

Utiliza-se para solicitar autorização e cobrança de consultas com procedimento e/ou item assistencial, e também para cobrar os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesiastas, auxiliares, etc.), exames e procedimentos realizados em paciente não internado ou em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado.

- 02 - Nº Guia no Prestador - Número que identifica a guia no prestador de serviços. *Preencher o número que identifica a guia no prestador de serviços.* - Obrigatório
- 03 - Número da Guia Principal - Número da guia principal. *Preencher 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.* - Condicionado
- 04 - Data da Autorização - Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, em que a autorização foi concedida pela operadora.* - Condicionado
- 05 - Senha - Senha de autorização emitida pela operadora. *Preencher em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.* - Condicionado
- 06 - Data da Validade da Senha - Data de validade da senha de autorização do procedimento. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.* - Condicionado
- 07 - Número da Guia Atribuído pela Operadora - Número que identifica a guia atribuído pela operadora. *Preencher caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.* - Condicionado

DADOS DO BENEFICIÁRIO

- 08 - Número da Carteira - Número da carteira do beneficiário na operadora. *Preencher o número de inscrição do beneficiário assistido (10 dígitos) localizado à esquerda do cartão.* - Obrigatório
- 09 - Validade da Carteira - Data da validade da carteira do beneficiário. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, de limite de tempo da carteira do beneficiário assistido na recusa de autorização prévia de procedimentos ambulatoriais.* - Condicionado
- 10 - Nome - Nome do beneficiário. - Obrigatório
- 11 - Cartão Nacional de Saúde - Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário. *Preencher caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.* - Condicionado
- 12 - Atendimento a RN - Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo assistido no contrato do responsável. *Utilizar "S" - Sim - caso o atendimento seja recém-nato e o beneficiário seja o responsável ou "N" - Não- quando o atendimento for do próprio beneficiário.* - Obrigatório

DADOS DO SOLICITANTE

- 13 - Código na Operadora - Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. *Preencher o CNPJ (quando Pessoa Jurídica), CPF (quando Pessoa Física) do contratado solicitante ou o executante deve preencher o campo com "999999999999" se o outro contratado (solicitante) não informar.* - Obrigatório
- 14 - Nome do Contratado - Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento. - Obrigatório
- 15 - Nome do Profissional Solicitante - Nome do profissional que está solicitando o procedimento. *Preencher o nome do profissional solicitante quando o prestador contratado referido no campo "14-Nome do Contratado" for pessoa jurídica.* - Condicionado
- 16 - Conselho Profissional - Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26. - Obrigatório
- 17 - Número no Conselho - Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional. - Obrigatório
- 18 - UF - Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59. - Obrigatório
- 19 - Número CBO - Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24. *Preencher o CBO-S relativo à especialidade de atendimento credenciada junto ao plano de saúde.* - Obrigatório
- 20 - Assinatura do Profissional Solicitante - Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação. - Obrigatório

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS SOLICITADOS

- 21 - Caráter do Atendimento - Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23. *Utilizar código "1" para termo Eletivo ou "2" para termo Urgência/Emergência.* - Obrigatório
- 22 - Data da Solicitação - Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, caso houver solicitação junto a operadora.* - Condicionado
- 23 - Indicação Clínica - Indicação clínica do profissional justificando a solicitação. *Espaço destinado para registro pelo profissional solicitante justificando a solicitação de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.* - Condicionado
- 24 - Tabela - Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87. - Obrigatório
- 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial - Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio. - Obrigatório
- 26 - Descrição - Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador. - Obrigatório
- 27 - Qtde. Solic. - Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador. - Obrigatório
- 28 - Qtde. Aut. - Quantidade do procedimento ou item assistencial autorizada pela operadora. - Obrigatório

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

- 29 - Código na Operadora - Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. *Preencher o CNPJ (quando Pessoa Jurídica) ou CPF (quando Pessoa Física) do Preencher o CNPJ (quando Pessoa Jurídica) ou CPF (quando Pessoa Física) do contratado executante.* - Obrigatório
- 30 - Nome do Contratado - Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento. - Obrigatório
- 31 - Código CNES - Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS). *Preencher o código do CNES do prestador. Caso não possua o código preencher 9999999.* - Obrigatório

DADOS DO ATENDIMENTO

- 32 - Tipo de Atendimento - Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50. - Obrigatório
- 33 - Indicação de Acidente - Indica se o atendimento foi decorrente de acidente ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36. *Utilizar código "0" para termo Trabalho, "1" para termo Trânsito, "2" para termo Outros ou "9" para termo Não Acidente.* - Obrigatório
- 34 - Tipo de consulta - Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52. *Preencher quando o campo 32 - Tipo de Atendimento seja igual ao código 4 (consulta). Código "1" para termo Primeira Consulta, "2" para termo Retorno, "3" para termo Pré-natal ou "4" para termo Por encaminhamento.* - Condicionado
- 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento - Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39. *Preencher em caso de óbito.* - Condicionado

DADOS DA EXECUÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

- 36 - Data - Data em que o atendimento/procedimento foi realizado. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, em caso de houver procedimento realizado sendo informado.* - Obrigatório
- 37 - Hora Inicial - Horário inicial da realização do procedimento. *Preencher a hora e minuto, no formato HH: MM, representando a hora de início em caso de procedimento realizado em atendimento de urgência ou emergência.* - Condicionado
- 38 - Hora Final - Horário final da realização do procedimento. *Preencher a hora e minuto, no formato HH: MM, representando a hora de término em caso de procedimento realizado em atendimento de urgência ou emergência.* - Condicionado
- 39 - Tabela - Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87. *Preencher quando houver procedimento realizado sendo informado.* - Condicionado
- 40 - Código do Procedimento - Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio. *Preencher quando houver procedimento realizado sendo informado.* - Condicionado
- 41 - Descrição - Descrição do procedimento realizado. *Preencher quando houver procedimento realizado sendo informado.* - Condicionado
- 42 - Qtde. - Quantidade realizada do procedimento. *Preencher quando houver procedimento realizado sendo informado.* - Condicionado
- 43 - Via - Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61. *Preencher em caso de procedimento cirúrgico realizado sendo informado. Utilizar código "1" para termo Única, "2" para termo Mesma via ou "3" para termo Diferentes vias.* - Condicionado
- 44 - Tec. - Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48. *Preencher em caso de procedimento cirúrgico realizado sendo informado. Utilizar código "1" para termo Convencional, "2" para termo Vídeo ou "3" para termo Robótica.* - Condicionado
- 45 - Fator Red. / Acrésc. - Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado. *Preencher quando houver procedimento realizado sendo informado. Preencher o fator com 1,00 não havendo redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento.* - Condicionado
- 46 - Valor Unitário - Valor unitário do procedimento realizado. *Preencher quando houver procedimento realizado sendo informado. Preencher com zero não havendo valor definido previamente por força contratual.* - Condicionado
- 47 - Valor Total - Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo. *Preencher o valor total quando houver procedimento realizado informado, conforme condição na descrição. Preencher com zero não havendo valor definido previamente por força contratual.* - Condicionado

IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(IS) EXECUTANTE(S)

- 48 - Seq. Ref - Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou. *Preencher com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.* - Condicionado
- 49 - Grau Part. - Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35. *Preencher com código do termo correspondente à cobrança do honorário profissional relativa ao procedimento realizado por equipe.* - Condicionado
- 50 - Código na Operadora / CPF - Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento. *Preencher quando houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.* - Condicionado
- 51 - Nome do Profissional - Nome do profissional que executou o procedimento. *Preencher quando houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.* - Condicionado
- 52 - Conselho Profissional - Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26. *Preencher quando houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.* - Condicionado
- 53 - Número no Conselho - Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento. *Preencher quando houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.* - Condicionado
- 54 - UF - Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59. *Preencher quando houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.* - Condicionado
- 55 - Código CBO - Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24. *Preencher o CBO-S relativo à especialidade do atendimento quando houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.* - Condicionado
- 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série - Data em que o atendimento/procedimento seriado foi realizado. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, da realização de procedimento seriado.* - Condicionado
- 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável - Assinatura do beneficiário ou responsável. - Obrigatório
- 58 - Observação/Justificativa - Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário. - Opcional
- 59 - Total de Procedimentos - Valor total de todos os procedimentos realizados. *Preencher havendo procedimento cobrado.* - Condicionado
- 60 - Total de Taxas Diversas e Aluguéis - Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados. *Preencher, conforme condição na descrição, havendo taxa ou aluguel cobrados.* - Condicionado
- 61 - Total de Materiais - Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada. *Preencher, conforme condição na descrição, havendo material cobrado.* - Condicionado
- 62 - Total de OPME - Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada. *Preencher, conforme condição na descrição, havendo órteses, próteses ou materiais especiais cobrados nos valores negociados entre as partes.* - Condicionado
- 63 - Total de Medicamentos - Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado. *Preencher, conforme condição na descrição, havendo medicamento cobrado.* - Condicionado
- 64 - Total Gases Medicinais - Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados. *Preencher, conforme condição na descrição, havendo gases medicinais cobrados.* - Condicionado
- 65 - Total Geral - Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados. - Obrigatório
- 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização - Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora. - Obrigatório
- 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável - Assinatura do beneficiário ou responsável. - Obrigatório
- 68 - Assinatura do Contratado - Assinatura do prestador contratado. - Obrigatório