Paniquar

GESTÃO DE RECEITA NA SAÚDE

MANUAL DAS GUIAS TISS

Guia de tratamento odontológico (GTO)

Solicitação e cobrança de procedimentos odontológicos, com dente, região e face de cada procedimento.

Francisco Paniquar Gatto · no setor de saúde desde 2002 · versão de 19/10/2026
Versão sempre atualizada em **paniquar.com**. Uso livre em treinamentos com citação da fonte · CC BY-NC 4.0 · paniquar.com.

Guia de tratamento odontológico (GTO)

Solicitação e cobrança de procedimentos odontológicos, com dente, região e face de cada procedimento.

Pontos de atenção

- Dente, região da boca e faces seguem tabelas de domínio próprias e são a principal fonte de glosa odontológica.
- Procedimentos que exigem autorização precisam da senha antes da execução.
- Imagens de início e fim de tratamento sustentam a auditoria odontológica.

Campos (55)

1 Registro ANS

Obrigatório

Texto · até 6 caracteres

Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Regra: Obrigatório.

2 Número da guia no prestador

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica a guia no prestador de serviços.

Regra: Obrigatório.
É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.

3 Número da guia principal

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número da guia principal à qual essa guia está relacionada.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.

4 Data da autorização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

5 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização emitida pela operadora

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

6 Data de validade da senha

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data de validade da senha de autorização do procedimento.

Regra: 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

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica a guia atribuído pela operadora.

Regra: 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

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

9 Nome do plano de saúde do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 60 caracteres

Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.

Regra: Obrigatório.

10 Empresa

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Razão Social ou nome fantasia da empresa a qual pertence o beneficiário

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de um plano empresarial

11 Data de validade da carteira

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da validade da carteira do beneficiário

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido se a carteira do beneficiário tiver data de validade.

57 **Nome social** Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.

Regra: Condicionado.
Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).

13 **Nome do beneficiário** Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

14 **Telefone do beneficiário** Condicionado

Texto · até 11 caracteres

Número do telefone do beneficiário

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua telefone de contato.

15 **Nome do titular do plano** Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do titular do plano

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando for diferente do beneficiário.

16 **Indicador de atendimento ao recém-nato** Obrigatório

Texto · até 1 caractere

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.

Regra: 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** Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que está solicitando o procedimento.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

18 Número no CRO do solicitante

Condicionado

Texto · até 15 caracteres

Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

19 UF do conselho do profissional solicitante

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

Valores aceitos (tabela de domínio 59, unidades da federação):

11	Rondônia
12	Acre
13	Amazonas
14	Roraima
15	Pará
16	Amapá
17	Tocantins
21	Maranhão
22	Piauí
23	Ceará
24	Rio Grande do Norte
25	Paraíba
26	Pernambuco
27	Alagoas
28	Sergipe
29	Bahia
31	Minas Gerais
32	Espírito Santo
33	Rio de Janeiro
35	São Paulo
41	Paraná
42	Santa Catarina
43	Rio Grande do Sul
50	Mato Grosso do Sul
51	Mato Grosso
52	Goiás
53	Distrito Federal
98	Países Estrangeiros

20 Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante

Condicionado

Texto · até 6 caracteres

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso seja um profissional diferente do executante ou não seja informado o executante.

21 Código do contratado executante na operadora

Obrigatório

Texto · até 14 caracteres

Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.

Regra: Obrigatório.

22 Nome do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

23 Número no CRO do contratado executante

Obrigatório

Texto · até 15 caracteres

Regra: Obrigatório.

24 **UF do conselho do prestador contratado executante** Obrigatório

Texto

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 59, unidades da federação):

11	Rondônia
12	Acre
13	Amazonas
14	Roraima
15	Pará
16	Amapá
17	Tocantins
21	Maranhão
22	Piauí
23	Ceará
24	Rio Grande do Norte
25	Paraíba
26	Pernambuco
27	Alagoas
28	Sergipe
29	Bahia
31	Minas Gerais
32	Espírito Santo
33	Rio de Janeiro
35	São Paulo
41	Paraná
42	Santa Catarina
43	Rio Grande do Sul
50	Mato Grosso do Sul
51	Mato Grosso
52	Goiás
53	Distrito Federal
98	Países Estrangeiros

25 Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante

Obrigatório

Texto · até 7 caracteres

Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)

Regra: Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

26 Nome do profissional executante

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que executou o procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.

27 Número no CRO do profissional executante

Condicionado

Texto · até 15 caracteres

Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.

28 UF do conselho do profissional executante

Condicionado

Texto · até 2 caracteres

Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado Executante for pessoa jurídica.

Valores aceitos (tabela de domínio 59, unidades da federação):

11	Rondônia
12	Acre
13	Amazonas
14	Roraima
15	Pará
16	Amapá
17	Tocantins
21	Maranhão
22	Piauí
23	Ceará
24	Rio Grande do Norte
25	Paraíba
26	Pernambuco
27	Alagoas
28	Sergipe
29	Bahia
31	Minas Gerais
32	Espírito Santo
33	Rio de Janeiro
35	São Paulo
41	Paraná
42	Santa Catarina
43	Rio Grande do Sul
50	Mato Grosso do Sul
51	Mato Grosso
52	Goiás
53	Distrito Federal
98	Países Estrangeiros

29 Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante

Obrigatório

Texto · até 6 caracteres

Regra: Obrigatório.

30 **Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado** Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 87, Relação das terminologias unificadas na saúde suplementar):

00	Tabela própria das operadoras
18	Diárias, taxas e gases medicinais
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20	Medicamentos
22	Procedimentos e eventos em saúde
23	Caráter do atendimento
24	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)
25	Código da despesa
26	Conselho profissional
27	Débitos e créditos
28	Dentes
29	Diagnóstico por imagem
30	Escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)
31	Estadiamento do tumor
32	Faces do dente
33	Finalidade do tratamento
34	Forma de pagamento
35	Grau de participação
36	Indicador de acidente
37	Indicador de débito ou crédito
38	Mensagens (glosas, negativas e outras)
39	Motivo de encerramento
40	Origem da guia
41	Regime de internação
42	Regiões da boca
43	Sexo
44	Situação inicial do dente
45	Status da solicitação
46	Status do cancelamento
47	Status da guia e do protocolo
48	Técnica utilizada
49	Tipo de acomodação
50	Tipo de atendimento

51	Tipo de atendimento em odontologia
52	Tipo de consulta
53	Tipo de demonstrativo
54	Tipo de guia
55	Tipo de faturamento
56	Natureza da guia
57	Tipo de internação
58	Tipo de quimioterapia
59	Unidade da federação
60	Unidade de medida
61	Via de acesso
62	Via de administração
63	Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS
64	Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS
65	Metástase
66	Nódulo
67	Tumor
68	Categoria de despesa
69	Versão do componente de comunicação do padrão
70	Forma de envio de padrão
71	Tipo de atendimento por operadora intermediária
72	Tipo de identificação do beneficiário
73	Etapas de autorização
74	Motivos de ausência do código de validação
87	Tabelas de domínio
90	Tabela Própria Pacote Odontológico
98	Tabela Própria de Pacotes
75	Cobertura especial
76	Regime de atendimento
77	Saúde ocupacional
78	Tipo de Pagamento
79	Modelos de Remuneração entre Operadoras e Prestadores
80	Formato do documento
81	Tipo do documento
82	Centro de consumo

31 Código do procedimento solicitado

Obrigatório

Texto · até 10 caracteres

Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.

Regra: Obrigatório.

32 Descrição do procedimento solicitado

Obrigatório

Texto · até 150 caracteres

Descrição do procedimento solicitado pelo prestador

Regra: Obrigatório.

33 Identificação do dente ou região da boca

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

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.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que o procedimento for associado a um dente ou a uma região.

34 Identificação da face do dente

Condicionado

Texto · até 5 caracteres

Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando for necessário identificar a(s) face(s) do dente que recebe(m) o tratamento.

Valores aceitos (tabela de domínio 32, faces do dente):

O	Oclusal
L	Lingual
M	Mesial
V	Vestibular
D	Distal
I	Incisal
P	Palatina

35 Quantidade de procedimentos

Obrigatório

Integer

Quantidade solicitada / executada do procedimento

Regra: Obrigatório.

36 Quantidade de unidades de serviço

Condicionado

Número · formato 5.2

Quantidade de unidades de serviço (US) do procedimento solicitado/ executado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.

37 Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor unitário do procedimento realizado

Regra: 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

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor da franquia paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de acordo com o valor do procedimento

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.

39 Indicador de autorização

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indicador de autorização para o procedimento.

Regra: 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

Condicionado

Texto · até 4 caracteres

Código do motivo de negativa, conforme tabela de domínio nº 38.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de negativa da autorização à solicitação do prestador.

Valores: tabela 38 da TUSS.

41 Data de realização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

42 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

43 Data de término do tratamento

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data prevista de término do tratamento odontológico

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido no caso de término do tratamento quando não há autorização prévia da operadora.

44 Tipo de atendimento em odontologia

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 51, tipo de atendimento em odontologia):

1	Tratamento Odontológico
2	Exame Radiológico
3	Ortodontia
4	Urgência/Emergência
5	Auditoria

45 Tipo de faturamento

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Código do tipo do faturamento apresentado nesta guia, conforme tabela de domínio nº 55.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

Valores aceitos (tabela de domínio 55, tipo de faturamento):

1	Parcial
2	Final
3	Complementar
4	Total

46 Total de unidades de serviços

Condicionado

Número · formato 8.2

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de existência de tabela de contratação da operadora em US.

47 Valor total de procedimentos

Obrigatório

Número · formato 8.2

Valor total de todos os procedimentos realizados.

Regra: Obrigatório.

48 Valor total de franquia da guia

Condicionado

Número · formato 8.2

Valor total da franquia correspondendo ao somatório do valor da franquia dos procedimentos executados

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido quando houver participação do beneficiário no pagamento ao profissional.

49 Observação / Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário

Regra: Opcional.

50 Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.

Regra: Obrigatório.

51 Assinatura do cirurgião-dentista solicitante

Obrigatório

Assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.

Regra: Obrigatório.

52 Data da assinatura do cirurgião-dentista

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.

Regra: Obrigatório.

53 Assinatura do cirurgião-dentista executante

Obrigatório

Assinatura do profissional que executou o procedimento.

Regra: Obrigatório.

54 Data da assinatura do beneficiário ou seu responsável

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data da assinatura do beneficiário ou responsável

Regra: Obrigatório.

55 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

Versão online: paniquar.com/guias-tiss/guia-de-tratamento-odontologico/ · Fonte: ANS, Componente de Conteúdo e Estrutura 202511 e TUSS 202609.