

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS
 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
 5 - Senha
 6 - Data de Validade da Senha
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira
 9 - Validade da Carteira
 10 - Nome
 11 - Cartão Nacional de Saúde
 12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante
 13 - Código na Operadora
 14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante
 16 - Conselho Profissional
 17 - Número no Conselho
 18 - UF
 19 - Código CBO
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
 21 - Caráter do Atendimento
 22 - Data da Solicitação
 23 - Indicação Clínica

| 24-Tabela | 25- Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27-Qtd. Aut. | 28-Qtd. Solic. |
|-----------|---|----------------|--------------|----------------|
| 1- | | | | |
| 2- | | | | |
| 3- | | | | |
| 4- | | | | |
| 5- | | | | |

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora
 30 - Nome do Contratado
 31 - Código CNES

Dados do Atendimento
 32-Tipo de Atendimento
 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
 34 - Tipo de Consulta
 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Código do Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde. | 43-Via | 44-Tec. | 45- Fator Red./Acresc. | 46-Valor Unitário (R\$) | 47-Valor Total (R\$) |
|---------|-----------------|---------------|-----------|---------------------------|--------------|------------|--------|---------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 1- | | | | | | | | | | | |
| 2- | | | | | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | | | | |

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48-Seq.Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF
 51-Nome do Profissional
 52-Conselho 53-Número no Conselho
 54-UF 55-Código CBO
 Profissional

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8-
 9-
 10-

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
 61 - Total de Materiais (R\$)
 62 - Total de OPME (R\$)
 63 - Total de Medicamentos (R\$)
 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 68 - Assinatura do Contratado

| Termo | Num. do Campo na guia | Nome do campo na guia | Descrição | Condição de Preenchimento |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Registro ANS | 1 | Registro ANS | Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) | Obrigatório. |
| Nº da guia no prestador | 2 | Número da guia no prestador | Número que identifica a guia no prestador de serviços. | 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. |
| Número da guia principal | 3 | Número da guia principal | Número da guia principal | Condicionado. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais. |
| Data da autorização | 4 | Data da autorização | Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora. | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora. |

| | | | | |
|---|----|---|---|--|
| Senha | 5 | Senha | Senha de autorização emitida pela operadora | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha. |
| Data de validade da senha | 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. |
| Número da guia atribuído pela operadora | 7 | Número da guia atribuído pela operadora | Número que identifica a guia atribuído pela operadora. | Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador. |
| Número da carteira | 8 | Número da carteira do beneficiário | Número da carteira do beneficiário na operadora | Obrigatório. |
| Validade da carteira | 9 | Data de validade da carteira | Data da validade da carteira do beneficiário | Condicionado. Deve ser preenchido somente na utilização da contingência em papel quando a operadora exigir autorização prévia para procedimentos ambulatoriais e tal autorização não puder ser obtida. |
| Nome | 10 | Nome do beneficiário | Nome do beneficiário | Obrigatório. |

| | | | | |
|----------------------------------|----|---|---|---|
| Cartão Nacional de Saúde | 11 | 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. |
| Atendimento a RN | 12 | 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. | 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. |
| Código na operadora | 13 | Código do contratado solicitante na operadora | Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. | Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo. |
| Nome do contratado | 14 | Nome do contratado solicitante | Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento | Obrigatório. |
| Nome do profissional solicitante | 15 | Nome do profissional solicitante | Nome do profissional que está solicitando o procedimento. | Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica. |
| Conselho Profissional | 16 | Conselho profissional do solicitante | Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26. | Obrigatório. |

| | | | | |
|---------------------------|----|--|---|--|
| Número no conselho | 17 | Número do solicitante no conselho profissional | Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional. | Obrigatório. |
| UF | 18 | UF do conselho do profissional solicitante | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59. | Obrigatório. |
| Código CBO | 19 | 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. | Obrigatório. |
| Assinatura do Solicitante | 20 | Assinatura do profissional solicitante | Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação. | Obrigatório. |
| Caráter do Atendimento | 21 | Caráter do atendimento | Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23. | Obrigatório. |
| Data da Solicitação | 22 | Data da solicitação | Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais. | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora. |

| | | | | |
|---|----|--|--|--|
| Indicação Clínica | 23 | Indicação clínica | Indicação clínica do profissional embasando a solicitação. | Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização. |
| Tabela | 24 | 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. |
| Código do procedimento ou item assistencial | 25 | Código do procedimento ou item assistencial solicitado | Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio. | Obrigatório. |
| Descrição | 26 | Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado | Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador | Obrigatório. |
| Qtde Solic | 27 | Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial | Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador. | Obrigatório. |
| Qtde Aut | 28 | Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial | Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora | Obrigatório. |

| | | | | |
|-----------------------|----|--|--|--|
| Código na operadora | 29 | Código do contratado executante na operadora | Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. | Obrigatório. |
| Nome do contratado | 30 | Nome do contratado executante | Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento. | Obrigatório. |
| Código CNES | 31 | Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante | Código do prestador executante 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. |
| Tipo de Atendimento | 32 | Tipo de atendimento | Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50. | Obrigatório. |
| Indicação de Acidente | 33 | Indicação de acidente ou doença relacionada | Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36. | Obrigatório. |
| Tipo de consulta | 34 | Tipo de consulta | Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52. | Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta. |

| | | | | |
|---------------------------------------|----|---|--|--|
| Motivo de Encerramento do Atendimento | 35 | Motivo de Encerramento | Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39. | Condicionado. Deve ser preenchido em caso de óbito. |
| Data | 36 | Data de realização | Data em que o atendimento/procedimento foi realizado | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. |
| Hora Inicial | 37 | Hora inicial da realização do procedimento | Horário inicial da realização do procedimento | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência. |
| Hora Final | 38 | Hora final da realização do procedimento | Horário final da realização do procedimento | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência. |
| Tabela | 39 | Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. |
| Código do Procedimento | 40 | Código do procedimento realizado | Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. |

| | | | | |
|--------------------|----|---|---|--|
| Descrição | 41 | Descrição do procedimento realizado | Descrição do procedimento realizado | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. |
| Qtde | 42 | Quantidade de procedimentos realizados | Quantidade realizada do procedimento | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. |
| Via | 43 | Via de acesso | Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico. |
| Téc | 44 | Técnica utilizada para realização do procedimento | Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico. |
| Fator Red / Acrésc | 45 | Fator de redução ou acréscimo | Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 1,00. |
| Valor Unitário | 46 | Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado | Valor unitário do procedimento realizado. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero. |

| | | | | |
|---------------------------|----|--|--|--|
| Valor Total | 47 | Valor total por procedimento realizado | Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero. |
| Seq. Ref | 48 | Sequencial de referência do procedimento realizado | Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou. | Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe. |
| Grau Part | 49 | Grau de participação do profissional | Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe. |
| Código na Operadora / CPF | 50 | Código do contratado executante na operadora | Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. |
| Nome do profissional | 51 | Nome do profissional executante | Nome do profissional que executou o procedimento. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. |
| Conselho Profissional | 52 | Conselho profissional do executante | Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. |

| | | | | |
|---|----|---|---|--|
| Número no conselho | 53 | Número do executante no conselho profissional | Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. |
| UF | 54 | UF do conselho do profissional executante | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. |
| Código CBO | 55 | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados. |
| Data de realização de procedimentos em série | 56 | Data de realização | Data em que o atendimento/procedimento foi realizado. | Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados. |
| Assinatura do beneficiário ou responsável na realização de procedimentos em série | 57 | Assinatura do beneficiário ou responsável | Assinatura do beneficiário ou responsável. | Obrigatório. |
| Observação/Justificativa | 58 | Observação / Justificativa | Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário | Opcional. |

| | | | | |
|------------------------------------|----|---------------------------------|---|---|
| Total de Procedimentos | 59 | Valor total de procedimentos | Valor total de todos os procedimentos realizados. | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado. |
| Total de Taxas Diversas e Aluguéis | 60 | Valor total de taxas e aluguéis | Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados. |
| Total de Materiais | 61 | Valor total de materiais | Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada. | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado. |
| Total de OPME | 62 | Valor total de OPME | Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada. | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes. |
| Total de Medicamentos | 63 | Valor total de medicamentos | Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado. |
| Total Gases Medicinais | 64 | Valor total de gases medicinais | Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados. |

| | | | | |
|--|----|--|---|--------------|
| Total Geral | 65 | Valor do total geral | Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados | Obrigatório. |
| Assinatura do responsável pela Autorização | 66 | Assinatura do responsável pela autorização | Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora. | Obrigatório. |
| Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 67 | Assinatura do beneficiário ou responsável | Assinatura do beneficiário ou responsável. | Obrigatório. |
| Assinatura do contratado | 68 | Assinatura do contratado | Assinatura do prestador contratado. | Obrigatório. |