

1. OBJETIVO

Instruir no preenchimento da guia de solicitação de SP/SADT.

2. CONTEÚDO

Esta guia deve ser utilizada nas seguintes situações:

1. Na solicitação e na execução de exames, SADTs e Terapias (Ex. quimioterapia, radioterapia, fisioterapia e outras), inclusive quando realizados em pacientes internados, sendo executados pelo próprio hospital ou por terceiros.
2. Nas consultas realizadas em Pronto-Socorro (PS).
3. Na solicitação de OPME para procedimentos realizados em beneficiários internados ou em regime ambulatorial.
4. Pode ser usada para cobrança de honorário médico, provenientes de procedimentos realizados em equipe.

Importante: somente poderá ser solicitado mais de um procedimento numa mesma guia se todos forem executados pelo mesmo prestador.

DADOS DA GUIA

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
1	Registro ANS	Número do registro da Unimed Campinas na ANS. Já estará preenchido na guia.	SIM
2	Número da Guia	Não obrigatório.	NÃO
3	Nº da Guia Principal	Preenchimento obrigatório quando houver outra guia ligada a este ato.	EM ALGUNS CASOS
4	Data da Autorização	Data em que procedimento foi autorizado.	SIM
5	Senha	Número da autorização para os procedimentos desta guia.	SIM
6	Data da Validade da senha	Data de validade desta autorização	SIM
7	Data da Emissão da Guia	Data em que a guia foi emitida.	SIM

DADOS DO BENEFICIÁRIO

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
8	Número da Carteira	Código do cartão do beneficiário.	SIM
9	Plano	Corresponde ao código do plano do beneficiário registrado na ANS, discriminado no cartão.	SIM
10	Validade da Carteira	Data da validade descrita no cartão do beneficiário.	SIM
11	Nome	Nome do beneficiário por extenso, de acordo com o cartão.	SIM
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Não Obrigatório.	NÃO

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
13	Código na Operadora/ CNPJ/ CPF	Carimbo de identificação do médico(a) cooperado(a) na Unimed Campinas.	SIM
14	Nome do Contratado	Com a utilização do carimbo de identificação no campo 13 não é necessário preencher este campo.	EM ALGUNS CASOS
15	Código CNES(Código Nacional do Estabelecimento de Saúde)	Não Obrigatório.	NÃO
16	Nome do Profissional Solicitante	Informar nome do profissional executante quando o campo 13 se referir à Pessoa Jurídica.	EM ALGUNS CASOS
17	Conselho profissional	Sigla do Conselho (CRM ou CRO para bucomaxilo)	SIM
18	Número no Conselho	Número do CRM ou CRO	SIM
19	UF Conselho	SP ou outra Unidade Federativa do Conselho do profissional	SIM

20	Código CBO-S(Código Brasileiro de Ocupação e Serviços)	Não Obrigatório.	NÃO
----	---	-------------------------	------------

DADOS DA SOLICITAÇÃO/ PROCEDIMENTOS/ EXAMES SOLICITADOS

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
21	Data/ Hora da Solicitação	Data e hora em que ocorrer à solicitação	SIM
22	Carácter da Solicitação	Informar E para Eletiva; Informar U para Urgência/ Emergência.	SIM
23	CID 10	CID 10 Primário	SIM
24	Indicação Clínica	Informar os motivos e indicação clínica que levaram à solicitação dos procedimentos.	SIM
25	Código da Tabela	Não Obrigatório.	NÃO
26	Código do Procedimento	Código correspondente ao procedimento solicitado. Solicitações com mais de um procedimento poderão ser feitas na mesma guia quando o executante for o mesmo. Se executante diferente utilizar mais de um formulário.	SIM
27	Descrição	Descrição (nome) do procedimento solicitado. Na solicitação de Radioterapia e Fisioterapia este campo deve ser utilizado para completar a indicação clínica ou outra observação necessária. Nestes casos também será obrigatório discriminar indicação e esquema de tratamento.	SIM
28	Quantidade Solicitada	Quantidade do procedimento solicitado.	SIM
29	Quantidade Autorizada	Quantidade autorizada do procedimento.	SIM

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
30	Código na Operadora/ CNPJ/ CPF	Carimbo de identificação do médico(a) cooperado(a) na Unimed Campinas ou carimbo com identificação e nome do hospital.	SIM
31	Nome do Contratado	Informar nome do profissional executante quando o campo 30 se referir à Pessoa Jurídica.	EM ALGUNS CASOS
32	T.L. - Tipo de Logradouro	Não Obrigatório.	NÃO
33	Logradouro	UNCP do local executante.	SIM
34	Número	Não Obrigatório.	NÃO
35	Complemento	Não Obrigatório.	NÃO
36	Município	Não Obrigatório.	NÃO
37	UF	Não Obrigatório.	NÃO
38	Código IBGE do Município	Não Obrigatório.	NÃO
39	CEP	Não Obrigatório.	NÃO
40	Código CNES(Código Nacional do Estabelecimento de Saúde)	Não obrigatório.	NÃO
40-A	Código na Operadora/ CPF do exec. Complementar	Não obrigatório.	NÃO
41	Nome do Profissional E-executante/ Complementar	Informar nome do profissional executante quando o campo 30 se referir à Pessoa Jurídica.	EM ALGUNS CASOS
42	Conselho Profissional	Sigla do Conselho (CRM ou CRO para bucomaxilo)	SIM
43	Número no Conselho	Número do CRM ou CRO	SIM
44	UF Conselho	SP ou outra Unidade Federativa do Conselho do profissional	SIM
45	Código CBO-S(Código Brasileiro de Ocupação e	Não Obrigatório.	NÃO

Serviços)			
45-A	Grau de Participação	Quando utilizada esta guia para cobrança de honorários preencher conforme grau de participação na equipe médica. Informar: 00 quando for Cirurgião; 01 quando for Primeiro Auxiliar; 06 quando for Anestesiasta.	SIM

DADOS DO ATENDIMENTO

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
46	Tipo do Atendimento	Preenchimento conforme legenda no próprio campo da guia.	SIM
47	Indicação de Acidente	Obrigatório quando for acidente. Preencher conforme legenda no próprio campo da guia.	EM ALGUNS CASOS
48	Tipo de Saída	• 1 para Retorno (quando beneficiário tiver que retornar ao médico para acompanhamento pós SADT Ex.: acompanhamento pós cirurgico ambulatorial);• 2 para Retorno SADT (quando indicada a realização de novos SADTs para retorno posteriormente) ; • 3 terapias;• 4 para Internação;• 5 para Alta;• 6 para Óbito.	SIM
49	Tipo de Doença	Não Obrigatório.	NÃO
50	Tempo de Doença	Não Obrigatório.	NÃO

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
51	Data	Obrigatório somente quando cobrança de honorário. Preencher com a data de realização do procedimento.	EM ALGUNS CASOS
52	Hora Inicial	Não Obrigatório.	NÃO
53	Hora Final	Não Obrigatório.	NÃO
54	Tabela	Não Obrigatório.	NÃO
55	Código do Procedimento	Obrigatório somente quando cobrança de honorário. Preencher com código correspondente ao procedimento executado.	EM ALGUNS CASOS
56	Descrição	Obrigatório somente quando cobrança de honorário. Preencher com descrição (nome) do procedimento executado.	EM ALGUNS CASOS
57	Quantidade Realizada do Procedimento	Obrigatório somente quando cobrança de honorário. Preencher com a quantidade do procedimento executado.	EM ALGUNS CASOS
58	Via de Acesso	Quando utilizada esta guia para cobrança de honorários preencher com: U se realizado por via única; M se realizado pela mesma via; D se realizado por diferentes vias.	EM ALGUNS CASOS
59	Técnica Utilizada	Não Obrigatório.	NÃO
60	% Redução/ Acréscimo	Não Obrigatório.	NÃO
61	Valor Unitário (R\$)	Não Obrigatório.	NÃO
62	Valor Total (R\$)	Não Obrigatório.	NÃO
63	Data e Assinatura dos Procedimentos em Série	Obrigatório para procedimentos realizados por sessões Ex: fisioterapia, psicoterapia etc.	EM ALGUNS CASOS
64	Observações	1-Pode ser utilizado para completar a indicação clínica ou outra observação necessária. 2- Obrigatório preenchimento sempre que solicitado/ utilizado OPME justificando a necessidade.	EM ALGUNS CASOS
65	Total de Procedimentos	Não Obrigatório.	NÃO

	(R\$)		
66	Total Taxa e Aluguéis	Não Obrigatório.	NÃO
67	Total Materiais	Não Obrigatório.	NÃO
68	Total Medicamentos	Não Obrigatório.	NÃO
69	Total Diárias	Não Obrigatório.	NÃO
70	Total Gases Medicinais	Não Obrigatório.	NÃO
71	Total Geral da Guia	Não Obrigatório.	NÃO

OPME SOLICITADOS

(Sempre que solicitados/ utilizados OPME, justificar a necessidade no campo 64)

N °	Campo	Preenchimento	Obrigatório
72	Tabela	Não Obrigatório.	NÃO
73	Código OPM	Código de Órteses , Próteses, Materiais Especiais e Medicamentos Controlados. Preenchimento obrigatório quando houver código em lista pré-disponibilizada pela Unimed Campinas.	EM ALGUNS CASOS
74	Descrição OPM	Descrição de Órteses , Próteses, Materiais Especiais e Medicamentos Controlados. Obrigatório sempre que for necessária a solicitação de OPME.	EM ALGUNS CASOS
75	Quantidade	Quantidade de OPME solicitada. Preenchimento obrigatório quando solicitado OPME.	EM ALGUNS CASOS
76	Fabricante	Obrigatório quando material não possuir código em lista pré disponibilizada pela Unimed Campinas, ou seja, material não padronizado / normatizado.	EM ALGUNS CASOS
77	Valor Unitário (R\$)	Não Obrigatório.	NÃO

OPME UTILIZADOS

N °	Campo	Preenchimento	Obrigatório
78	Tabela	Não Obrigatório.	NÃO
79	Código OPM	Código de Órteses , Próteses, Materiais Especiais e Medicamentos Controlados quando houver código em lista pré-disponibilizada pela Unimed Campinas.	EM ALGUNS CASOS
80	Descrição OPM	Descrição de Órteses , Próteses, Materiais Especiais e Medicamentos Controlados. Obrigatório sempre que for necessária a utilização de OPME.	EM ALGUNS CASOS
81	Quantidade	Quantidade de OPME utilizada. Preenchimento obrigatório quando utilizado OPME.	EM ALGUNS CASOS
82	Código de Barras	Não Obrigatório.	NÃO
83	Valor Unitário	Não Obrigatório.	NÃO
84	Valor Total (R\$)	Não Obrigatório.	NÃO
85	Total OPM (R\$)	Não Obrigatório.	NÃO
86	Data e Assinatura do Solicitante (na frente da guia)	Obrigatória a assinatura do médico(a) solicitante. Não obrigatório a data se preenchido o campo 21.	NÃO
87	Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	Não Obrigatório.	NÃO
88	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Obrigatória a assinatura do beneficiário. Não obrigatória a data se preenchido no campo 51.	SIM
89	Data e Assinatura do Prestador Executante	Obrigatória a assinatura do executante. Não obrigatória a data se preenchido o campo 51.	SIM

	Obrigatório preenchimento somente em alguns casos
	Preenchimento obrigatório
	Não obrigatório