

Legenda da guia de solicitação e de realização de serviço profissional / serviço auxiliar diagnóstico e Terapia (SP/SADT)

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
Dados da autorização				
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	String (6)	SIM
2	Número da guia	Número da guia	String (20)	SIM
3	Número da guia principal	Número da guia principal	String (20)	Obrigatório quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado
4	Data da autorização	Data da autorização	DD/MM/AA	NÃO
5	Senha	Senha de autorização	String (20)	NÃO
6	Validade da Senha	Data de validade da senha	DD/MM/AA	NÃO
7	Data de emissão da guia	Data de emissão da guia	DD/MM/AA	SIM
Dados do beneficiário				
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	String (20)	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário	String (40)	SIM
10	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	DD/MM/AA	NÃO
11	Nome	Nome do beneficiário	String (70)	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	String (15)	NÃO
Dados do contratado solicitante				
13	Código na operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	String (14)	SIM
14	Nome do contratado	Nome do contratado solicitante	String (70)	SIM
15	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	String (7)	NÃO
16	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante	String (70)	Obrigatório apenas quando o campo 14 se referir à pessoa jurídica

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
17	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional conforme tabela de domínio	String (7)	SIM
18	Número no conselho	Número no conselho profissional	String (15)	SIM
19	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	String (2)	SIM
20	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio	String (5)	NÃO
Dados da solicitação/procedimentos/exames solicitados				
21	Data/ hora da solicitação	Data/ hora da solicitação	DD/MM/AA HH:MM	NÃO
22	Caráter da solicitação	Código do caráter da solicitação Eletivo= "E" Urgência/Emergência = "U"	String (1)	SIM
23	CID10	Código CID10 do diagnóstico principal	String (5)	Obrigatório se solicitação de pequena cirurgia, terapias, ou procedimentos em série
24	Indicação clínica	Deve ser preenchido pelo profissional solicitante	String (500)	Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo
25	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
26	Código do procedimento	Código do procedimento solicitado	String (10)	NÃO
27	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento solicitado	String (60)	SIM, pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
28	Quantidade solicitada	Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento	Integer (2)	SIM
29	Quantidade autorizada	Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento	Integer (2)	SIM
Dados do contratado executante				
30	Código na Operadora/CNPJ/CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado executante	String (14)	SIM

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
31	Nome do contratado	Nome do contratado	String (70)	SIM
32	Tipo de logradouro	Tipo de Logradouro conforme tabela de domínio	String (3)	NÃO
33	Logradouro	Nome do logradouro	String (40)	NÃO
34	Número	Número do endereço do contratado executante	String (5)	NÃO
35	Complemento	Complemento do endereço do contratado executante	String (15)	NÃO
36	Município	Município do contratado executante	String (40)	NÃO
37	UF	Sigla da UF do contratado executante	String (2)	NÃO
38	Código IBGE do município	Código IBGE do município do contratado executante	String (7)	NÃO
39	CEP	CEP do contratado executante	String (8)	NÃO
40	Código CNES	Código CNES do contratado executante	String (7)	Obrigatório quando o contratado executante for hospital
40a	Código na Operadora / CPF do exec. complementar	Este campo identifica o profissional executante/complementar em qualquer procedimento não laboratorial	String (14)	NÃO
41	Nome profissional do executante complementar /	Este campo identifica o profissional executante/complementar em qualquer procedimento não laboratorial	String (70)	NÃO
42	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (7)	Obrigatório quando os campos 30/31 forem pessoa física ou quando os campos 40a /41 forem preenchidos

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
43	Número no conselho	Número no conselho profissional do executante conforme tabela de domínio	String (15)	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	String (2)	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	String (5)	NÃO
45a	Grau de Participação	Grau de participação do profissional na equipe médica de acordo com a tabela de domínio	String (2)	Obrigatório quando houver procedimentos em equipe
Dados do atendimento				
46	Tipo de atendimento	Código do tipo de atendimento da guia de SP/SADT 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	Integer (2)	SIM, selecionar uma das opções
47	Indicação de Acidente	Indica se houve acidente ou doença relacionado ao trabalho = 0 trânsito= 1 outros = 2	Integer (1)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
48	Tipo de saída	Código do tipo de saída: Retorno= 1 Retorno com SADT= 2 Referência = 3 Internação = 4 Alta= 5 Óbito=6	Integer (1)	SIM
Consulta de Referência				
49	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença: Aguda = "A" Crônica = "C"	String (1)	NÃO
50	Tempo de doença referida pelo paciente	Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo: "A"= anos; "M"=meses; "D"=dias	QTDE = Integer Unidade de Tempo = string (1)	NÃO
Procedimentos e exames realizados				
51	Data	Data de realização do procedimento	DD/MM/AA	SIM
52	Hora inicial	Hora inicial de realização do procedimento	HH:MM	NÃO
53	Hora final	Hora final de realização do procedimento	HH:MM	NÃO
54	Código da tabela	Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio	String (2)	SIM Pelo menos um procedimento deve ser informado
55	Código do procedimento	Código do procedimento realizado	String (10)	SIM Pelo menos um procedimento deve ser informado
56	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento realizado	String (60)	SIM, pelo menos um procedimento solicitado deve ser informado
57	Quantidade realizada	Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/procedimento realizado	Integer (2)	SIM
58	Via de acesso	Código da via de acesso Única= "U" Mesma via="M" Diferentes vias= "D"	String (1)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
59	Técnica utilizada	Código da técnica utilizada Convencional= "C" Videolaparoscopia="V"	String (1)	NÃO
60	% de redução/acréscimo	% de redução/ acréscimo no caso de cirurgia múltipla/radiologia de múltiplas áreas	Double (3,2)	NÃO
61	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ do procedimento/serviço realizado	Double (5,2)	NÃO
62	Valor total (R\$)	Valor total em R\$ dos procedimentos/serviços realizado	Double (5,2)	NÃO
63	Data e assinatura dos procedimentos em série	-	-	-
64	Observação	Observações	String (240)	NÃO
65	Total Procedimentos	Valor em R\$ de procedimentos	Double (7,2)	NÃO
66	Total Taxas e Aluguéis	Valor em R\$ de taxas e aluguéis	Double (7,2)	NÃO
67	Total Materiais	Valor em R\$ de materiais	Double (7,2)	NÃO
68	Total Medicamentos	Valor em R\$ de medicamentos	Double (7,2)	NÃO
69	Total Diárias	Valor em R\$ de diárias	Double (7,2)	NÃO
70	Total Gases Medicinais	Valor em R\$ de gases medicinais	Double (7,2)	NÃO
71	Total Geral da guia	Valor em R\$ do total geral	Double (8,2)	NÃO
OPM solicitadas				
72	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO
73	Código OPM	Código da OPM solicitada	String (10)	NÃO
74	Descrição OPM	Descrição OPM solicitada	String (60)	NÃO
75	Qtde de OPM	Quantidade de OPM solicitadas	Integer (2)	NÃO
76	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM solicitada	String (40)	NÃO
77	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
OPM utilizadas				
78	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio	String (2)	NÃO

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Formato / Tamanho	Obrigatório
79	Código OPM	Código da OPM utilizada	String (10)	NÃO
80	Descrição OPM	Descrição da OPM utilizada	String (60)	NÃO
81	Qtde de OPM	Quantidade utilizada de OPM	Integer (2)	NÃO
82	Código de Barras	Código de barra identificador da OPM utilizada	String (20)	NÃO
83	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
84	Valor Total (R\$)	Valor total em R\$ da OPM utilizada	Double (6,2)	NÃO
85	Valor Total OPM (R\$)	Valor total de OPM em R\$	Double (7,2)	NÃO
86	Data e assinatura do solicitante	-	-	NÃO
87	Data e assinatura do responsável pela autorização	-	-	NÃO
88	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	-	-	NÃO
89	Data e assinatura do prestador executante	-	-	NÃO

Observação: Os campos hachurados na guia representam campos de preenchimento não obrigatórios. Mesmo não sendo preenchidos os campos devem estar contidos dentro das guias