

**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. Solic.	28-Qtd. Aut.
1-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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- 3- 5- 7- 9-
2- 4- 6- 8- 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.