribuído pela operadora	Número que identifica a guia atribuída pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
8	Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora.	Obrigatório.
9	Nome do plano de saúde do beneficiário	Nome do plano de saúde do beneficiário.	Obrigatório.
10	Empresa	Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário.	Obrigatório quando se tratar de um plano empresarial.
11	Data de validade da carteira	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido se a carteira do beneficiário tiver data de validade.
12	Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
13	Nome do beneficiário	Nome do beneficiário.	Obrigatório.
14	Telefone do beneficiário	Número do telefone do beneficiário.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua telefone de contato.
15	Nome do titular do plano	Nome do titular do plano	Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.

16	Indicador de atendimento ao recém-nato	Indica 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. “ a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.”	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.
17	Nome do profissional solicitante	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	Número no CRO do solicitante	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 do conselho do profissional solicitante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.
20	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

Tabela de domínio 24 - CBOS			
Código	Ocupação	Código	Ocupação
223204	Cirurgião dentista - auditor	223252	Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial
223208	Cirurgião dentista - clínico geral	223256	Cirurgião dentista - protesista
223212	Cirurgião dentista - endodontista	223260	Cirurgião dentista - radiologista
223216	Cirurgião dentista - epidemiologista	223264	Cirurgião dentista - reabilitador oral
223220	Cirurgião dentista - estomatologista	223268	Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial
223224	Cirurgião dentista - implantodontista	223272	Cirurgião dentista de saúde coletiva
223228	Cirurgião dentista - odontogeriatra	223276	Cirurgião dentista - odontologia do trabalho
223232	Cirurgião dentista - odontologista legal	223280	Cirurgião dentista - dentística
223236	Cirurgião dentista - odontopediatra	223284	Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor
223240	Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista	223288	Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais
223244	Cirurgião dentista - patologista bucal	223293	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família
223248	Cirurgião dentista - periodontista		

21	Código do executante na operadora	Código identificador do prestador é o nº de inscrição (código) do cooperado junto à cooperativa.	Obrigatório.
22	Nome do executante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
23	Número no CRO do executante UF do conselho do executante	Número de registro no CRO.	Obrigatório.
24	UF do conselho do executante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional.	Obrigatório.
25	Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS).	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES, preencher o campo com 9999999.
26	Nome do profissional executante	Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for Pessoa Jurídica (clínica).
27	Número no CRO do profissional executante	Número de registro no CRO	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for Pessoa Jurídica (clínica).
28	UF do conselho do profissional executante	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for Pessoa Jurídica (clínica).
29	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
30	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Tabela de domínio 87 - tabelas	
Código	Tipo de tabela
00	Tabela própria das operadoras - UNIODONTO
18	Diárias, taxas e gases medicinais
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20	Medicamentos
22	Procedimentos e eventos em saúde
90	Tabela Própria Pacote Odontológico
98	Tabela Própria de Pacotes

31	Código do procedimento solicitado	Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
32	Descrição do procedimento solicitado	Descrição do procedimento solicitado pelo prestador	Obrigatório.
33	Identificação do dente ou região da boca	Identificação da 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 de regiões nº 42.	Obrigatório. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.

Resumo das terminologias e abreviações

RIS 11/21/51/61

RCSD 13/12/53/52

RPSD 15/14

RPD 14/15/44/45

RMD 16/17/18/46/47/48/54/55/84/85

RMSD 18/17/16/55/54

ASAI arcada superior e inferior / boca toda

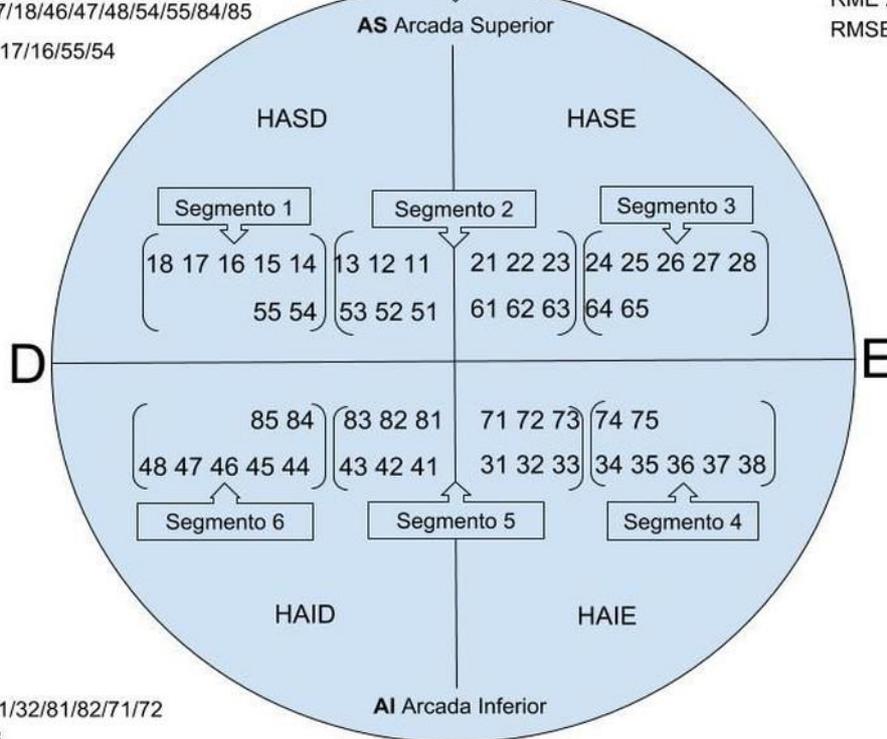
RCSE 23/22/63/62

RPSE 25/24

RPE 24/25/34/35

RME 26/27/28/36/37/38/64/65/74/75

RMSE 28/27/26/65/64



RII 41/42/31/32/81/82/71/72

RCID 43/83

RPID 45/44

RMID 48/47/46/85/84

RCIE 33/73

RPIE 35/34

RMIE 38/37/36/75/74

ANEXO II

TERMINOLOGIA UNIFICADA - ANS / TUSS

NÚMERO, DESCRIÇÃO DOS DENTES, REGIÕES E OUTRAS ÁREAS DA BOCA

Arcada dentes permanentes - superior direita		Arcada dentes permanentes - superior esquerda	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
11	Incisivo Central Superior Direito	21	Incisivo Central Superior Esquerdo
12	Incisivo Lateral Superior Direito	22	Incisivo Lateral Superior Esquerdo
13	Canino Superior Direito	23	Canino Superior Esquerdo
14	Primeiro Pré-molar Superior Direito	24	Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo

15	Segundo Pré-molar Superior Direito	25	Segundo Pré-molar Superior Esquerdo
16	Primeiro Molar Superior Direito	26	Primeiro Molar Superior Esquerdo
17	Segundo Molar Superior Direito	27	Segundo Molar Superior Esquerdo
18	Terceiro Molar Superior Direito	28	Terceiro Molar Superior Esquerdo
19	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Superior Direito	29	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Superior Esquerdo

Arcada dentes permanentes - inferior direita		Arcada dentes permanentes - inferior esquerda	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
31	Incisivo Central Inferior Esquerdo	41	Incisivo Central Inferior Direito
32	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo	42	Incisivo Lateral Inferior Direito
33	Canino Inferior Esquerdo	43	Canino Inferior Direito
34	primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo	44	Primeiro Pré-molar Inferior Direito
35	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo	45	Segundo Pré-molar Inferior Direito
36	Primeiro Molar Inferior Esquerdo	46	Primeiro Molar Inferior Direito
37	Segundo Molar Inferior Esquerdo	47	Segundo Molar Inferior Direito
38	Terceiro Molar Inferior Esquerdo	48	Terceiro Molar Inferior Direito
39	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Inferior Esquerdo	49	Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Inferior Direito

Arcada dentes temporários - superior direita		Arcada dentes temporários - superior esquerda	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
51	Incisivo Central Decíduo Superior Direito	61	Incisivo Central Decíduo Superior Esquerdo
52	Incisivo Lateral Decíduo Superior Direito	62	Incisivo Lateral Decíduo Superior Esquerdo
53	Canino Decíduo Superior Direito	63	Canino Decíduo Superior Esquerdo
54	Primeiro Molar Decíduo Superior Direito	64	Primeiro Molar Decíduo Superior Esquerdo
55	Segundo Molar Decíduo Superior Direito	65	Segundo Molar Decíduo Superior Esquerdo
59	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi – Arco Superior Direito	69	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Superior Esquerdo

Arcada dentes temporários - inferior direita		Arcada dentes temporários - inferior esquerda	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
71	Incisivo Central Decíduo Inferior Esquerdo	81	Incisivo Central Decíduo Inferior Direito

72	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Esquerdo	82	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Direito
73	Canino Decíduo Inferior Esquerdo	83	Canino Decíduo Inferior Direito
74	Primeiro Molar Decíduo Inferior Esquerdo	84	Primeiro Molar Decíduo Inferior Direito
75	Segundo Molar Decíduo Inferior Esquerdo	85	Segundo Molar Decíduo Inferior Direito
79	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Inferior Esquerdo	89	Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Inferior Direito

Tabela de domínio 42 - regiões			
Arcos e Arcadas		Arcos e Arcadas	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
AS	Arco Superior	AI	Arco Inferior
HASD	Hemi-Arco Superior Direito	HASE	Hemi-Arco Superior Esquerdo
HAID	Hemi-Arco Inferior Direito	HAIE	Hemi-Arco Inferior Esquerdo
ASSI	Arcada Superior e Inferior		

Sextantes /segmentos		Sextantes / segmentos	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
S1	Sextante superior posterior direito	S4	Sextante inferior posterior esquerdo
S2	Sextante superior anterior	S5	Sextante inferior anterior
S3	Sextante superior posterior esquerdo	S6	Sextante inferior posterior direito

Dentes de cada Sextante / segmento		Dentes de cada Sextante / segmento	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
S1	18-17-16-15-14	S4	38-37-36-35-34
S2	13-12-11-21-22-23	S5	33-32-31-41-42-43
S3	24-25-26 -27-28	S6	44-45-46-47-48

Regiões		Regiões	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
RIS	Região dos Incisivos centrais superiores	RII	Região dos incisivos inferiores
RCSD	Região do canino e lateral superior direitos	RCSE	Região do canino e lateral superior esquerdos
RPSD	Região dos pré-molares superiores direitos	RPSE	Região dos pré-molares superiores esquerdos
RMSD	Região dos molares superiores direitos	RMSE	Região dos molares superiores esquerdos
RCID	Região de canino inferior direito	RCIE	Região de canino inferior esquerdo
RPID	Região dos pré-molares inferiores direitos	RPIE	Região dos pré-molares inferiores esquerdos
RMID	Região dos molares inferiores direitos	RMIE	Região dos molares inferiores esquerdos

RMD	Região dos molares lado direito	RME	Região dos molares lado esquerdo
RPD	Região dos pré-molares lado direito	RPE	Região dos pré-molares lado esquerdo
RMDP	Região dos molares e pré-molares lado direito	RMPE	Região dos molares e pré-molares lado esquerdo

Outras terminologias		Outras terminologias	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
SM	Região do assoalho do seio maxilar	LS	Lábio Superior
TU	Região do Túber	LI	Lábio Inferior
RL	Região Lingual	LG	Língua
RPD	Região palatina	CL	Comissura labial
RV	Região vestibular	AB	Assoalho da boca
RSMD	Região Sub-Mandibular Direita	RSME	Região Sub-Mandibular Esquerda
PA	Palato	MJ	Mucosa jugal
RSL	Região Sub-Lingual	PD	Palato duro
SI	Região de Sínfise	PM	Palato mole
FLI	Freio Lingual	RMD	Região retromolar
FLA	Freios labiais	MA	Mucosa alveolar
UV	Úvula	GI	Gengiva inserida
PP	Pregas palatinas	PT	Parótida
PI	Papila incisiva	TP	Tonsilas palatinas

34	Identificação da face do dente	Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32 .	Obrigatório Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.
----	--------------------------------	--	--

Tabela de domínio 32 - faces dos dentes			
FACES DOS DENTES		FACES DOS DENTES	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
O	Oclusal	I	Incisal
M	Mesial	D	Distal
P	Palatal	L	Lingual
V	Vestibular		

35	Quantidade de procedimentos	Quantidade solicitada /executada do procedimento.	Obrigatório.
36	Quantidade de unidades de serviço	Quantidade de unidades de serviço (USO) do procedimento solicitado/ executado.	Obrigatório. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em USO.
37	Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Valor unitário do procedimento realizado.	Obrigatório. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.

38	Valor da franquia do procedimento	Valor da franquia e ou coparticipação paga pelo beneficiário / empresa.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
39	Indicador de autorização	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	Código do motivo de negativa	Código do motivo de negativa conforme tabela de domínio nº 38.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.
41	Data de realização	Data em que o atendimento / procedimento foi realizado.	Obrigatório. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
42	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
43	Data de término do tratamento	Data prevista de 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 em odontologia	Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.	Obrigatório.

Tabela de domínio 51 - atendimento

Código	Tipo de atendimento
1	Tratamento odontológico
2	Exame radiológico
3	Ortodontia
4	Urgência / emergência
5	Auditoria

45	Tipo de faturamento	Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
----	---------------------	---	--

Tabela de domínio 55 - faturamento

Código	Tipo de faturamento
1	Parcial
2	Final
3	Complementar
4	Total

46	Total de unidades de serviços	Somatório da quantidade de unidade de serviços (USO) dos procedimentos solicitados.	Obrigatório. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em USO.
47	Valor total de procedimentos	Valor total de todos os procedimentos anotados, realizados.	Obrigatório.

48	Valor total de franquia da guia	Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.
49	Observação/Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.	Opcional.
50	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver preenchimento do campo 17 - nome do profissional solicitante.
51	Assinatura do cirurgião-dentista solicitante	Assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando houver preenchimento do campo 17 - nome do profissional solicitante
52	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante	Data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.	Obrigatório.
53	Assinatura do cirurgião-dentista executante	Assinatura do profissional que executou o procedimento.	Obrigatório.
54	Data da assinatura do beneficiário ou seu responsável	Data da assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
55	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.	Obrigatório.
56	Data do carimbo da empresa	Data do carimbo identificador da empresa.	Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel caso haja exigência da empresa à qual pertence o beneficiário.

Preenchimento GTO - Edição agosto de 2018.