



SADT - Fator de Qualidade - 2017

**FORMULÁRIO PARA PRESTADORES DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT) E PARA SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR, PARA FINS DO FATOR DE QUALIDADE, ANO BASE 2017 A SER APLICADO AO REAJUSTE PRATICADO EM 2018. FORMULÁRIO DISPONÍVEL PARA PREENCHIMENTO ATÉ 09/03/2018**

- 1. Conceito de Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia - SADT: Unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.**
- 2. Será considerado SADT o estabelecimento de saúde constituído como clínica, na modalidade clínica de SADT, conforme as áreas de atuação do item 1 deste questionário, diferenciando-se das demais clínicas que não tem como atividade principal o serviço de SADT.**
- 3. Serviço de atenção domiciliar é um conjunto de ações e serviços prestados, de forma substitutiva ou complementar à internação hospitalar ou atendimento ambulatorial, caracterizados pelo conjunto de tratamento de doenças, reabilitação, promoção à saúde e prevenção, englobando internação e/ou assistência prestadas em domicílio.**

[Clique aqui para ver a Nota Técnica n.º 87/2017/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES](#)

#### Dados Institucionais

**CNPJ:**

Digite o número do CNPJ com os caracteres

**Razão Social:**

**Código CNES:**

**Endereço:**

**Área de Atuação do SADT - especialidade:**

Escolha a atividade principal do SADT: CLÍNICA DE FISIOTERAPIA, ENDOSCOPIA, HEMOTERAPIA, LABORATÓRIO DE PATOLOGIA, LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA/ANÁLISES CLÍNICAS, ONCOLOGIA, RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA, OUTROS

#### Dados do responsável pelo preenchimento

Declaro que as informações prestadas neste instrumento são verídicas e assumo, sob as penas dos artigos 171 e 299 do Código Penal, integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas, ficando a ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

**Nome:**

**CPF:**

**E-mail para contato:**

Se possível, informe o e-mail institucional; Ex: tertuliano.paiva@saude.gov.br

**Telefone:**

Informe ddd e número - apenas números

**Cargo no estabelecimento:**

**Contrato Prestador e operadora**

**O seu contrato com operadora de planos de saúde inclui cláusula de livre negociação como única forma de reajuste? [Sim/Não]:**

Sim

Não