

# LEGENDA DA GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL /

## SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

<b>USOS DA GUIA:</b>	<p>Esta guia será usada para solicitação e/ou execução de honorários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta com procedimentos;</li> <li>• Tratamentos seriados;</li> <li>• Exames;</li> <li>• Hemodiálise / quimioterapia / radioterapia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacotes oftalmológicos;</li> <li>• Pequenas cirurgias sem internação;</li> <li>• SADT internado;</li> <li>• Atendimento domiciliar (sessões de tratamento);</li> <li>• Remoção.</li> </ul>
----------------------	--	---

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório	Observações
1	Registro ANS	Registro da Operadora ANS	<b>SIM</b>	Preenchido automaticamente.
2	Número da guia	Número da guia	Não	
3	Número da guia principal	Número da guia principal	Não	Não preencher.
<b>Dados da Autorização</b>				
4	Data da autorização	Data da autorização	Não	Não preencher.
5	Senha	Senha de autorização	Não	Não preencher.
6	Validade da Senha	Data de validade da senha	Não	Não preencher.
7	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	<b>SIM</b>	
<b>Dados do Beneficiário</b>				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	<b>SIM</b>	
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	<b>SIM</b>	Preenchido automaticamente.
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	Não	
11	Nome	Nome do beneficiário	<b>SIM</b>	
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Não	Não preencher.
<b>Dados do contratado solicitante</b>				
13	Código na Operadora / CNPJ / CPF	Código na Operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	<b>SIM</b>	Preencher com o CNPJ.
14	Nome do contratado	Nome do contratado solicitante	<b>SIM</b>	
15	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	Não	Não preencher.
16	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante	<b>SIM</b>	
17	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional	<b>SIM</b>	Se os campos 17, 18 e 19 não forem preenchidos, fica obrigatório o carimbo do médico no campo 86.
18	Número no Conselho	Número no conselho profissional	<b>SIM</b>	
19	UF Conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	<b>SIM</b>	
20	Código CBO-S	Código da especialidade	Não	Não preencher.
21	Data/ hora da solicitação	Data/ hora da solicitação	Não	
22	Caráter da solicitação	Código do caráter da solicitação *Eletivo= "E"                      *Urgência/Emergência ="U"	Não	

# LEGENDA DA GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL /

## SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório	Observações
<b>Dados da solicitação/ procedimentos / exames solicitados</b>				
23	CID10	Código CID10 do diagnóstico principal	Não	
24	Indicação clínica	Deve ser preenchido pelo profissional solicitante	Não	
25	Código da tabela	*94 – Tabela STJ (procedimentos) *2 – AMB 92 *5 – Brasíndice *12 – SIMPRO *97 – Tabela STJ (taxas e diárias) *99 – Tabela STJ (gases medicinais)	Não	
26	Código do procedimento	Código do procedimento solicitado	Não	
27	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento solicitado	<b>SIM</b>	
28	Quantidade solicitada	Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento	<b>SIM</b>	
29	Quantidade autorizada	Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento	Não	
<b>Dados do contratado executante</b>				
30	Código na Operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	<b>SIM</b>	Preencher com o CNPJ.
31	Nome do contratado	Nome do contratado	<b>SIM</b>	
32	Tipo de logradouro	Tipo de Logradouro	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	Não	
40 a	Código na Operadora / CPF do executante complementar	Este campo identifica o profissional executante/complementar em qualquer procedimento não laboratorial	Não	
41	Nome do profissional executante / complementar	Este campo identifica o profissional executante/complementar em qualquer procedimento não laboratorial	Não	
42	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante	Não	
43	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante	Não	
44	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante	Não	
45	Código CBO-S	Código da especialidade do executante	Não	

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

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório	Observações
45 a	Grau de Participação	*00 – Cirurgião *01 - Primeiro Auxiliar *02 - Segundo Auxiliar *03 - Terceiro Auxiliar *04 - Quarto Auxiliar *05 - Instrumentador *06 - Anestesista *07 - Auxiliar de Anestesista * 08 - Consultor *09 - Perfusionista *10 - Pediatra na sala de parto *11 - Auxiliar SADT *12 - Clínico *13 - Intensivista	Não	Grau de participação do profissional na equipe médica
46	Tipo de atendimento	*1 - Remoção *2 - Pequena Cirurgia *3 - Terapia *4 - Consulta *5 - Exame *6 - Atendimento Domiciliar *7 - SADT Internado *8 - Quimioterapia *9 - Radioterapia *10 - TRS Terapia Renal Substitutiva	Não	Código do tipo de atendimento da guia de SP/SADT
47	Indicação de Acidente	*0 - ao trabalho    *1 – trânsito    *2 - outros	Não	Indica se houve acidente ou doença relacionado
48	Tipo de saída	*1 - Retorno *2 - Retorno com SADT *3 - Referência *4 - Internação *5 - Alta *6 - Óbito	Não	
<b>Consulta de referência</b>				
49	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: *Aguda = “A”            *Crônica = “C”	Não	

# LEGENDA DA GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL /

## SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

50	Tempo de doença referida pelo paciente	Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo: “A”= anos; “M”=meses; “D”=dias	Não	
Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório	Observações
Procedimentos e exames realizados				
51	Data	Data de realização do procedimento	<b>SIM</b>	
52	Hora inicial	Hora inicial de realização do procedimento	Não	
53	Hora final	Hora final de realização do procedimento	Não	
54	Código da tabela	*94 – Tabela STJ (procedimentos) *2 – AMB 92 *5 – Brasíndice *12 – SIMPRO *97 – Tabela STJ (taxas e diárias) *99 – Tabela STJ (gases medicinais).	Não	
55	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	<b>SIM</b>	
56	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento realizado	<b>SIM</b>	
57	Quantidade realizada	Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/procedimento realizado	<b>SIM</b>	
58	Via de acesso	*Única= “U”      *Mesma via=”M”      *Diferentes vias= “D”	Não	
59	Técnica utilizada	*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	<b>SIM</b>	
63	Data e assinatura dos procedimentos em série	Data e assinatura dos procedimentos em série	<b>SIM</b>	Obrigatório quando se tratar de tratamentos seriados.
64	Observação	Observações	Não	
65	Total Procedimentos	Valor em R\$ de procedimentos	Não	Não preencher.
66	Total Taxas e Aluguéis	Valor em R\$ de taxas e aluguéis	Não	Não preencher.
67	Total Materiais	Valor em R\$ de materiais	Não	Não preencher.
68	Total Medicamentos	Valor em R\$ de medicamentos	Não	Não preencher.
69	Total Diárias	Valor em R\$ de diárias	Não	Não preencher.

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

70	Total Gases Medicinais	Valor em R\$ de gases medicinais	Não	Não preencher.
71	Total Geral da guia	Valor em R\$ do total geral	<b>SIM</b>	
Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório	Observações
OPM solicitadas				
72	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM: *5 – Brasíndice *12 – SIMPRO	Não	Estas informações podem constar da fatura individual do paciente (campos 72 a 77).
73	Código OPM	Código da OPM solicitada	Não	
74	Descrição OPM	Descrição OPM solicitada	Não	
75	Qtde de OPM	Quantidade de OPM solicitadas	Não	
76	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM solicitada	Não	
77	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Não	
OPM utilizadas				
78	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM	Não	Estas informações podem constar da fatura individual do paciente (campos 78 a 85).
79	Código OPM	Código da OPM utilizada	Não	
80	Descrição OPM	Descrição da OPM utilizada	Não	
81	Qtde de OPM	Quantidade utilizada de OPM	Não	
82	Código de Barras	Código de barra identificador da OPM utilizada	Não	
83	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Não	
84	Valor Total (R\$)	Valor total em R\$ da OPM utilizada	Não	
85	Valor Total OPM (R\$)	Valor total de OPM em R\$	Não	
Autenticação da guia				
86	Data e assinatura do solicitante		<b>SIM</b>	Obrigatório quando a guia SADT contiver pedido médico.
87	Data e assinatura do responsável pela autorização		Não	
88	Data e assinatura do beneficiário ou responsável		<b>SIM</b>	
89	Data e assinatura do prestador executante		<b>SIM</b>	Colocar carimbo se os campos 42 a 44 não estiverem preenchidos.