

Legenda da Guia de solicitação e realização de serviço profissional / serviço auxiliar diagnóstico e terapia (SP / SADT)

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório
Dados da autorização			
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	Número da guia principal	Número da guia principal (Ex. Guia de consulta / Guia de internação ou SP/SADT)	SIM (Obrigatório quando existir guia principal)
4	Data da autorização	Data da autorização	NÃO
5	Senha	Senha de autorização	NÃO
6	Validade da Senha	Data de validade da senha	NÃO
7	Data de emissão da guia	Data em que a guia é emitida.	SIM
Dados do beneficiário			
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário (Ex. Standard, Preferencial, Executivo, etc)	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	Obrigatório quando plano empresarial
11	Nome	Nome do beneficiário	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	NÃO
Dados do contratado solicitante			
13	Código na operadora/CNPJ/ CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	SIM
14	Nome do contratado	Nome do contratado solicitante	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	Obrigatório se o nome do contratado for Hospital - Campo 14
16	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante	Obrigatório apenas quando o campo 14 se referir à pessoa jurídica
17	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional conforme tabela de domínio (3.2)	SIM
18	Número no conselho	Número no conselho profissional	SIM
19	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	SIM
20	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio (3.25)	SIM
Dados da solicitação/procedimentos/exames solicitados			
21	Data/ hora da solicitação	Data/ hora da solicitação	NÃO

22	Caráter da solicitação	Código do caráter da solicitação Eletivo= "E" Urgência/Emergência ="U"	SIM
23	CID10	Código CID10 do diagnóstico principal	SIM
24	Indicação clínica	Deve ser preenchido pelo profissional solicitante	SIM
25	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio (3.5)	NÃO
26	Código do procedimento	Código do procedimento solicitado	NÃO
27	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento solicitado	SIM, pelo menos um procedimento será solicitado
28	Quantidade solicitada	Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento	SIM
29	Quantidade autorizada	Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento	SIM
Dados do contratado executante			
30	Código na Operadora/CNPJ/ CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	SIM
31	Nome do contratado	Nome do contratado	SIM
32	Tipo de logradouro	Tipo de Logradouro conforme tabela de domínio (3.1)	NÃO
33	Logradouro	Nome do logradouro	NÃO
34	Número	Número do endereço do contratado executante	NÃO
35	Complemento	Complemento do endereço do contratado executante	NÃO
36	Município	Município do contratado executante	NÃO
37	UF	Sigla da UF do contratado executante	NÃO
38	Código IBGE do município	Código IBGE do município do contratado executante	NÃO
39	CEP	CEP do contratado executante	NÃO
40	Código CNES	Código CNES do contratado executante	Obrigatório quando o contratado executante for hospital - Campos 30/31
40a	Código na Operadora / CPF do exec. complementar	Este campo identifica o profissional executante / complementar em qualquer procedimento não laboratorial	Obrigatório apenas quando os campos 30/31 se referir à pessoa jurídica

41	Nome do profissional executante / complementar	Este campo identifica o profissional executante / complementar em qualquer procedimento não laboratorial	Obrigatório apenas quando os campos 30/31 se referir à pessoa jurídica
42	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio (3.2)	Obrigatório quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a/41 forem preenchidos
43	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante	Obrigatório quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a/41 forem preenchidos
44	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	Obrigatório quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a/41 forem preenchidos
45	Código CBO-S	Código da especialidade do executante conforme tabela de domínio (3.25)	SIM quando executante / pessoa física
45a	Grau de Participação	Grau de participação do profissional na equipe médica de acordo com a tabela de domínio (3.19)	Obrigatório quando houver procedimentos em equipe
Dados do atendimento			

46	Tipo de atendimento	Código do tipo de atendimento da guia de SP/SADT (Tabela de Domínio 3.10) Remoção=1 Pequena Cirurgia=2 Terapia=3 Consulta=4 Exame=5 Atendimento Domiciliar=6 SADT Internado=7 Quimioterapia=8 Radioterapia=9 TRS Terapia Renal Substitutiva=10	SIM, selecionar uma das opções
47	Indicação de Acidente	Indica se houve (Tabela de Domínio 3.9): acidente ou doença relacionado ao trabalho = 0 trânsito= 1 outros = 2	Obrigatório se acidente ou doença relacionada ao trabalho
48	Tipo de saída	Código do tipo de saída (Tabela de Domínio 3.11): Retorno= 1 Retorno com SADT= 2 Referência = 3 Internação = 4 Alta= 5 Óbito=6	SIM
Consulta de Referência			
49	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença (Tabela de Domínio 3.7): Aguda = "A" Crônica = "C"	SIM
50	Tempo de doença referida pelo paciente	Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo (Tabela de Domínio 3.8): "A" = anos; "M" = meses; "D" = dias	SIM
Procedimentos e exames realizados			
51	Data	Data de realização do procedimento	SIM
52	Hora inicial	Hora inicial de realização do procedimento	Obrigatório quando cobrado por tempo
53	Hora final	Hora final de realização do procedimento	Obrigatório quando cobrado por tempo
54	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio (3.5)	SIM Pelo menos um procedimento deve ser informado

55	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	SIM Pelo menos um procedimento será informado
56	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento realizado	SIM, pelo menos um procedimento será informado
57	Quantidade realizada	Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/procedimento realizado	SIM
58	Via de acesso	Código da via de acesso (Tabela de Domínio 3.17) Única= "U" Mesma via="M" Diferentes vias= "D"	NÃO
59	Técnica utilizada	Código da técnica utilizada (Tabela de Domínio 3.18) Convencional= "C" Videolaparoscopia="V"	NÃO
60	% de redução/acrécimo	% de redução/ acréscimo no caso de cirurgia múltipla/radiologia de múltiplas áreas	NÃO
61	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ do procedimento/serviço realizado	NÃO
62	Valor total (R\$)	Valor total em R\$ dos procedimentos/serviços realizado	NÃO
63	Data e assinatura dos procedimentos em série	Data e assinatura dos procedimentos em série	Obrigatório quando procedimento em série
64	Observação	Observações / Justificativa	NÃO
65	Total Procedimentos	Valor em R\$ de procedimentos	NÃO
66	Total Taxas e Aluguéis	Valor em R\$ de taxas e aluguéis	NÃO
67	Total Materiais	Valor em R\$ de materiais	NÃO
68	Total Medicamentos	Valor em R\$ de medicamentos	NÃO
69	Total Diárias	Valor em R\$ de diárias	NÃO
70	Total Gases Medicinais	Valor em R\$ de gases medicinais	NÃO
71	Total Geral da guia	Valor em R\$ do total geral da guia	NÃO
OPM solicitadas			
72	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM e Medicamentos Especiais conforme tabela de domínio (3.5)	NÃO
73	Código OPM e Medicamentos Especiais	Código da OPM e Medicamentos Especiais solicitados	Obrigatório se necessário utilizar
74	Descrição OPM e Medicamentos Especiais	Descrição OPM e Medicamentos Especiais solicitados	Obrigatório se necessário utilizar

75	Qtde de OPM e Medicamentos Especiais	Quantidade de OPM e Medicamentos Especiais solicitados	NÃO
76	Fabricante OPM e Medicamentos Especiais	Nome do Fabricante da OPM e Medicamentos Especiais solicitados	NÃO
77	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM e Medicamentos Especiais utilizados	NÃO
OPM utilizadas			
78	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM e Medicamentos Especiais conforme tabela de domínio (3.5)	NÃO
79	Código OPM e Medicamentos Especiais	Código da OPM e Medicamentos Especiais utilizados	NÃO
80	Descrição OPM e Medicamentos Especiais	Descrição da OPM e Medicamentos Especiais utilizados	Obrigatório se necessário utilizar
81	Qtde de OPM e Medicamentos Especiais	Quantidade utilizada de OPM e Medicamentos Especiais	Obrigatório se necessário utilizar
82	Código de Barras	Código de barra identificador da OPM e Medicamentos Especiais utilizados	NÃO
83	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM e Medicamentos Especiais utilizados	NÃO
84	Valor Total (R\$)	Valor total em R\$ da OPM e Medicamentos Especiais utilizados	NÃO
85	Valor Total OPM e Medicamentos Especiais (R\$)	Valor total de OPM e Medicamentos Especiais em R\$	NÃO
86	Data e assinatura do solicitante	Data e assinatura do solicitante	SIM
87	Data e assinatura do responsável pela autorização	Data e assinatura do responsável pela autorização	SIM
88	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	SIM
89	Data e assinatura do prestador executante	Data e assinatura do prestador executante	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**.

Medicamentos Especiais: Medicamentos de alto custo. Exemplo: Quimioterápicos