

MANUAL AUTORIZADOR WEB



Sumário

- 1. APRESENTAÇÃO
- 2. ATENDIMENTO / AUTORIZAÇÃO
- 3. ACESSO AO AUTORIZADOR
- 4. APRESENTAÇÃO DA TELA DE AUTORIZAÇÃO
- 5. STATUS DE AUTORIZAÇÃO
- 6. TIPO DE GUIA
- 7. GUIA DE CONSULTA
- 8. GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SP/SADT)
- 9. GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO
- 10. ANEXO DE OPME (Órtese, Prótese e Material Especial).
- 11. ANEXO DE QUIMIOTERAPIA
- **12**. ANEXO DE RADIOTERAPIA
- 13. GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO
- 14. REFERENCIAMENTO DE GUIAS
- 15. INCONSISTÊNCIAS
- 16. DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DUT
- 17. VERIFICAÇÃO DE ELEGIBILIDADE.
- 18. HISTÓRICO DE AUTORIZAÇÃO.
- 19. CANCELAMENTO DE GUIA
- 20. ANEXAR ARQUIVO / COMPLEMENTO EM TEXTO
- **21**. CHAT
- 22. DÚVIDAS FREQUENTES

1. APRESENTAÇÃO

Visando aperfeiçoar o atendimento, disponibilizamos este Manual que orienta sobre a utilização do Autorizador Web e tem como objetivo orientar os prestadores da rede credenciada sobre emissão de guias de autorização, visando otimizar o tempo e agilizar o acesso às informações necessárias.

2. ATENDIMENTO / AUTORIZAÇÃO

A autorização é um instrumento que visa o registro dos atendimentos e procedimentos realizados pelo beneficiário em um estabelecimento de saúde.

Todo atendimento deverá ser registrado no Autorizador Web, a fim de garantir segurança de agilidade no atendimento e a cobrança pelo prestador de serviço.

3. ACESSO AO AUTORIZADOR

Para entrar no Autorizador Web é necessário login e senha de usuário, dados estes fornecidos pela operadora ao prestador de serviço.

Autorizador **Web**



	Acesso ao sistema
Usuário:	[
Senha:	[
•D Login]
	Esqueceu sua senha?

4. APRESENTAÇÃO DA TELA DE AUTORIZAÇÃO

Notificações: Indica se há notificações da operadora para o prestador.

AutorizadorWeb		4 4 0
Nova Autorização de Autorizações Produtividade Prestador Faturamento	S Recurso de Gosas	
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)		
Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqu da Guia.	i você deve informar a matrícula do beneficiário do plano de saúde. Informe em sepuida a data de	nascimento e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder com a liberação
Q. Pesquisar Beneficiários		
Preencha todos os dados abaixo para prosseguir		0
Matrícula/Nº Cartão	CPF Tipo de Guia	

Configurações: Permite realizar alteração da senha do atendente.

Sair: Permite sair do sistema.

Nova Autorização: Permite confeccionar novas guias.

Histórico de Autorizações: Permite visualizar todas as guias emitidas.

Produtividade do prestador: Permite gerar relatório de produtividade.

Extrato de pagamento: Permite pesquisar faturas pagas.

Faturamento: Permite o envio do faturamento.

Comunicação de internação: Permite comunicar a entrada e saída de paciente internado (disponível somente para hospitais).

Downloads: permite o download de documentos e arquivo enviados pela operadora.

Pesquisa de beneficiário: Permite pesquisar beneficiários por nome, matricula ou CPF.

Elegibilidade de beneficiário: Permite verificar elegibilidade do beneficiário.

Matrícula / Nº do cartão: Permite pesquisar beneficiário pela matricula.

Data de Nascimento: Permite inserir o CPF, campo de preenchimento obrigatório.

Tipo de guia: Permite selecionar o tipo de guia de atendimento.

Próximo: Prosseguir com a solicitação de autorização.

5. STATUS DE AUTORIZAÇÃO

1. AUTORIZADO: A solicitação foi autorizada e a guia está disponível para impressão;

2. EM ANÁLISE/EM ESTUDO: A solicitação está em análise, portanto, o prestador deverá aguardar a mudança do status da autorização;

3. AGUARDANDO JUSTIFICATIVA TÉCNICA DO SOLICITANTE: O prestador deverá anexar o relatório médico justificando a necessidade do procedimento e ou internação na guia;

4. **AGUARDANDO DOCUMENTAÇÃO DO PRESTADOR:** O prestador deverá anexar a documentação pendente na guia para que a auditoria da operadora possa prosseguir com análise do procedimento;

5. **NEGADO:** A solicitação foi negada;

6. **CANCELADA:** A solicitação foi cancelada;

7. **AUTORIZADA PARCIALMENTE**: A solicitação foi autorizada parcialmente, ou seja, há serviços autorizados e negados.

ados para Pesquisa													
peradora													
mha Nº	Transação	Nº Solicitação Guia	Tipo de A	Atendimento	Período			Situação		Matrícula/Nº Cartão			
			Todos	~	10/02/202	5 a	11/02/2025	Todos	~				
Prestador	Nome do	Beneficiário											
stador Emissao	•			Q Pesq	uisar R	ealizar	pesquisa sim	plificada					
ha	Nº Sol	icitação Guia Nº	Transação		Tipo de Atend	imento	Beneficiário	0		Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações
ha Nenhum re	Nº Soli esultado en	citação Guia Nº	Transação dados de	e sua busc	Tipo de Atend	imento	Beneficiário	5		Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações

6. TIPO DE GUIA

As guias e anexos do padrão TISS são os modelos formais de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário e enviados pelo prestador para a operadora de forma eletrônica.

1. **Consulta:** Deve ser utilizada exclusivamente na execução de consulta eletiva sem a realização de exame ou outro procedimento. Ex: consulta em consultório médico.

2. **SP/SADT:** Deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção, pequenas cirurgias, terapias, consulta com procedimentos (pronto socorro), SADT, quimioterapia, radioterapia.

3. **Solicitação de Internação:** É o formulário padrão a ser utilizado para a solicitação de internação em regime hospitalar, hospital– dia ou domiciliar.

4. **Prorrogação de Internação:** Deve ser utilizada para solicitação complementar durante a internação e sempre vinculada à guia da internação inicial.

5. **Anexo de OPME:** Deve ser utilizada para solicitação de órteses, próteses e materiais especiais e sempre vinculada a uma guia principal.

6. **Anexo de Quimioterapia:** Deve ser utilizada para solicitação de medicamentos quimioterápicos e sempre vinculada a uma guia principal.

7. **Anexo de Radioterapia:** Deve ser utilizada para solicitação de radioterapia e sempre vinculada a uma guia principal.

7. GUIA DE CONSULTA

Para criar a guia de consulta o usuário deverá clicar em NOVA AUTORIZAÇÃO e selecionar o tipo de guia CONSULTA.

Inserir matrícula e o CPF do beneficiário e clicar em próximo.



Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.

Ilova Autorização Histórico de Autorização Restador Prestador Faturamento	¢ Recurso de Glosas		
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui vo da Guia.	icê deve informar a matrícula do beneficiário do plano de sa	aúde. Informe em seguida a data de nascimento e escolha	do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder com a liberação
C Pesquisar Beneficiários			
Preencha todos os dados abaixo para prosseguir			Ð
Matrícula/Nº Cartão	CPF Tipo de Guia	> Próximo	

Inserir matrícula, ou nome, ou CPF e clicar em pesquisar.

and the second se				
X	Este é o formulário inicial para l data de nascimento e escolha d	iberação de guia pela internet. Aqui você deve infi o tipo da guia e clique no botão próximo para pro	ormar a matrícula do beneficiário do plano d ceder com a liberação da Guia.	e saúde. Informe em seguida a
arâmetros pa	ra Pesquisa			
	Matricula/Nº Cartão	Nome do Beneficiário	CPF	
]			Q Pesquisar
0 .			Retornar dependentes	

Inserir CPF e o Tipo de Guia e clicar em Próximo.



Preencher as informações mínimas para emissão da guia de consulta e clicar em concluir. Os campos em asteriscos são de preenchimento obrigatório, conforme o Padrão TISS ANS.

Informações mínimas para emissão da guia de consulta.

Tipo de Guia: Indica o tipo de guia selecionado.

Nº da guia no prestador: Indica número que identifica a guia no prestador de serviços.

Especialidade Executante: Inserir a especialidade do profissional que realizará o atendimento.

Data do atendimento: Indica a data que o atendimento será realizado. Obs: Campo preenchido automaticamente pelo sistema.

Atendimento ao Recém-Nascido: Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável.

Nome do Profissional Solicitante: Inserir nome do profissional que irá executar a consulta.

Conselho: Inserir o código do conselho profissional do executante.

Importante: somente serão aceitos pedidos de exames solicitados por médicos ou dentistas.

Número do conselho: Inserir o número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.

UF: Inserir UF do conselho do profissional executante. Sigla da Unidade Federativa do conselho profissional do executante.

CBO / Especialidade Solicitante: Inserir código da especialidade do profissional executante

Indicação de Acidente: Inserir indicação de acidente, se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada.

- 1. Trabalho
- 2. Trânsito
- 3. Outros
- 4. Não acidente

Tipo de consulta: Inserir o código do tipo de consulta realizada.

1. Primeira consulta

- 2. Retorno
- 3. Pré-Natal
- 4. Por encaminhamento

Observações: Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Anexar arquivo: Permite anexar documentos.

Complemento em Texto: Permite inserir textos complementares.

Código do Procedimento: Inserir código identificador da consulta realizada pelo prestador. **Descrição do Procedimento:** Indica descrição do procedimento a ser realizado pelo prestador. Este campo será preenchido automaticamente pelo sistema após a digitação do código do procedimento.

Quantidade: Indica a quantidade de procedimentos a serem realizados.

Importante: por padrão, o sistema sempre trará o código 10101012 e quantidade 01. **Opções:**

Adicionar: Permite inserir o procedimento na guia. Para incluir um procedimento na guia o prestador deverá inserir a codificação do mesmo e clicar em adicionar.

Procurar: Permite realizar a busca do procedimento por nomenclatura ou codificação. **Remover:** Permite excluir o procedimento da guia. Para excluir um procedimento na guia o prestador deverá selecionar o procedimento a ser excluído e clicar em remover.

Voltar: Permite retornar ao menu principal. Ao clicar no mesmo, todos os dados lançados na guia serão perdidos.

Confirmar: Permite confirmar dados inseridos na guia e seguir com sua emissão.

Após o preenchimento da guia de consulta, o usuário deverá clicar em confirmar para prosseguir com a mesma.

Para prosseguir com a emissão da guia, clicar em confirmar. Se não, clicar em cancelar.

Nova Hotorico de Produtividade Extrato de Autorização Autorizações Presidar Pagamento	Faturamento Recurso de Downloads			
isso 2 (Informações sobre a Guia)				
 Verfique as informações do beneficiário 		Marca (
	S4	5 - AMHE PLUS 400 S/CDPARTICIPACAD IND		
	Celular	Enal		
		-		
 Preencha as internações manimas para emisado da guia de consulta. 				
	Tipo de Gula 2 - Nº Gula no Prestador	Especialidade Executante(*)	18 - Data de Atendimento(*)	
	Dadas da Berenficiênte	•	12/02/2023	
	 6 - Atendimento a Recém-nascido 			
	12 - Nome do Profissional Executante(*)	13 - Conselho(*) N* Consel	no(*) 15 - UF Conselho(*) 16 - CBO/Especialidade Exec.(*)	
	a (~	v v	
	17 - Indicação de Acidente (*)	19 - Tips Consulta(*) CID - Prindp	•	
	~	V Dipte cócios	ou descrição para pesquisar	
	27-Indicador Cobertura Especial	29-Regime Atendimento(*) 29-Saude Oc.	padenal	
	23 - Observação/Justificativa	-	•	
		10		
	Distance Annual III Complements on Texts			
	Character and the combinition on texto			
Adicione os procedimentos desajados a guia				
	Procedimentos Favoritos 🖈		Selecionar Kit de procedimentos	
	Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!		Page 1 and	
			Selecionar Kit	
		0 0		
	21 - Cd. Procedimento(*) Quantidade(*) Opples			
	1 Ut Adicionar Q	Procurar El Remover		

Caso não haja inconsistências, guia será autorizada abrindo-se automaticamente para impressão.

1 - Megiello ANS	 neumero da Guia Adnouido para Operac 	A.F.A.			
lados do Beneficiário					
4 - Nümero da Carteira		5 - Validade da 0	Carterra	6 - Atenu N	timento a RN (Sim ou Não
28 - Nome Social					
7 - Nome CLIENTE				-	
ladice dio Continatado					
 Código na Operadora 	10 - Nome do Contratad	b			11 - Código CNES
12 - Nome do Profesional E MARCIO	vocutante	13 - Conselho CRM	Professional 14 - N	timers no Conseiho	SP 16 - Códico CBO
adios do Atendimento / Proced	imento Realizado		SALES IN		
17 - Indiceção de Acidente (NÃO ACIDENTE	acidente ou doença telacionada)	27 - Indicador de Co	bertura Especial	28 - Regime de Alendiments 01	29 - Saute Ocupacional
18 - Data do Atendimento 1 1/02/2025	PRIMEIRA CONSULTA	20 - Tabela	21 - Código do 10101012	Procedimento 22 - Val	or do Procedimento
21 - Observeção / Justificativ *** OBS:	a a				

Havendo inconsistência, o sistema sinalizará o motivo da mesma.

8. GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SP/SADT)

Para emissão da guia de guia de serviços profissionais e de serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SP/SADT), o usuário deverá clicar em NOVA AUTORIZAÇÃO e selecionar o tipo de SP/SADT.

Nova Autorização Hatorização	Faturamento S Recurso de Glosas	ads	
CONSULTA SP/SADT - SOLICITAÇÃO iobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação de gui com a liberação da Guia.	s pela internet. Aqui vocë deve informar a matricu	ula do beneficiário do plano de saúde. Informe em seguida a data de nascimento e	escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
Q Pesquisar Seneticiários 🛛 🞯 E egibilidade Beneficiário			
 Preencha todos os dados abaixo para prosseguir 			۲
Matricula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia	
		✓ > Próximo	

Inserir matrícula, nome e CPF do beneficiário e clicar em próximo.

Nova Autorização	Histórico de Autorizações	Produtividade Prestador	Extrato de Pagamento	Faturamento	\$ Recurso de Glosas	b Downloads							
Passo 1 (Int	formações so	obre o Benef	iciário)										
	Este é o com a lit	formulário <mark>i</mark> nicial pa beração da Guia.	ra liberação de gu	uia pela internet. Aq	ui vocë deve inform	iar a matricula de	beneficiário do plano d	e saŭde. Informe em s	seguida a data o	de nascimento e e	scolha do tipo di	a guia e clique no botã	ão próximo para proceder
Q. Pesquis	sar Beneficiários	S Elegibilidade	Seneficiário										
 Preencha t 	todos os dados aba	aixo para prosseguir											۲
Matricula/	'Nº Cartão				CPF		Tipo de Guia						
<u> </u>	~	0						 Próximo 					
									-				

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.

Tiovo Autorização Autorização Restador	sturamento	Ĵ.	
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação de guia pel com a liberação da Guia.	a internet. Aqui você deve informar a matrícula d	lo beneficiário do plano de saúde. Informe em seguida a data de nascimento	e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
Q. Pesquisar Beneficiários			
Precicha todos os dados abaixo para prosseguir			
Matricula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia	
		✓ Próximo	

Inserir matrícula, ou nome, ou CPF e clicar em pesquisar.

Esta á a formulária inicial az	ra liberação da quia pala internat. Aqui uncâ dava informar	ra matrícula de beneficiário de plano de caúdo. Teferme em coquida a
data de nascimento e escolh	a do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder	com a liberação da Guia.
râmetros para Pesquisa		
Matrícula/Nº Cartão	Nome do Beneficiário	CPF
[]		Q Pesquisar
		Retornar dependentes

Preencher as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT e clicar em concluir. Os campos em asteriscos são de preenchimento obrigatório, conforme o Padrão TISS ANS.

Informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Nome: Indica o nome do beneficiário.

Plano: Indica o plano do beneficiário.

Celular: Indica telefone de contato do beneficiário.

Tipo de guia: Indica o tipo de guia selecionada para o atendimento.

N° guia no prestador: Indica o número da guia gerada no prestador.

Número da guia principal: Indica o número da guia primária/inicial (em caso de pacientes internados).

Especialidade executante: Preencher com a especialidade do profissional executante.

Data do atendimento: Indica data da realização do procedimento. Obs: a data é preenchida automaticamente pelo sistema e não permite alteração.

Atendimento ao Recém-Nascido: Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável.

Código Operadora solicitante: Indica o código do prestador solicitante junto à operadora. **Nome do contratado solicitante:** Indica o nome fantasia do prestador junto à operadora.

Código profissional solicitante: Código do profissional solicitante junto à operadora.

Nome do profissional solicitante: Inserir nome do profissional solicitante do procedimento.

Conselho: Preencher com o código do conselho profissional do executante do procedimento.

Número do conselho: Preencher com o número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.

UF conselho: Preencher com a UF do conselho do profissional executante. Sigla da Unidade Federativa do conselho profissional do executante do procedimento.

CBO / Especialidade Solicitante: Preencher com a especialidade do profissional que solicitou o procedimento

Caráter do Atendimento: Preencher com o código do caráter do atendimento.

• Eletivo - Procedimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência.

• **Urgência** / **Emergência** - Situação que requer assistência rápida, no menor tempo possível, a fim de evitar complicações ou risco de morte.

Indicação Clínica: Indicação clínica do profissional embasando a solicitação. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.

Tipo de Atendimento TISS. Preencher com o tipo de atendimento a ser realizado.

• **Remoção:** Quando se tratar do deslocamento do beneficiário utilizando-se uma unidade móvel apropriada de uma unidade de atendimento para outra.

• **Pequena Cirurgia:** Quando se tratar de procedimento cirúrgico de pequeno porte, que, devido à sua baixa complexidade, pode também ser realizado fora do ambiente hospitalar.

• **Terapias:** Quando se tratar de atendimento a beneficiário utilizando qualquer método de tratamento de caráter eletivo, urgência ou emergência.

• **Consulta:** Quando se tratar de consulta de referência, ou seja, consulta realizada por indicação de outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento.

• **Ambulatorial:** Quando se tratar de solicitação de realização de exames, ou seja, métodos auxiliares realizados com o objetivo de diagnosticar, rastrear, definir ou acompanhar determinada patologia suspeita ou já conhecida.

• **Quimioterapia:** Quando se tratar de quimioterapia.

• **Radioterapia:** Quando se tratar de radioterapia.

• **Terapia Renal Substitutiva:** Quando se tratar de beneficiário que irá realizar procedimentos de hemodiálise.

• **Pequeno Atendimento:** Quando se tratar de beneficiário que sofreu acidente de baixa gravidade.

Indicação de Acidentes: Se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, preencher com o tipo de indicação de acidentes.

- Trabalho
- Trânsito
- Outro
- Não acidente

Tipo de atendimento: Deverá ser preenchido de acordo com o atendimento. Campo de preenchimento obrigatório se o Tipo de Atendimento for "Consulta".

• **Primeira Consulta** - Primeiro atendimento do paciente ou retorno em período superior a 30 dias.

• **Retorno** - Atendimento prestado ao paciente que retorna ao profissional em intervalo menor ao prazo de retorno.

• **Pré-Natal** - Atendimento prestado a gestante durante a gravidez.

• **Por encaminhamento** - Quando há um encaminhamento de um profissional para o outro.

Observações: Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Anexar Arquivo: Permite anexar documentos.

Complemento em texto: Permite inserir textos complementares.

Procedimentos favoritos: Permite inserir procedimentos solicitados com maior frequência.

Código do procedimento: Preencher com o código do procedimento solicitado.

Quantidade: Preencher com a quantidade solicitada.

Opções:

- Adicionar: Permite inserir o procedimento na guia.
- **Procurar:** Permite procurar o procedimento pela codificação ou nome.
- **Remover:** Permite remover o procedimento da guia.

Código: Indica o código do procedimento inserido.

Quantidade: indica a quantidade do procedimento inserido.

Descrição do procedimento: Indica o nome do procedimento inserido.

Voltar: Permite voltar ao Menu Principal. Obs: ao clicar em voltar, as informações da guia serão perdidas.

Confirmar: Permite prosseguir com a guia.

Após o preenchimento da guia, clicar em confirmar.

Para prosseguir com a confecção da guia, clicar em confirmar. Se não, clicar em cancelar. Não havendo inconsistência, a guia será aprovada automaticamente pelo sistema e disponibilizada para impressão. Havendo inconsistência, essa será sinalizada.

Histórico de Autorizações	Prostador Pagamento Peturamento Recu Glo	ao de Cumunicação Modelos de Eas Internação Guias	Dumilards			
formações s	obre a Guia)					
is informações do	beneficiário					
	10 - Norme	Plano				
	SAMUEL	5 - AMHE PLUS 400 S/COPAR	TICIPACAO IND			
	Colora	samuel				
as informações m	nínimas para emissão da guia de SP/SADT - SOLICITAÇÃO					
	Modelos de Guia					
	Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia	Se julgar necessário, acesse o menu Modelo	s de Guias para criá-los.			_
	Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Guia(*)		22 - Data de Atendimento(*)	
	SP/SADI - SOLICITAÇÃO	Q		~	17/02/2025	1
	Dados do Beneficiário					
	12 - Atendimento a Recém-nascido	N 10 1 740				
	13 - Cod. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado S	(*)				
		4	10 0			
	Cod. Operadora Prot. Solic. 15 - Nome do Prot	ssional Solidtante	16 - Conseho 17 -	Nº Conselho 18 - UF Cons	elho 19 - CBO/Especialidade Solic.	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		v	v	•	
	21 - Carater do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica				CID-10	
					D. Delastand	
	32 - Tipo de Atendimento TISS (*)	33 - Indicação de Acidente (*)		34 - Tipo Consulta C	D - Principal	
	22-Indicador Cobartum Ernacial	29.Recipe Atendimento(*)		29-Sauda Ocupacional	gite coeigo ou descrição para pesquisar	
	50 - Observação/Justificativa					
	Dados Adicionais da Guia					
	Anexar Arguivo 🔠 Complemento em Tex	to				-
s precedimentos	desejados a guia					
	Procedimentos Favoritos 🖈				Selecionar Kit de procedimentos	
	Votê não adicionou nennum procedimento acs seus favoritos					
					Selecionar Kit	
		9	0			
	25 - Cd.Procedimento(*) 27 - Quantidade(*) Oncões					
	ES controlectionento() Es quantoneou () Opposi					
	1	ar Q Procurar 🗆 Remover				
		Nenhum proce	dimento adicionado.			
	C Voltar				✓ Confirmar	

9. GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Para emissão da guia de solicitação de internação, o usuário deverá clicar em NOVA AUTORIZAÇÃO e selecionar o tipo de INTERNAÇÃO.

Neva Autorização	es Produtividade Faturamento S Prestador	* Downloads		
CONSULTA SP/SADT - EXECUÇÃO	sobre o Beneficiário)			
INTERNACAO SP/SADT - SOLICITAÇÃO OPME PRORROGACAO DE INTERNACAO	5 o formulário inical para liberação de guia pela internet. As a liberação da Guia. a) construição da Guia.	ui você deve informar a matricula i	do beneficiário do plano de saúde. Informe em seguida a data de n	ascimento e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
QUIMIOTERAPIA	abaixo para prosseguir			
Matricula/Nº Cartão	~	CPF	Tipo de Guia	

Inserir matrícula, nome e CPF do beneficiário e clicar em próximo.

Nova Autorização Histórico de Autorização	le Downloads		
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação de guia pela interne com a liberação da Guia.	t. Aqui você deve informar a ma	rícula do beneficiário do plano de saúde. Informe em seguida a data de nasciment	o e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
Preencha todos os dados abaixo para prosseguir			Ð
Matrícula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia INTERNACAO Próximo	

Caso na possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.

Nova Autorização Autorização	\$ Recurso de Gloses			
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)				
Este é o formulário inicial para liberação de o com a liberação da Guia.	uia pela internet. Aqui você deve informar a matric	ula do beneficiário do plano de saŭ	ide. Informe em seguida a data de nascimento e escolha do	tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
🔍 Pesquisar Beneficiários 🥥 Begibilidade Beneficiário				
Preencha todos os dados abaixo para prosseguir				(E)
Matrícula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia		
		INTERNACAO 👻	> Próximo	

Inserir matrícula, ou nome, ou CPF e clicar em pesquisar.

sa de benenciario		
Este é o formulário inicial para data de nascimento e escolha d	liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a lo tipo da guia e clique no botão próximo para proceder c	a matrícula do beneficiário do plano de saúde. Informe em seguid com a liberação da Guia.
ametros para Pesquisa Matrícula/Nº Cartão	Nome do Beneficiário	CPF
		Q Pesquisar
		Retornar dependentes

Preencher as informações mínimas para emissão da guia de solicitação de internação e clicar em concluir. Os campos em asteriscos são de preenchimento obrigatório, conforme o Padrão TISS ANS.

Informações do beneficiário

Nome: Indica o nome do beneficiário. Plano: Indica o plano do beneficiário. Celular: Indica telefone de contato do beneficiário.

Informações mínimas para emissão da guia de Solicitação de Internação

Tipo de guia: Indica o tipo de guia a ser selecionada para o atendimento (internação, consulta, exames, etc).

N° guia no prestador: Indica o número da guia gerada no prestador.
Guia externa: Não se aplica ao tipo de guia SP/SADT.
Número da guia principal: Indica o número da guia primária/ inicial.
Especialidade executante: Preencher com a especialidade do profissional executante.

Data do atendimento: Indica data da solicitação do procedimento. Obs: a data é preenchida automaticamente pelo sistema e não permite alteração.

Atendimento ao Recém-Nascido: Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável.

Código da operadora solicitante: Indica o código do prestador solicitante junto à operadora.

Nome do contratado solicitante: Indica o nome fantasia do prestador solicitante junto à operadora.

Código operadora profissional solicitante: Código do profissional solicitante junto à operadora.

Nome do profissional solicitante: Inserir nome do profissional solicitante da internação. **Conselho:** Inserir o código do conselho profissional do solicitante da internação.

Número do conselho: Inserir o número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.

UF conselho: Inserir a Unidade Federativa do conselho do profissional solicitante.

CBO / **Especialidade Solicitante:** Inserir a especialidade do profissional que solicitou o procedimento.

Código na Operadora/CNPJ: Indica o código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.

Nome do Hospital / Local Solicitado: Indica nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.

Data sugerida para internação: Indica a data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.

Caráter do Atendimento: Inserir o código do caráter do atendimento.

• Eletivo - Procedimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência.

• **Urgência** / **Emergência** - Situação que requer assistência rápida, no menor tempo possível, a fim de evitar complicações e sofrimento.

Tipo de internação: Inserir o tipo de internação solicitada.

• **Clínica:** Quando se tratar de internação objetivada por realização de acompanhamento clínico, ou diagnóstico em beneficiário em ambiente hospitalar.

• **Cirúrgica:** Quando se tratar de internação objetivada por realização de ato cirúrgico em beneficiário no ambiente hospitalar.

• **Obstétrica:** Quando se tratar de internação objetivada por realização de acompanhamento, diagnóstico, intervenção de caráter obstétrico no ambiente hospitalar.

• **Pediátrica:** Quando se tratar de internação médica voltada para a manutenção da saúde e para a oferta de cuidados médicos às crianças desde o nascimento até a adolescência.

• **Psiquiátrica:** Quando se tratar de internação relacionada com a aplicação de princípios da psiquiatria no cuidado de beneficiários portadores de transtornos mentais.

Tipo de acomodação: Inserir o tipo de acomodação solicitada.

Regime de internação: Inserir código do regime de internação solicitado.

1. Hospitalar: Quando se tratar de internação para prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que requeiram a permanência do beneficiário na unidade por um período superior a 24 horas.

2. Hospital Dia: Quando se tratar de internação para prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos que requeiram a permanência do beneficiário na unidade por um período de até 24 horas.

Quantidade de diárias solicitadas: Inserir quantidade de diárias solicitadas.

Previsão OPME: Informar se há previsão de utilização de OPME na internação. Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso destes materiais. Obs: Este campo já vem padronizado com NÃO. Em caso de SIM, o usuário deverá assinalar.

Previsão Quimioterapia: Informar se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação. Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento. Obs: Este campo já vem padronizado com NÃO. Em caso de SIM, o usuário deverá assinalar.

Indicação Clínica: Inserir a indicação clínica do profissional, embasando a solicitação. Deve ser preenchido pelo prestador solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.

Indicação de Acidentes: Informar se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada.

- **1**. Trabalho
- **2.** Trânsito
- **3.** Outros acidentes
- 4. Não acidente

Cid 10 principal (Opcional): Inserir código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

Cid 10 (2) (Opcional): Inserir código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

Cid 10 (3) (Opcional): Inserir código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

Cid 10 (4) (Opcional): Inserir código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

Observação / **Justificativa:** Campo utilizado para adicionar qualquer observação sobre o atendimento ou justificativa que julgue necessário.

Anexar arquivo: Permite anexar documentos. O anexo de pedido médico deverá estar devidamente assinado e carimbado, quesito de obrigatoriedade.

Complemento de texto: Permite inserir textos complementares.

Procedimentos favoritos: Permite inserir procedimentos solicitados com maior frequência. **Código do procedimento:** Inserir o código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado.

Quantidade solicitada: Inserir a quantidade do procedimento solicitado. **Opções:**

- Adicionar: Permite inserir o procedimento na guia.
- **Procurar:** Permite procurar o procedimento pela codificação ou nome.
- **Remover:** Permite remover o procedimento da guia.

Voltar: Permite voltar ao Menu Principal. <u>Obs: ao clicar em voltar, as informações da guia</u> serão perdidas.

Confirmar: Permite prosseguir com a guia.

Após o preenchimento da guia, clicar em confirmar.

Para prosseguir com a emissão da guia, clicar em confirmar. Se não, clicar em cancelar.

informações do beneficiário				
10 - Nome SAMUEL	Plano 5 - AMHE PLUS 400	S/COPARTICIPACAO IND		
Celular	Email			
informações mínimas para emissão da guia de internacao				
Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador	Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)		46 - Data de Atendimento(*)
INTERNACAO			~	12/02/2025
Dados do Beneficiário				
9 - Atendimento a Kecem-nascido	ada Saliritanta(*)			
12 Cou. operatora conceance() 15 - Noire Concea	Q			
Cód. Operadora Prof. Solic. 14 · Nome do	Profissional Solicitante	15 - Conselho 16 -	Nº Conselho 17	- UF Conselho 18 - CBO/Especialidade Solic.
Q		×		v v
19-Cól. na Operadora/CNPJ(*) 20-Nome	Hospital/Local Solicitado(*)			
٩			23.74	
21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Carater	do Alendimento(*) 23 - Tipo de Intern	açao (*) 41 - Tipo de Acomodação	24 - Re	gime de Internação(*) 25-Qtde. Dianas Sol. (*
			× (· ·
26 - Previsão de uso de UPME	r.			
		27 - Previsao de uso de quimioterapio	D	
28 - Indicação Clinica(*)		J 27 - Previsao de diso de quimoterapio	D	
28 - Indicação Clínica(*)		27 - Previsas de uso de quimitoterapio	0	
28 - Indicação Clínica(*) 33 - Indicação de Acidente (*)	CID - Principal		0	
28 - Irdicação Olnica(*) 33 - Irdicação de Acciente (*) V	CID - Prinripal Digile código ou descrição	para pesquisar	0	
28 - Irdicação Olnica(*) 33 - Irdicação de Aciente (*) 29 - CD 10 Péncipal(Opciona) 30 - CD 10 (2)(Opdor	CID - Principal Digite código ou descrição nal) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 1	para pecquisar 0 (4)(Opcional)	2 	
28 - Indicação Olinica(*) 33 - Indicação de Acciente (*) 29 - CCD 10 Principa(Opciona) 30 - CID 10 (2)(Opdor 45 - Observação/Justificativa	CTD - Principal Digite código ou descrição nal) 31 - CD 10 (3)(Optional) 32 - CD 1	para pesquisar	2 	
28 - Indicação Olinica(*) 33 - Indicação de Acidente (*) 29 - CD 10 Principal(Opciona) 30 - CD 10 (2)(Opcion 45 - Observação/Justificativa	CTD - Brinripal Digite códiga eu descrição nal) 31 - CTD 10 (3)(Opdonal) 32 - CTD 1	para pisquisar 2 (4)(Optional)	2	
28 - Indicação Olinica(*) 33 - Indicação de Actéente (*) 29 - CD 10 Principal(Opciona) 30 - CD 10 (2)(Opcion 45 - Observação/Justificativa Dados Adicionais da Gala	CTD - Drinrigal Digila códiga eu descrição nal) 31 - CTD 10 (3)(ópcional) 32 - CTD 1	para pesquisar	2	
28 - Indicação Clinica(*) 33 - Indicação de Acidente (*) 29 - CD 10 Principal(Opciona) 30 - CD 10 (2)(Opcion 45 - Observação/Justificativa Dados Adicionais da Gala Dados Adicionais da Gala Complemento em	CID - Drinrigal Digita códiga ou descrição nal) 91 - CID 10 (3)(Optional) 92 - CID 1 Texto	para posquisar	9	
28 - Indicação Clinica(*) 33 - Indicação de Aciente (*) 30 - CID 30 Plencipal(Opsiona) 30 - CID 10 (2)(Opsion 45 - Observação/Justificativa Dados Adicionais da Guía Can exar Arquivo IE Complemento em vrocedimentos dessijados a guía	CID - Brinrigal Digite código ou descrição nal) 31 - CID 10 (3XOpsienal) 32 - CID 1	para piccultar	9	
28 - Indicação Clinica(*) 33 - Indicação de Acciente (*) 39 - CID 10 Pencipal(Optiona) 30 - CID 10 (2)(Option 45 - Observação/Judificativa Dados Adicionais da Guáe □ Anexar Arquivo III Complemento em procedimentos desejados a guía Procedimentos Favorãos ★	CID - Brincipal Digile Código ou descrição nal) 31 - CID 16 (3)Optional) 32 - CID 1 CID 16 (3)Optional) 32 - CID 1	para posquitar (()(Opcional)	9	Selecionar Kit de procedmentor
28 - Indicação Clinica(*) 33 - Indicação de Actente (*) 33 - Indicação de Actente (*) 39 - CID 10 Pencipal(opsiona) 30 - CID 10 (2)(opsion 45 - Observação/Justificativa Dados Adicionais da Gala Dados Adicionais da Gala Procedimentos desejúdos a guía Procedimentos desejúdos a guía	(TI) - Principal Digile Código ou descrição nal) 31 - CID 10 (3) Opcional) 32 - CID 1 Texto	jara posquisar b (s)(Opcional)	9	Selectorar Kit de procedimentos
28 - Indicação Olinica(*) 33 - Indicação de Acidente (*) 29 - CD 10 Pancipal(Opciona) 30 - CD 10 (2)(Opciona) 45 - Observação/Justificativa Dados Adricionais da Scula Dados Adricionais da Scula IE Complemento em rocedimentos desejados a gula Procedimentos Favorãos ★ Vucê não adicionou renhum procedimento aos seus favo	(CII) - Brinnigal (Digite código ou descrição nal) 31 - CID 10 (3)(Opcienal) 32 - CID 1 (CII) 10 (3)(Opcienal) 32 - CI	para pecquisar D (4)(Optional)	2	Selecionar Kit de procedimentos
28 - Indicação Olinica(*) 33 - Indicação de Actéente (*) 29 - CD 10 Principal(Opciona) 30 - CD 10 (2)(Opcion 45 - Observação/Justificativa Dados Adricomis da Guía Dados Adricomis da Guía Dados Adricomis da Guía E Complemento em srocedimentos desejados a guía Procedimentos Favorilos ★ Vucê náu adricionu mentrum procedimento eros seus favor	(CT) - Brierigal Digite código cu descrição nal) 31 - CD 10 (3)(Opsional) 32 - CD 1 Texto	para pesquisar 2 (1)(Opcional)	2	Selecionar Kit de procedimentor
28 - Editação Clinica(*) 33 - Indicação de Acidente (*) 29 - CD 10 Principal(Opciona) 30 - CD 10 (2)(Opcion 45 - Observação/Justificativa Dados Adriconais da Gala Dados Adriconais da Gala Dados Adriconais da Gala Procedimentos Favorãos ★ Você não adzicinou mentoum procedimento aos seus favor 35 - CL Procedementor (*) 27 - Quide Solic(*) Opção	(TD) - Prinripal Digile código eu descrição nal) 31 - CD 10 (3(Opsienal) 32 - CD 1 Texto	para pisquisar 2 (4)(Optional)	9	Selecionar Kil de procedimentos
28 - Edicação Clinica(*) 33 - Erdicação de Acidente (*) 29 - CD 10 Principal(Opciona) 30 - CD 10 (2)(Opciona) 45 - Observação/Justificativa Dados Adicionais da Gala Dados Adicionais da Gala Dados Adicionais da Gala Procedimentos Favorãos \$ Você não adicionou renthum procedimento aos seus favo 35 - C& Procedimento; 9 37 - Qida Solic(*) Opção 3 - C& Procedimento; 9 37 - Qida Solic(*) Opção	CID - Principal Digite códiga eu descrição nal) 31 - CID 10 (3)(Optional) 32 - CID 1 Texto	3 // Yiersa de cor de quinteraire	9	Selectorar Kit de procedimentor
28 - Indicação Clinica(*) 33 - Indicação de Aciente (*) 39 - CD 10 Pincipal/Opciona) 30 - CD 10 (2)(Opciona) 45 - Observação/Justificativa Dados Adcionais da Gala Dados Adcionais da Gala Canto desepádos a guía Procedimentos desepádos a guía Procedimentos Eavortos ★ Vucê não additinou mentum procedimento aco seus foro 35 - Cd.Procedimentos *) 37 - Qués Solic(*) Opção 1 @ Adic	CID - Drinrigal Digite código eu descrição nal) 31 - CD 10 (3)(Optional) 32 - CD 1 I Texto	Jor - Hensande Gold Goldensen para posquisar 3 (4)(Optional)	2	Selecionar Kit de procesimentor

Em seguida, a guia será encaminhada para análise da auditoria médica da operadora, e a liberação deverá ser acompanhada pelo prestador via Autorizador Web.

Aconteceu algo durante a execução de s	a soliotação, vorífique a mensagem abaixo.	
	Situação da Guia <u>En Analise</u> Motiva: PROCEDIMENTO ~> APENICECTOMIA PROCEDIMENTO ~> APENICECTOMIA PROSEDIMENTO ~> APENI	

10. ANEXO DE OPME (Órtese, Prótese e Material Especial).

Para emissão da guia de solicitação de Anexo de OPME, o usuário deverá clicar em NOVA AUTORIZAÇÃO e selecionar o tipo de guia OPME.

Inserir matrícula, nome e CPF do beneficiário e clicar em próximo.



Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.

Rova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Pregamento	Faturamento S Recurso de Glosas Inten	nicação Downloads	
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação de guia com a liberação da Guia.	pela internet. Aqui você deve informar a matr	rícula do beneficiário do plano de saúde. Informe em seguida a data de nascimento	e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
🔍 Pesquisar Beneficiários 🖉 Elegibilidade Beneficiário			
Preencha todos os dados abaixo para prosseguir			()
Matricula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia	
		✓ > Próximo	

Inserir matrícula ou nome e CPF e clicar em pesquisar.

1 1	Este é o formulário inicial para	liberação de guia pela internet. Agui você deve inform	ar a matrícula do beneficiário do plano	de saúde. Informe em seguida a
-	data de nascimento e escolha o	do tipo da guia e clique no botão próximo para proced	er com a liberação da Guia.	
rămetros p	ara Pesquisa			
	Matrícula/Nº Cartão	Nome do Beneficiário	CPF	
				Q Pesquisar

Inserir matrícula, nome e CPF do beneficiário e clicar em próximo.

Nova Autorização Histórico de Autorizações	Faturamento S Recurso de Glosas Inter	nicação Downloads		
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)				
Este é o formulário inicial para liberação de guia po com a liberação da Guia.	la internet. Aqui você deve informar a mat	rícula do beneficiário do plano de saúde. Inf	forme em seguida a data de nascimento	e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
Q Pesquisar Beneficiários				
Preencha todos os dados abaixo para prosseguir				1
Matricula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia		
		✓ > P	Próximo	

Preencher as informações mínimas para emissão da guia de Anexo de OPME e clicar em concluir. Os campos em asteriscos são de preenchimento obrigatório, conforme o Padrão TISS ANS.

Informações do beneficiário

Nome: Nome do beneficiário Plano: O plano do beneficiário Celular: Contato do beneficiário

Informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE OPME.

Tipo de Guia: Indica o tipo de guia selecionado.

Guia Prestador: Indica o número de guia no prestador.

Número da guia referenciada: Campo para referenciamento (vínculo) de guias. Inserir ou buscar número da guia principal/inicial.

Especialidade Executante: Inserir a especialidade do profissional que realizará o atendimento.

Data de atendimento: Indica a data em que o atendimento foi realizado. Obs: campo preenchido automaticamente pelo sistema.

Dados do profissional solicitante: Inserir o nome do profissional que está solicitando o material.

Telefone: Inserir número de telefone do profissional que está solicitando o material.

E-mail: Inserir endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.

Justificativa técnica: Inserir relato do profissional embasando a solicitação.

Especificação do material: Inserir especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.

Observação / **Justificativa:** Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Anexar arquivo: Permite anexar documentos. É obrigatório o pedido médico devidamente assinado e carimbado constando solicitação do material, bem como o orçamento dos materiais solicitados conforme aditivo contratualizado.

Complemento de texto: Permite inserir textos complementares.

Procedimentos Favoritos: Permite inserir procedimentos solicitados com maior frequência.

	hciário						
Nome		Plan	D				
SAMUEL		5 - Al Ema	HE PLUS 400 S/COPAR	TICIPACAO IND			
1000-001-0122		samu	el				
encha as informações mínim	s para emissão da guia de OPME						
Tino de Guia	Nº Guis no Prestador	Número da Cuia Refer	nciuda/*)	Fenacialidada Evacutar	ates(*)	Data da Atan	dmanto(*)
OPME				Especialitature Executor	~	13/02/20	25
Dados do Pro	ssional Solicitante						
9- Nome Pro	ssional Solicitante (*)	10	- Telefone(*)			11- E-mail	
	٩						
Dados da Cin	gia Transca (2)						
12- Juachicut	a recirca, y						
Outror							
24- Especific	ção do Material						
	water status						
25- Observar	nentares (o/Justificativa						
	47000000000						
Territory and territory							
Dados Adicio	ais da Guia	-					
🗋 Anexar	Arquivo III Complemento	em Texto					
cone os provedimentos dese	ados a quia						
Development						Calasiana 1/3	
Procedunein	T avoinos 🖡					Secondina	ce procedimentos
Você não adic	nou nenhum procedimento aos seus	favoritos					na n
						Sele	cionar Kt
			9	•			
OPME Prestador(*)	4 - Cd Material Sclic(*) 16-Opção	17 - Qtde Solic Mat(*) 18-Valor	Unitário Solicitado 21-	Registro ANVISA do Material	(*) 22-Referência do Mate	erial no Fabricante 23-Nº A	utorização Fucionamento
~	~	1					
			El Adicionar				
				Procurar			

OPME Prestador: inserir quem realizará a compra do material.

- Sim: Prestador
- Não: Operadora

Código: Inserir código do material solicitado pelo profissional médico assistente. **Opção:** Inserir a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado.

- Primeiro fabricante
- Segundo fabricante
- Terceiro fabricante

Quantidade: Inserir quantidade do material solicitado. **Valor unitário solicitado:** Inserir valor do material solicitado.

Registro ANVISA: Inserir número de registro do material na ANVISA. **Referência do Fabricante:** Inserir código de referência do material no fabricante.

Autorização de funcionamento: Inserir número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.

Descrição do Procedimento: Indica a descrição do material solicitado pelo prestador. Este campo será preenchido automaticamente pelo sistema após a digitação do código do procedimento.

Adicionar: Permite adicionar material. Após o preenchimento da guia, clicar em adicionar para inserir o material solicitado.

ormações sobre a (iuia)							
informações do <mark>b</mark> eneficiário)							
Nome			Plano					
Celular			5 - AMHE PLUS 400 S/C Email	OPARTICIPACAG	IND			
			samuel					
s informações mínimas para	emissão da guia de OPME							
Tipo de Guia	Nº Guia no Prestador	Número da Guia I	Referenciada(*)	Espec	ialidade Executante((*)		Data de Atendimento(*)
OPME			٩	Cirur	gia Do Aparelho D	igestivo 👻		13/02/2025
Bados do Profissiona	Solicitante		10 Telefond(*)				11 E mail	
٩			(99) 9999-9999					
Dados da Cirurgia								
12" Justikativa reci	ica, j							
1							li.	
Outros	Material							
	Platenai							
							4	
Dados Complementa	es)
25- Observação/Just	ficativa						1	
							6	
Dados Adicionais da	Suia							
🗅 Anexar Arqui	vo 🛛 🖽 Complemento e	m Texto						
nrocedimentos deselados a	nuia							
Procedimentos Eavo	ilos 🛨							Selecionar Kil de procedimentos
Vccê não adicionou ne	enhum procedimento aos seus fa	voritos						Selecionar Kit
IPME Prestador(*) <u>14 - Cd</u>	Material Solic(*) 16-0p <u>cão 1</u>	· Qtde Solic Mat(*) 18	Valor Unitário Soli <u>citado</u>	21-Registro Al	VISA dc Materi <u>al(*)</u>	22-Referência do M	aterial no Fabricante	23-N ^a Autorização Fucionamento
v	v 1			[Anno 1997 - 1997	
			Adicionar	Q Procurar	⊖ Remover			
14 - Código	Descrição do Proces	limento		17 - Quantida	ıde	Dados OPME	Sim	
						Opção	1	
						VI. Un. Solicitado	R\$ 100,00	
	PINO PARA FI	XADOR APEX			1	Registro		
						Ref. Fabricante		

Procurar: Permite realizar a busca do material por nomenclatura ou codificação.

Clicar na opção procurar para habilitar a tela de pesquisa.

esquisa de Procedimento Esta á o formulário para pesquisa de procedimentos. Para pesquisar um procedimento digite nos paramites de pesquisa e códes ou a descrisia de procetimento (tode ou persa uma partir el ciclos es bala procesir)							
			_		e .		
rametros par	a pescuisa						
Código	Descrição do Procedimento		lacion.				
		Q Procurar	III Listar Tu			\$	electonal Kill de precedenembre
							Selecionar Kit
	Faça uma posquisa ou clique no botilo 'Listar T procedimentos.	'odoc' para cidikir ad		0 0			
				in 71-Dogetter Ald/75A do Material	*) **??=2edenilarist da 14	tenial no Fabricante	21-8° Admitração Paramamento
			× F	C Procurar El Meniovia			
			1	17 - Quantidade	Dados OPHE		
					OFFIE Prestador	Sm	
_					Opção	1.	
					Solicitado	R§ 100.00	
1	PENO PARA FERADOR APES			1	Registru ANVISA		

netros para pe	Este é o formulário para pesquisa de procedim digite nos parametros de pesquisa o código ou apenas uma parte) e clique no botão procurari squilsa	entos. Para pesquisar um procedimen a descrição do procedimento (toda o 1	to 			4		
digo	Descrição do Procedimento	Opções						
pine		Q Procurar III Listar	Toe					
a de Procedime	ntos						Selecionar Kit de procedime	entas
120 PINO PA	RA FIXADOR APEX		design design					
120 PINO PA	LA FIXADOR APEX 1 de 1)		Fr do 21-Registro Al Q. Procurar	NISA do Material(*)	22-Referência do M	aterial no Fabricante	23-N° Autorização Fu	acionamenta
120 PINO PA	LA FIXADOR APEK 1 de 1)		Q, Procutar	MISA do Material(*)	22-Referência de M	aterial no Fabricante	23-M ^a Autorização Fu	xcion amenta
120 PINO PA	la fixador afex 1 de 1)		R da 21-Registro M Q Procurar 17 - Quantida	NISA do Materia(**) B Remover	22-Referência do M Diados OPHE OPHE Prestador	aterial no Fabricante	23-M° Autorização Fu	acionamenta
120 PINO PA	la fixador apek 1 de 3)		Q Procurar 17 - Quantida	MISA do Material(*) E Remover	22-Referência de M Diados OPHE OPHE Prestador Opção	aterial no Fabricante Sim 1	23-14° Audorização Fu	ucionamenta
120 PINO PA	1 de 3)		C O O PF do 21-Registro AF Q Procurar 17 - Quantida	NISA do Mateoal(*)	22-Referência de M Dados OPHE OPHE Prestador Opcias VI. Un. Solicitado	alerial no Fabricante Sim I R\$ 100,00	23-N° Autorização Fu	uconamenta
120 PINO PA Total : 1 (página	LA FIXADOR APEK 1 de 3) 120 DINO DARA FIXAD	DOOR APEX	Q Procurar 37 - Quantida	NISA do Material(*)	22-Referência de M Diados OPHE OPHE Prestador Opção VI. Uni, Solicitado Registro ANVISA	stenal no Fabricante Sim 1 R\$ 100,00	23-H [*] Autorização Fu	icionamenta
120 PTNO PA Total : 1 (pšgina	la fixador apek 1 de 1) 129 pino dara fixad	DOR APEX	C Q Procurar 17 - Quantida	NISA do Material(*)	22-Referência da M Dados OPHE OPHE Prestador Opição VI. Un. Solicitado Registro ATVISA Ref. Fabricante	alosial no Fabricante Sim 1 R\$ 100,00	23-14° Audorezeção Fu	icionamenta

Inserir código ou descrição do procedimento e clicar em procurar. Em seguida será exibida uma lista de materiais. Selecione o solicitado com um clique

Após selecionar os procedimentos, seguir com o preenchimento dos demais campos. **Remover:** Permite excluir um procedimento da guia antes da conclusão da mesma. Selecionar o procedimento a ser excluído e clicar em remover.

Voltar: Permite retornar ao menu principal. Ao clicar no mesmo, todos os dados lançados na guia serão perdidos.

Confirmar: Permite confirmar a guia.

Para prosseguir com emissão da guia de OPME, clicar em confirmar. Se não, clicar em cancelar.

Caso o material solicitado necessite de autorização prévia, a guia será encaminhada para análise da auditoria técnica da operadora. O prestador de serviço credenciado deverá acompanhar a liberação da mesma através do Autorizador Web.

	Situação da Guia	alise	
Motivo:			
PROCEDIMENTO => MENSAGEM=> Não existe preco pagamento no cadastro do Prestado	PINO PARA FIXADOR APEX cadastrado para o procedimento tp - De: or (Codigo:)-	- Para:	e Tabela Referenciada 1 Verificar Excecões da regra
PROCEDIMENTO => MENSAGEM=> AUTORIZAÇÃO DO	PINO PARA FIXADOR APEX PROCEDIMENTO CONDICIONADO A AUDITOR	IA MEDICA. FAVO	R AGUARDAR ANALISE DA AUDITORIA
PROCEDIMENTO => MENSAGEM=> Procedimento	PINO PARA FIXADOR APEX nao faz parte do ROL da ANS.		

11. ANEXO DE QUIMIOTERAPIA

Para emissão da guia de solicitação de Anexo de Quimioterapia, o usuário deverá clicar em NOVA AUTORIZAÇÃO e selecionar o tipo de guia QUIMIOTERAPIA.



Inserir matrícula, nome e CPF do beneficiário e clicar em próximo.

Nova Autorização Histórico de Autorização Predadividade Predador Pagament	e Faturamento S Glosas Inte	amitação Devenioads	
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação o com a liberação da Guia.	le guia pela internet. Aqui você deve informar a mat	tricula do beneficiário do plano de saúde. Informe em se	guida a data de nascimento e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
🔍 Fésquizar Beneficiários 🖉 🖉 Begibilidade Beneficiário			
 Preencha todos os dados abaixo para prosseguir 			
Matrícula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia	7
Image: A state of the state		✓ > Ptóximo	
			-

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.

Rova Autorização Autorização	Recurso de Comunic Glosas	ação 300 Denveloads	
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)	1		
Este é o formulário inicial para liberação de guia pela com a liberação da Guia.	internet. Aqui você deve informar a matricu	la do beneficiário do plano de saúde. Informe em seguida a data de nasciment	to e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
🔍 Pesquisar Seneficiários 🥥 Beglisticiade Seneficiário			
 Preencha todos os dados abaixo para prosseguir 			
Matricula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia	
		✓ Próximo	

Inserir matrícula, ou nome, ou CPF e clicar em pesquisar.

17	Este é o formulário inicial para	liberação de guia pela internet. Aqui você deve informa:	r a matrícula do beneficiário do plano de saúde. Informe em segu	uida a
1	data de nascimento e escolha d	lo tipo da guia e clique no botão próximo para proceder	com a liberação da Guia.	
	Deservice			
arametros p	ara Pesquisa			
	Matrícula/Nº Cartão	Nome do Beneficiário	CPF	
			Q Pesquisar	Ē.

Inserir CPF e Tipo de Guia, e clicar em próximo.

asso 1 (Informações sobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui v com a liberação da Guia.	vocë deve informar a m	tricula do beneficiário do plano de saúde. Informe em seguida a data de nascimente	e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
C. Pesquare Developierce 🞯 Elegibilidade Beneficièrio			
Preencha todos os dados abaixo para proceaguir			(ii)
Matricula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia	
 Image: A set of the set of the		QUIMIOTERAPIA V	

Preencher as informações mínimas para emissão da guia de Quimioterapia e clicar em concluir. Os campos em asteriscos são de preenchimento obrigatório, conforme o Padrão TISS ANS.

Informações do beneficiário

Nome: Indica o nome do beneficiário. Plano: Indica o plano do beneficiário. Celular: Indica o contato do beneficiário.

Informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE QUIMIOTERAPIA.

Tipo de Guia: Informa o tipo de guia selecionada.

Guia Prestador: Número identificador da guia do prestador.

Número da guia referenciada: Campo para referenciamento (vínculo) de guias. Inserir ou buscar número da guia principal.

Especialidade Executante: inserir a especialidade do profissional que está solicitando o procedimento de quimioterapia.

Data de atendimento: Indica data em que o atendimento foi realizado. <u>Obs: campo</u> preenchido automaticamente pelo sistema.

Peso:Inserir o peso do beneficiário em quilos.

Altura: Inserir a altura do beneficiário em centímetros.

Superfície corporal: Inserir superfície corporal do beneficiário em metros quadrados.

Cód. na operadora: Indica o código do profissional solicitante junto à operadora. Obs: não se aplica.

Nome profissional solicitante: Inserir o nome do profissional solicitante da quimioterapia. Telefone: Inserir telefone do profissional solicitante da quimioterapia.

E-mail: Inserir o e-mail do profissional solicitante da quimioterapia.

Data do Diagnóstico: inserir data em que foi dado o diagnóstico da doenca referente ao tratamento solicitado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.

CID 10 Principal: Inserir código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

CID 10 (2): Inserir código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

CID 10 (3): Inserir código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

CID 10 (4): Inserir código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

Plano Terapêutico: Inserir o plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante.

Estadiamento: Inserir código do estadiamento do tumor. Obs: ordem numérica conforme código do termo. 0

- 0.
- Ι 1.
- Π 2.
- III 3.
- IV 4.
- 5. Não se aplica

Tipo de Quimioterapia: Inserir código do tipo de quimioterapia solicitada. Obs: ordem numérica conforme código do termo.

- 1^a Linha 1.
- 2^a Linha 2.
- 3^a Linha 3.
- **Outras** linhas 4.

Finalidade: Inserir código da finalidade do tratamento. Obs: ordem numérica conforme código do termo.

- Curativa 1.
- 2. Neoadjuvante
- Adjuvante 3.
- Paliativa 4.
- Controle 5.

ECOG: Inserir código da classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica. <u>Obs:</u> ordem numérica conforme código do termo.

0. Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico.

1. Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.

2. Caminha e é capaz de exercer as atividades de autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.

3. Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.

4. Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.

Tumor: Inserir código da classificação do tumor. <u>Obs: ordem numérica conforme código do termo.</u>

- 1. T1
- 2. T2
- з. T3
- 4. T4
- 5. TO
- 6. Tis
- 7. Tx
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

Nódulo: Inserir código da classificação do nódulo. <u>Obs: ordem numérica conforme código do termo.</u>

- 1. N1
- 2. N2
- 3. N3
- 4. N0
- 5. Nx
- **1**. Não se aplica
- **2.** Sem informação

Metástase: Inserir código da classificação da metástase. <u>Obs: ordem numérica conforme</u> código do termo.

- 1. M1
- 2. M0
- 3. Mx
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

Informações Relevantes: Inserir informações importantes e indispensáveis referente à

solicitação.

Diagnóstico citopatológico e histopatológico: Inserir descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.

Cirurgia: Inserir descrição de procedimento cirúrgico - relativo à patologia atual - ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.

Data da Realização: Inserir data em que o atendimento/procedimento foi realizado.

Área Irradiada: Inserir identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.

Data da Aplicação. Inserir data em que foi realizada a radioterapia anterior.

Observação/Justificativa: Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Número de ciclos previstos: Inserir número de ciclos previstos do tratamento quimioterápico.

Ciclo Atual: Inserir número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.

Número de dias do ciclo atual: Inserir quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.

Intervalo entre Ciclos (em dias): Inserir quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.

Anexar arquivo: Permite anexar documentos. É obrigatório anexar o pedido médico devidamente assinado e carimbado constando a solicitação da quimioterapia e medicamentos solicitados.

Complemento de texto: Permite inserir textos complementares.

Procedimentos Favoritos: Permite inserir procedimentos solicitados com mais frequência. **Código:** Inserir código do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.

Data prevista: Inserir data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.

Doses: Inserir dosagem total do medicamento no ciclo atual. **Unidade de medida:** Inserir unidade de medida do medicamento. **Via de Administração:** Inserir via de administração do medicamento.

Frequência: Inserir número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual. **Adicionar:** Clicar em adicionar para inserir o medicamento na guia

Caso haja mais de um medicamento, repita o processo anterior e clicar em adicionar.

Voltar: Permite retornar ao menu principal. Ao clicar no mesmo, todos os dados lançados na guia serão perdidos.

Confirmar: Clicar em confirmar quando o preenchimento da guia for concluído.

Para prosseguir com a emissão da guia de QUIMIOTERAPIA, clicar em confirmar. Se não, clicar em cancelar.

nformações do beneficiário 8 - Nome SAMUEL Celular	
SAMUEL Celular	
Celular	5 - Amhe Plus 400 s/coparticipacao Ind
	Emzi samuel
informações mínimas para	missão da quía de quimioteracia
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador 4 - Número da Guia Referenciada(*) Especialidade Executante(*) 49 - Data de Atencimento(*)
QUIMIOTERAPIA	Q 13/02/2025
Dados do Beneficiário	
9- Peso (Kg)(*)	10- Altara (cm(*) 11- Superficie Corporal (m2)(*)
Dados do Profissiona	volicitante
Cd. na Operadora	14- Nome Profissional Solicitante(*) 15- Telefone(*) 16- E-mail
Diagnóstico Oncológi	
17- Data do Diagnóst	o 18-CID10Principal(Occional) 19-CID10(2)(Opcional) 20-CID10(3)(Opcional) 21-CID10(4)(Opciona) 29- Plano Terspéutico(*)
22-Estadiamerto(*)	-Tipo de Químio.(*) 24-Finalidade(*) 25-ECOG(*) 26-Turmor(*) 27-Nódulo(*) 28-Hetástase(*)
~	
30- Diagnóstico Cito/	stopatológico 31- Informações relevantes
Iratamentos Anterior	
40- Cirurgia	41- Data da Realização 42- Área Irradiada 43- Data da Aplicação
Dados Complementa	8
44- Observação/Justi	ativa
45- Número de Cidor	
is manero de ciclos	
Dados Adicionais da	da
🗅 Anexar Arqui	o 🔚 Complemento em Texto
andimenter deserted	
Procedimentos desejados a	JI3 ns ♦
r occantentos r avo	Seccional Air of proceeding
voce nao adicionou ne	num procedimento aos seus tavoritos!
34 - Cd.Procedimente	*) Quantidade(*) 32- Data Prevista para início da Administração(*) 36- Dosagem Total no Ciclo(*) 37- Unidade de Medidu(*) 38- Via Adm(*) 39- Frequência(*)
	⊕ Adicionar Q Procurar ⊖ Remover
	Nenhum procedimento adicionado
	reament proceedings wavefilled.

Caso o medicamento solicitado necessite de autorização prévia, a guia será encaminhada para análise da auditoria técnica da operadora. O prestador de serviço credenciado deverá acompanhar a liberação da mesma através do Autorizador Web.





Motivo:

PROCEDIMENTO => 20104243 - TERAPIA ONCOLÃ⊡GICA COM ALTAS D MENSAGEM=> AUTORIZACAO DO PROCEDIMENTO CONDICIONADO A AUDITORIA MEDICA. FAVOR AGUARDAR ANALISE DA AUDITORIA

PROCEDIMENTO => 20104243 - TERAPIA ONCOLĂCIGICA COM ALTAS D MENSAGEM=> Não existe preco cadastrado para o procedimento tp - De: 20104243 - Para: 20104243 e Tabela Referenciada 1 Verificar Excecões da regri pagamento no cadastro do Prestador (Codigo:)-

12. ANEXO DE RADIOTERAPIA

Para emissão da guia de solicitação de Anexo de Radioterapia, o usuário deverá clicar em NOVA AUTORIZAÇÃO e selecionar o tipo de guia RADIOTERAPIA.



Inserir matrícula, nome e CPF do beneficiário e clicar em próximo.

Nova Autorização Autorização	amento Recurso de Comunicação Downloads	
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)		
Este é o formulário inicial para liberação de guia pela in com a liberação da Guia.	ternet. Aqui vocë deve informar a matrícula do beneficiário do plano o	le saŭde. Informe em seguida a data de nascimento e escolha do tipo da guía e clique no botão próximo para proceder
🔍 Pesquisar Beneficiários 🛛 🞯 Elegibilidade Beneficiário		
Preencha todos os dados abaixo para prosseguir		Ð
Matricula/Nº Cartão	CPF Tipo de Guia	
		 Próximo

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.

Nova Autorização	Histórico de Autorizações Produtivi Prestad	dade or Pagamento	Faturamento	\$ Recurso de Glosas	Comunicação Internação	Downloads							
Passo 1 (Infor	mações sobre o B	eneficiário)											
	Este é o formulário in com a liberação da G	icial para liberação de g ula.	uia pela internet. Aq	ui você deve inform	nar a matrícula do	beneficiário do plano de s	úde. <mark>In</mark> forme em s	seguida a data	de nascimento e	e escolha do ti	po da guia e cliqu	e no botão próximo para	proceder
Q. Pesquisar I	Beneficiários 🥥 Elegit	ilidade Beneficiário											
Preencha todo	os os dados abaixo para pro	sseguir											
Matrícula/Nº	Cartão			CPF		Tipo de Guia							
	 Image: A start of the start of					~	> Próximo						

Inserir matrícula, ou nome, ou CPF e clicar em pesquisar.

30	Este é o formulário inicial para data de nascimento e escolha o	liberação de guia pela internet. Aqui você deve informa do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder	r a matrícula do beneficiário do plano r com a liberação da Guia.	de saúde. Informe em seguida a
arâmetros	para Pesquisa			
	Matrícula/Nº Cartão	Nome do Beneficiário	CPF	
				Q Pesquisar
			Retornar dependente	s

Inserir nome ou CPF e clicar em próximo.

Tiova Autorização Autorizaçãos Produtividade Prestador Pagamento Faturam	sento S Recurso de Glosas Inte	unicação Downloads	
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação de guia pela inter com a liberação da Guia.	met. Aqui você deve informar a ma	trícula do beneficiário do plano de saúde. Informe em s	eguida a data de nascimento e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
Q Pesquisar Beneficiários			
Preencha todos os dados abaixo para prosseguir			I
Matrícula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia	1
		RADIOTERAPIA 👻 > Próximo	

Preencher as informações mínimas para a emissão da guia de Anexo de Radioterapia e clicar em concluir. Os campos em asteriscos são de preenchimento obrigatório, conforme o Padrão TISS ANS.

Informações do beneficiário

Nome: Indica o nome do beneficiário. Plano: Indica o plano do beneficiário. Celular: Indica o contato do beneficiário.

Informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE RADIOTERAPIA.

Tipo de Guia: Indica o tipo de guia selecionado.

Guia Prestador: Inserir o número identificador da guia no prestador.

Número da guia referenciada: Campo para referenciamento (vínculo) de guias. Inserir ou buscar número da guia principal.

Especialidade Executante: inserir a especialidade do profissional que está solicitando o procedimento de radioterapia.

Data de atendimento: Indica data em que o atendimento foi realizado. Obs: campo preenchido automaticamente pelo sistema.

Cód. na operadora: Indica o código do profissional solicitante junto à operadora. Obs: não se aplica.

Nome profissional solicitante: Inserir o nome do profissional solicitante da radioterapia.

Telefone: Inserir telefone do profissional solicitante da radioterapia.

E-mail: Inserir o e-mail do profissional solicitante da radioterapia.

Data do Diagnóstico: Inserir data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.

CID 10 Principal: Inserir código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

CID 10 (2): Inserir código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

CID 10 (3): Inserir código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

CID 10 (4): Inserir código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

Diagnóstico por imagem: Inserir com o código da tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia. <u>Obs: ordem numérica conforme código do termo.</u>

- 1. Tomografia
- 2. Ressonância Magnética
- 3. Raios-X
- 4. Outras
- 5. Ultrassonografia
- 6. PET

Estadiamento: Inserir código do estadiamento do tumor. Obs: ordem numérica conforme código do termo.

0. 0

- 1. I
- 2. II
- 3. III
- 4. IV
- 5. Não se aplica

Finalidade: Inserir código da finalidade do tratamento. Obs: ordem numérica conforme código do termo.

- 1. Curativa
- 2. Neoadjuvante
- 3. Adjuvante

- 4. Paliativa
- 5. Controle

ECOG: Inserir código da classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica. <u>Obs: ordem numérica conforme código do termo.</u>

0. Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico.

1. Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.

2. Caminha e é capaz de exercer as atividades de autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.

3. Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.

4. Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.

Diagnóstico citopatológico e histopatológico: Inserir descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.

Informações Relevantes: Inserir informações importantes e indispensáveis referente à solicitação.

Cirurgia: Inserir descrição de procedimento cirúrgico - relativo à patologia atual - ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.

Data da Realização: Inserir data em que o atendimento/procedimento foi realizado.

Quimioterapia: Inserir quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.

Data da Aplicação (última quimioterapia). Inserir data em que foi realizada a quimioterapia anterior.

Número de campos: Inserir o número de campos de irradiação

Dose por dia (em GY): Inserir dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.

Dose total (em GY): Inserir dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.

Número de dias: Inserir número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante.

Data prevista para administração: Inserir data prevista para início da administração da radioterapia.

Observação/Justificativa: Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Anexar arquivo: Permite anexar documentos. É obrigatório anexar o pedido médico devidamente assinado e carimbado constando a solicitação da radioterapia.

Complemento de texto: Permite inserir textos complementares.

Após o preenchimento da guia de radioterapia, clicar em confirmar.

Para prosseguir com a emissão da guia clicar em confirmar, se não, clicar em cancelar.

B- Note Flame Chick 1 Chick 1 Calder Enail ismush tata is information of called 2: 4P Calls no Pratador 1: 100 Coll		o bononononio												
Codar Energi Energi annuki table as informações minimas para emissão ca guia ce radiofrenzial Tero de cais 2 - 14º cais no Protador Cais a se informações minimas para emissão ca guia ce radiofrenzial Tero de cais 2 - 14º cais no Protador Cais a se informações minimas para emissão ca guia ce radiofrenzial Cais de formacionad Solutant Cais de formac	8 - Non	ie				Plano	C 400 C/COB40	TICIPACAO IN						
taruali clas as informações minines para eninisão os guis os radolorandis clas as informações minines para eninisão os guis os radolorandis Natoritarda da Asta no Produción da Subtanti Cal	Celular	1,				Email	3 400 3/COPA	CTERFACTO IN						
ba is internatively international para emission of guid or failed registrational (*)						amueli								
Tipo de Cuia 2 - Nº Guia no Prezidader 5 - Número de Cuia Referenciade(*) Expectididade Locactante(*) Expectididade Locactante(*) 13/02/2025 Padeo de Predicacional Solicitante* C. no Operadora 11 : Nome de Predicacional Solicitante(*) Padeo de Predicacional Solicitante C. no Operadora Diagnédico Dinoclógico 14: Debs Diagnédico 15 - CD 19 Priocycle(Opcionel) 15 - CD 10 (2)(Opcionel) 15 - CD 10 (2) (2) - V V V 23: Diagnédico Dinoclógico 14: Debs Diagnédico Solicitate 23: Diagnédico Clambéter/Elementes 24: Informacier elementes 23: Diagnédico Clambéter/Elementes 23: Diagnédico Clambéter/Elementes 24: Informacier elementes 25: Diata faitures 25: Diata faitures 25: Diata faitures 25: Diata faitures/Elementes 25: Diata faitures/Elementes 26: Diata faitures 26: Diata faitures 27: Quintotenplé 28: Nimere de Cample(*) 29: Diata faitures 20: Diata faitures	a as informações	ninimas para ei	nissao ca guia ce r	adiolerapia										
RADOTERADIA Q Index de Profisional Solicitants C. na Operadora 11: None de Profisional Solicitants 11: None de Profisional Solicitants 11: None de Profisional Solicitants 11: Deb Disprisério 15: CD1 Difficial(Operand) 15: CD1 D1 (0)(Operand) 15: CD1 D1 (0)(Operand) 15: Disprisério 15: Disprisério 15: CD1 D1 (0)(Operand) 15: CD1 D1 (0)(Operand) 15: CD1 D1 (0) (0)(Operand) 15:	Tipo de	Guia 2	l - № Guia no Prest	ador	6 - Número da G	uia Referencia	ada(*)	Especia	idade Executante((*)		35 - Data	de Aterdimento(*	ງ
Deduc do Publicional Solicitate! Cd. na Operadora 11: Nome do Profissional Solicitate! Q Despidato Ontodojeco 14: Deta Diagnificato 10: D19 Principal(Opcional) 15: CD 10 (2)(Opcional) 19: CD 10 (4)(Opcional) 19: Diagnificato Imagem 28: Estadamento(*) 21: ECOC(*) 23: Diagnificato Otto/Histopatologico 24: Informaciles relevantes 23: Outra Sealizzação(Cruzija) 24: Informaciles relevantes 12: Data Sealizzação(Cruzija) 23: Outra Sealizzação(Cruzija) 24: Data Sealizzação(Cruzija) 25: Data Sealizzação(Cruzija) 26: Data Sealizzação(Cruzija) 27: Outra Sealizzação(Cruzija) 28: Data Sealizzação(Cruzija) 29: Outra Sealizzação(Cruzija) 29: Outra Sea Data Sealizzação(Cruzija) 29: Outra Sea Data Sealizzação(Cruzija) 29: Outra Sea Data Sealizzação(Cruzija)	RADIOT	RAPIA					٩				*	13/02/	2025	
Cd. na Operadora 11: Nome 66 Professional Solucitants(*) 12: Telefone(*) 13: E- E- mail Despridities Oncodesice Procedimentos Procedimentos Procedimentos Procedimentos Procedimentos Procedimentos Procedimentos Los por da (em Gy(*) 31: Dese Total (en Gy)(*) 22: Nimer: de Dist(*) 32: Data Provieta Inciso da Administração(*) Procedimentos Procedimentos Pr	Dados	lo Profissional S	iolicitante											3
Variation considered 1 - Data Diagnification 2 - Data Diagnification 2 - Data Sealizzação (Churyla) 2 - Data Sealizzação (Ch	Cd. na	Operadora		11- Nome do Pr	ofissiona <mark>l Solicitant</mark> i	e(*)	12- Telefon	e(*)	13- E-mail					
Diagnético Oncológico 14- Data Diagnético 15- CD 10 Principal(Opcional) 15- CD 10 (2)(Opcional) 15- CD 10 (3)(Opcional) 19- Diagnético Imagem 20- Estadamento(*) 21- ECOG(*) 22- Finalidade(*) 22- Diagnético CR0/Histopatológico 24- Informacies relevantes 24- Curruja 22- Diagnético CR0/Histopatológico 24- Informacies relevantes 22- Curruja 22- Diagnético Statutores 22- Curruja 22- Curruja 22- Diagnético Statutores 22- Curruja 22- Quimoterapia 23- Diagnético Statutores 22- Curruja 22- Curruja 23- Diagnético Statutores 22- Quimoterapia 22- Quimoterapia 23- Número de Campos(*) 30- Doce por día (em Gy)(*) 32- Número de Diag(*) 33- Data Providta Indio da Administração(*) 34- Observação/Dustificative 34- Observação/Dustificative 34- Observação/Dustificative 34- Observação/Dustificative Dades Addeiensa da Guae Imagementa em Texte Imagementa em Texte Imagementa em Texte			٩											
14. Dab Diagnésico 15- CD 12 Principal(Opcional) 15- CD 12 (2)(Opcional) 15- CD 10 (3)(Opcional) 18- CD 10 (4)(Opcional) 18- CD 10 (4)(Opci	Diagnó	tico Oncológico												
22- Disanóstico Cito/Histopatológico 24- Informações relevantes Tatametéo Anteriores 22- Cituagis 22- Cituagis 22- Disa Selização(Citurgis) 27- Quimioterapis 23- Número de Campos(*) 20- Doce Total (en Cy)(*) 20- Número de Campos(*) 30- Doce por dia (em Cy)(*) 20- Número de Campos(*) 30- Doce por dia (em Cy)(*) 20- Número de Campos(*) 30- Doce por dia (em Cy)(*) 20- Número de Campos(*) 30- Doce Total (en Cy)(*) 20- Número de Campos(*) 30- Dota Prevista Indio da Administração(*) 20- Número de Campos(*) 31- Doce Total (en Cy)(*) 20- Número de Campos(*) 32- Dota Prevista Indio da Administração(*) 20- Número de Campos(*) 32- Dota Prevista Indio da Administração(*) 20- Rúmero de Campos(*) 32- Número de Dia(*) 32- Dota Prevista Indio da Administração(*) 20- Rúmero de Campos(*) 32- Número de Dia(*) 32- Dota Prevista Indio da Administração(*) 20- Rúmero de Campos(*) 32- Número de Dia(*) 32- Dota Prevista Indio da Administração(*) 20- Rúmero de Gampos(*) 32- Número de Dia(*) 32- Dota Prevista Indio da Administração(*) 20- Rúmero de Gampos(*) 32- Dota Prevista Indio da Administração(*) 20- Rúmero de G	14- Dat	a Diagnóstico 1	5- CID 10 Principal(Opcional) 16- CID	10 (2)(Optional) 1	17- CID 10 (3)	(Cpcional) 18-	CID 10 (4)(Opc	onal) 19- Diagnós	stico Imagem 20	- Estadiamentol	(*) 21- ECOG(*)	22- Finalid	ade(*)
22- Diagnóstico Cito/histopatológico 24- InformacJes relevantes Tatametos Anteiores 22- Ciurgia 22- Ciurgia 22- Ciurgia 22- Data Realização(Cirurgia) 22- Quimicotrargia 22- Quimicotrargia 22- Quimicotrargia 22- Quimicotrargia 22- Data Realização(Cirurgia) 22- Quimicotrargia 22- Data Agolicação(Qite. Quimico) 22- Quimicotrargia 22- Data Agolicação(Qite. Quimico) 23- Data Prevista Indici da Administração(*) 23- Data Prevista Indici da										× .		•	• I	-
Voccimentos Longionentares 22- Data Selização(Út. Quimio) 23- Número de Campos(*) 20- Número de Campos(*)	23- Dia	inóstico Cito/Hi	stopatologico		24- I	nformações re	elevantes			Tratame	ntos Anteriores mia			
Procedmentos Lomplementares 29- Número de Campo(*) 20- Doce Total (en Gy)(*) 22- Número de Diax(*) 23- Data Aplicação(Út. Quimo). 29- Número de Campo(*) 20- Doce por dia (em Gy)(*) 22- Número de Diax(*) 23- Data Prevista Inicio da Administração(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce por dia (em Gy)(*) 22- Número de Diax(*) 23- Data Prevista Inicio da Administração(*) 29- Número de Campo(*) 10- Doce Total (en Gy)(*) 22- Número de Diax(*) 23- Data Prevista Inicio da Administração(*) 29- Número de Campo(*) 10- Doce Total (en Gy)(*) 22- Número de Diax(*) 23- Data Prevista Inicio da Administração(*) 29- Número de Campo(*) 10- Doce Total (en Gy)(*) 12- Número de Diax(*) 23- Data Prevista Inicio da Administração(*) 29- Número de Campo(*) 10- Doce Total (en Gy)(*) 12- Número de Diax(*) 23- Data Prevista Inicio da Administração(*) 34- Observação/Justificativa													1	
Joeder Advioras da Gas Dader Advioras da Gas Dader Advioras da Gas														
													2	
Procedmentos Lomplementares 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Dia (*) 34- Observação/Justificativa 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Dia (*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Número de Dia (*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 20- Núm										25- Data	Realização(Ciru	urgia)		
Procedmentos Longlementares 20- Número de Campos(**) 20- Nú														
Procedimento: Complementares 29- Número de Campos(*) 30- Doce por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campos(*) 30- Doce por dia (em Gy)(*) 20- Número de Campos(*) 30- Doce por dia (em Gy)(*) 20- Número de Diax(*) 30- Dota Previeta Início da Administração(*) 20- Número de Campos(*) 30- Doce Total (em Gy)(*) 20- Número de Diax(*) 30- Dota Previeta Início da Administração(*) 20- Número de Diax(*) 30- Dota Previeta Início da Administração(*) 20- Número de Diax(*) 30- Dota Previeta Início da Administração(*) 20- Número de Diax(*) 30- Dota Previeta Início da Administração(*) 20- Número de Diax(*) 30- Dota Previeta Início da Administração(*) 20- Número de Diax(*) 30- Dota Previeta Início da Administração(*) 30- Observação/Justificativa										27- Quir	oterapia			
Procedmentos Lomplementares 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Número de Campo(*) 20- Doce Por dia (em Gy)(*) 29- Dadeo Advicionas da Gaia 20- Doce Por dia (em Gy) 20- Anevar Arquivo El Complemento em Texto													1	
Procedmentos Longienentares 20- Número de Campos(*) 20- Número de Diar(*) 20- Número de Diar(*) 20- Número de Diar(*) 20- Número de Campos(*) 20- Número de Diar(*) 20- Número de Campos(*) 20- Número de Diar(*) 20- Número de Campos(*) 20- Número de Diar(*) 20- Número de Diar(*) <td></td>														
22- Data Aplicação(UE, Quimo,) Procedimentos Longlementares 20- Número de Campos(*) 30- Doce por dia (em Gy)(*) 31- Doce Total (en Gy)(*) 32- Número de Diar(*) 33- Data Prevista Inicio da Administração(*) Dados Complementares 34- Observação/Justificative Dados Adicionas da Guia Dados Adicionas da Guia Camplemento em Texto													2	
Procedmentos Complementares 29- Número de Campoq ⁴ 20- Doce por día (em Gyl(*) 31- Doce Total (en Gyl(*) 32- Número de Diac(*) 23- Data Prevista Inicio da Administração(*) Dados Complementares 34- Observação/Dustificative Dados Administração Soluzitificative Dados Administração Soluzitificative Dados Administração Soluzitificative Dados Administração Soluzitificative										28- Data	Aplicação(Ult.	Quimio.)		
Vrocedmentos Lónglementares 20- Número de Campod ^{4*}) 32- Doce Total (em Gy)(^{4*}) 20- Número de Dise(^{4*}) 33- Data Previeta Inicio da Administração(^{4*}) Dados Jonglementares 34- Observação/Justificativa 34- Observação/Justificativa 34- Observação/Justificativa Dados Adricionas da Gata 34- Observação/Justificativa														
Procedimetros Componentarias 20- Número de Campose ¹ 30- Doce por día (em Gy/(*) 31- Doce Total (en Gy/(*) 32- Número de Diar(*) 33- Data Prevista Inicio da Administração(*) Dades Complementares 34- Observeção/Justificative Dades Addicionas da Gola	-													
Dades Complementares 34- Observação/Justificativa Dedes Addronas da Gela Dades Addronas da Gela Dades Adronas da Gela	29- Núr	nentos Complei iero de Campor	nentares c(*) 30- Dose pr	or dia (em Gy)(*)	31- Doce Total (er	n Gy)(*) 3	2- Númerc de D	0ias(*) 3	8- Data Prevista Ir	nício da Adminis	ração(*)			
Dados Complementares 34 Observeção/Justificative Dados Adicionas da Gua Dados Adicionas da Gua Camplemento em Texto														
Dades Complementares 34 - Observação/Justificative Dades Adicionas da Guia Dades Adicionas da Guia Dades Adicionas da Guia Complemento em Texto														
34- Observação/Justificative Dades Adicionais da Otia Dades Adicionais da Otia Dades Adicionais da Otia	Dados	Complementare	s .											
Dades Adhcionas da Gaia	34- Obs	ervação/Justific	ativa											
Dades Adricenas da Gea Canal Arquiva HE Complemento em Texto														
Dades Adicionas da Cúa D Anexar Arquivo III Complemento em Texto									da la					
🕒 Anexar Arquiva 🛛 🖽 Complemento em Texto	the local design of the lo	idicionais da Gu	ia											
	Dados .		100000000000000000000000000000000000000	monto om To	de									
	Dados -	exar Arquive	o I≣ Comple	anento en res										
< Confirmant	Dados	exar Arquiv	oE Comple	amento em 160										

O anexo de radioterapia não requer autorização prévia, portanto, a guia será aprovada automaticamente.

1 - Registro MIS	3 - Número da Guia	Referencieda	d : Sanha				13/02/20	020		6 tumero	da Gela Atribuite pala	Operadora	
Dados do Eeneficiêno										10.0			
7 - Namero da Cartaina	X - None											30	10-3ano
autos dio Proffessional Solicitante			Valeras										1
11 - Norte do Profissional Bolicitaria			12 - Telefore			ti-L-mai							
Diagnósitico Cincológico													_
01/01/2003	14- CID 11 Principal (Decimetal)	16 - CIE 10 (2) (Demonal) 17	CID 10 3) (Danimati)	18 - 00 98 (4) (Operational)	T9 - Diagnosti co p	r Inagen	20 - Estadianen		H-6000	11-F	inalidade		
21 - Diaprolaticas Cito/Hetapatologico							1	Tratament	os Anteriores				
24 - Informaçilas relavaries								54-5444 01/10/	Radias la 2005				
	L3							SIM 28-0eta di 01/12/	Apicação 2019				
29 - Nümero de Campes 1 Ó	30 - Jose por dia (em Gy) 10	11 - Disse Total (um Gyl 12 10 10	- Nümere de Dias	01/12/2019	s tricle da Administr	alie							

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador:

13. GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Para emissão da guia de Solicitação de Prorrogação de Internação, o usuário deverá clicar em NOVA AUTORIZAÇÃO e selecionar o tipo de guia PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO.

Nova Autorização	se Produtividade Extrato de Faturamento Recurso de Glosas Comunicação Internação
CONSULTA SP/SADT - EXECUÇÃO	sobre o Beneficiário)
SP/SADT - SOLICITAÇÃO OPME	e formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matricula do beneficiário do plano de saúde. Informe em seguida a data de nascimento e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proced s liberação da Guia.
PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO	G Illegibilisade Bereficièrio
QUIMIOTERAPIA RADIOTERAPIA	abako para proseguir
SP/SADT Platnesia/ IV** Careao	CPF Tipo de Guia
	✓ > Próximo

Inserir matrícula, nome e CPF do beneficiário e clicar em próximo.

Nova Autorização Produtividade Estrato de Prestador Pagament	e Faturamento Recurso de Glosas Int	nunicação emação	9
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação d com a liberação da Guia.	e guia pela internet. Aqui você deve informar a m	atricula do beneficiário do plano de saúde. Informe	e em seguida a data de nascimento e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
Q Pasquisar Beneficiários			
Preencha todos os dados abaixo para prosseguir			(E)
Matricula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia	
		PRORROGACAO E 💙 🚺 Þróxin	cimo

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.

Nova Autorização Histórico de Autorização	Recurso de Glosas Inte	antegão Downloads	
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação de guia pela in com a liberação da Guia.	ternet. Aqui você deve informar a ma	tricula do beneficiário do plano de saúde. Enforme em seguida a data de nascimento e escolha do tipo da guía e clique no botão próximo para p	proceder
Q. Pasquistr Beneficiários			
Preencha todos os dados abaixo para prosseguir			
Matricula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia	
		PRORROGACAO (V) Próximo	

Inserir nome e CPF e clicar em pesquisar.

Q	Este é o formulário inicial para l data de nascimento e escolha d	liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar lo tipo da guia e clique no botão próximo para proceder	a matrícula do beneficiário do plano de com a liberação da Guia.	e saúde. Informe em seguida a
arâmetros para	Pesquisa			
1	latrícula/Nº Cartão	Nome do Beneficiário	CPF	
C.	1			Q Pesquisar
			Retornar dependentes	

Selecionar guia principal onde será vinculada a prorrogação e clicar em prorrogar.

Nova Autorização	Produtividade Prestador Prestador	S Recurso de Glosas Comunicação Downloads			
Dades para Resquisa Nr. Guia Data En 10/02/	insão Matricula/Nº Cartão 2025 13/02/2025	Nome do Beneficiário	Q Pesquisar		
Nr. Guia	Deta Emissão 13/02/2025	Data Execução Internação	Diáries 1	Ações C: Frantagur	
		Prizneiro Anterior 1 Próximo	Ŭŧtimo		
Σ> /	utorizador Web				8.3.3

Preencher as informações mínimas para emissão da guia de PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO e clicar em concluir. Os campos em asteriscos são de preenchimento obrigatório conforme o Padrão TISS ANS.

N° guia de internação: Indica número da guia inicial de solicitação de internação. N° guia atribuído operadora: Indica número que identifica a guia atribuído pela operadora.

N° da carteira: Indica número da carteira do beneficiário na operadora. Nome: Indica o nome do beneficiário.

Cod. Na operadora: Indica o código identificador do prestador solicitante junto à operadora, conforme contrato estabelecido.

Nome do contratado: Indica Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento.

Cód. na operadora: Indica código identificador do profissional solicitante junto à operadora. <u>Obs: não se aplica.</u>

Nome do profissional solicitante: Inserir nome do profissional que está solicitando a prorrogação da Internação ou a complementação do tratamento.

Conselho profissional: Inserir o código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial.

N° Conselho: inserir número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.

UF: Inserir sigla da Unidade Federativa do profissional executante do procedimento.

Cód. CBO / Especialidade: Inserir especialidade ou código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial.

Diárias adicionais solicitadas: Inserir quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas.

Tipo de acomodação solicitada: Inserir código do tipo da acomodação solicitada.

Indicação clínica: Inserir indicação clínica do profissional embasando a solicitação.

Anexar arquivo: Permite inserir documentos para análise. <u>Obs: é obrigatório anexar o pedido de solicitação de prorrogação para análise da operadora.</u>

Cód. procedimento: Inserir código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.

Descrição: Indica a descrição do procedimento solicitado pelo prestador.

Quantidade Solicitada: Inserir quantidade do procedimento solicitado pelo prestador. **Incluir:** Permite inserir o procedimento na guia.

Após inserir o código do procedimento, clicar em adicionar para inserir o mesmo na guia.

Para excluir o procedimento da guia, clicar na lixeira do respectivo procedimento.

Observação/Justificativa: Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Data da solicitação: Indica a data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento. <u>Obs: campo preenchido automaticamente pelo sistema.</u>

Voltar: Permite voltar ao menu principal. Ao clicar no mesmo, todas as informações inseridas na guia serão perdidas.

						100		
Niva Autorização Niva	Lee Extrato de Faturame estador	\$ Recurso de Glosas	arão Downloads					
Solicitação de Prorrogação	de Internação							
3.H* Guia Internação 6.H* Guia Atiliacido Operadora Datos do Beneficitirio 7.H* du a Internação Bolico do Beneficitirio Datos do Dominatelo Solicitatele 9-CG. na Operadora 11. Nome do Profissional Solicitatele" 0 Q Ce. na Operadora 11. Nome do Profissional Solicitatele" Policos do Internação 12 Distan do Internação 13 Distan do Internação 14 Distan do Internação 15 Distan do Internação 16 Distan do Internação 17 Tipe da Aceemodação Eclínitada 18 Indicação Clínitead 11. Procedimento 21. Obscrição 22-Cd. Procedimento 21. Obscrição Ce. Necodimento 21. Obscrição Ce. Necodimento 21. Obscrição Ce. Necodimento 21. Obscrição Ce. Necodimento<								
Dados do Beneficiário		_						
7-N° da Carteira(")	Internação ►N° Gaia Atribuido Operadora Bandécino SAMUEL SAMUEL Constation Solicitante(*) 10 Atribuido Constatasol(*) Constation Solicitante(*) 11 Atome do Profissional Solicitante(*) 12 Adeiconatis Solicitadas 13 Tripo da Acemondação Solicitadas 19 Indicação Contratasol(*) 11 Atome do Profissional Solicitante(*) 12 Adeiconatis Solicitadas 13 Tripo da Acemondação Solicitadas 19 Indicação Contratasol(*) 11 Indicação Contratasol(*) 21 Operação (*) 21 Operação (*) 10 Operaçõo (*) 21 Operaçõo (*) 10 Operaçõo (*) 21 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 21 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 12 Operaçõo (*) 13 Operaçõo (*) 13 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 12 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 12 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 11 Operaçõo (*) 12 Operaçõo (*							
	SAMUEL							
9-Cd. na Operadora(*)	10-Nome do Contratado(*)							
0								
Cd. na Operadora	11-Nome do Profissional Solicitante	ì	12-Conselho Profissional(*)		13-N° Conselho(*)	14-UF(*)	15-Cd, CBO	/Especialidade(*)
0		,		~		100000	-	~
Dados da internação						-		
16 Diárias Adicionais Solicitadas	17 Tipe da∧cemcdação Solicitada	18 Indicação Clínica(*)						
	ENFERMARIA	•					Anexa	r Arquivos
Procedimentos ou llens Assistanciais								
20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qt	le.Solic.					
٩		1	+					
20-Cd. Procedimento 21-Descrição	ĵ.						15-Cd. CBO/Especialidade(*)	
		Ne	nhum Procedimento adicionado					
27-Observação/Justificativa					23-Data Solicitação	(*)		
				h	13/02/2025			
< Voltar								✓ Salvar
S Autoriza	dor Web							V.J.,345. (63

Salvar: Permite salvar guia.

Em seguida, a guia será encaminhada para análise da auditoria técnica da operadora. O prestador deverá acompanhar a liberação da guia via Autorizador Web.

Caso o procedimento solicitado na guia não necessite de autorização prévia, esta será aprovada automaticamente.

Situação da Guia



Motivo: PRORROGACAO DE INTERNACAO - FAVOR AGUARDAR LIBERACAO DA GUIA PELA OPERADORA

14. **REFERENCIAMENTO DE GUIAS**

O referenciamento é o vínculo de guia secundaria em uma guia principal.

Guia Principal: é a guia que não é vinculada a nenhuma outra e contém dados principais do atendimento. Normalmente está associada ao pagamento do contratado executante declarado. Podem ser guias principais: Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia e Guia de Solicitação de Internação

Guia Secundária: São as guias que complementam a Guia Principal, a qual está vinculada.

Guia	as e permissões de vínculos
Guia Principal	Guia Secundária
	Anexo de OPME
SD/SADT	Anexo de Quimioterapia
SPISADI	Anexo de Radioterapia
	Outras despesas
	Solicitação prorrogação de internação
	Anexo de OPME
	Anexo de Quimioterapia
Internação	Anexo de Radioterapia
	Outras despesas
	Resumo de Internação

15. INCONSISTÊNCIAS

A inconsistência é o motivo pelo qual a guia não é aprovada automaticamente pelo sistema, como por exemplo:

- Procedimento de alta de complexidade (PAC) ou com diretriz de utilização (DUT) que necessitam de análise da auditoria médica.
- Beneficiário em carência ou cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT).
- Procedimento fora da frequência (intervalo) definida para realização.
- Procedimento fora do ROL de cobertura da Agência Nacional de Saúde.

16. DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO – DUT

Os procedimentos com diretriz de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde serão sinalizados pelo sistema logo que inseridos na guia e, para que estes possam ser avaliados, é necessário encaminhar a documentação embasada na DUT juntamente com relatório médico e laudos de exames.

REGULACAO		
Cópia do laudo de exame de Detalhado	e imagem (rx ou ultrasom ou tomogra	afia ou ressonancia) e Relatório Médico

17. VERIFICAÇÃO DE ELEGIBILIDADE.

A verificação de elegibilidade tem por finalidade informar ao prestador se o beneficiário encontra-se elegível ou não para o atendimento. <u>Ressaltamos que a elegibilidade do beneficiário não dispensa a guia de autorização. O atendimento ou procedimento só será considerado autorizado, ou não, após a emissão da guia no Autorizador Web.</u>

Clicar na opção elegibilidade beneficiário na tela principal.

Nova Autorização Autorização Bisto de Produtividade Prestador Bisto de Pagamento	inturamenta S Recurso de Comu Glonas Inter	nceção Downfeads	
Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)			
Este é o formulário inicial para liberação de guas per com a liberação da Gua.	la internet. Aqui você deve informar a matr	icula do beneficiário do plano de saúde. Informe em seguida a data de na	scimento e escolha do tipo da guia e clique no botão próximo para proceder
Q. Pergarar Dereficiéries			
» Preencha todos us dados abaxis para prosseguir			10
Matricula/Nº Cartão	CPF	Tipo de Guia	
~		▼ > Próximo	

Inserir matricula ou CPF do beneficiário titular e clicar em pesquisar.

2	Para consultar a elegibilidade de um benefic clique no botão procurar!	iário antes do atendimento digite nos campos de "parâmetros para pesquisa" a matrícula ou o CPF do beneficiário e
arâmetros pai	a Pesquisa	
	Matrícula/Nº Cartão	CPF do Beneficiário Titular
		Retornar dependentes da Matrícula/CPF
ituação do Be	peficiário	

Na sequência será exibida a situação do beneficiário.

Dantamate	na ana Danadan					
Paramet	ros para Pesquisa Matr	rícula/Nº Cartão	CPF do Beneficiá	rio Titular		
				Retornar dependentes da Q Pesquisar)	
Situação	do Beneficiário					
1atrícula	Carteirinha	Nome do Beneficiário	Plano	Carências		Aut
		SAMUEL	5 - AMHE PLUS 400 S/COPARTICIPACAO IND	1. INTERNACAO CLINICA 2. TERAPIA SIMPLES 3. CONSULTA CONSULTORIO MEDICO 4. INTERNACAO CIRURGICA 5. EXAMES MEDIA/ALTA COMPLEXIDADE 6. CPT - PRE EXISTENCIA 7. ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO 8. EXAMES SIMPLES	LIBERADA LIBERADA LIBERADA LIBERADA LIBERADA LIBERADA LIBERADA LIBERADA	SIÞ

18. HISTÓRICO DE AUTORIZAÇÃO.

O histórico de autorização tem como finalidade permitir que o prestador de serviço credenciado acompanhe a situação das guias emitidas.

Acessar o menu Histórico de Autorizações.

Nova Autorização	Histórico de Autorizações	Produtividade Prestador	Extrato de Pagamento	Faturamento	\$ Recurso de Glosas	Comunicação Internação	Lownloads				
Passo 1 (Inf	formações so	obre o Benefi	ciário)								
	Este é o com a lib	formulário inicial pa eração da Guia.	ra liberação de gu	iia pela internet. Aq	ui você deve inform	ar a matrícula do	beneficiário do plan	le saúde. Informe em seguida a data	de nascimento e escolha	i do tipo da guia e cliqu	e no botão próximo para proceder
Q Pesquis	ar Beneficiários	Elegibilidade	Beneficiário								
Preencha t	odos os <mark>d</mark> ados aba	ixo para prosseguir									¢
Matrícula/	Nº Cartão				CPF		Tipo de Guia				
	 ✓ 							✓ Próximo			

Na tela de histórico de autorização serão exibidas todas as guias emitadas pelo prestador de serviço.

peradora AMHE MED (O	PERADORA DE SAUDE) 🗸	Periodo 13/02/2025	a 14/02/2025 Prestador Emi	or issor V Q Pesquisar			
lecha	Transacan	Guia Prestador	Tipo de Atendimenta	Beneficiário	Dt Fmissão	Situação	Ações
*******			PRORROGACAO DE INTERNACAO	SAMUEL	13/02/2025	Em análise	+ Oetalhes Ações
*******			QUIMIOTERAPIA	SAMUEL	13/02/2025	Em análise	+ Detailhes Ações
******			OPME	SAMUEL	13/02/2025	Em análise	+ Detalhes Ações
			CONSULTA	SAMUEL	13/02/2025	Autorizado	+ Detaihes Ações
			SOLICITACAO DE INTERNACAO	SAMUEL	13/02/2025	Autorizado	+ Detalhes Ações
*******			SP/SADT - SOLICITAÇÃO	SAMUEL	12/02/2025	Em análise	+ Detalhes Ações

Existem filtros que permitem localizar a guia de forma mais específica. Para pesquisar, clicar em Pesquisa Avançada.

14,40	Autorizações Prestado	Pagamento		Glosas	nternação						
lta Sim	olificada Histórico o	de Solicitaçõe	s de Guia								
los para Pes	quisa										
eradora		Período		Emissor/Execution	Я						
WHE MED (OPERADORA DE SAUDE)	13/02/2025	a 14/02/2025	Prestador Emi	ssor	~	Q Pesquisar				
ha	Transacan	Guia Prestador	Tipo de Atendiment	n	Beneficiário			Dt Fmissão	Sihuação	Ações	
******			PRORROGACAO DE	INTERNACAO	SAMUEL			13/02/2025	Em análise	+ Detaihes	Ações
******			QUIMIOTERAPIA		SAMUEL			13/02/2025	Em análise	+ Detailtes	Ações
******			OPME		SAMUEL			13/02/2025	Em análise	+ Detalbes	Ações
			CONSULTA		SAMUEL			13/02/2025	Autorizado	+ Detalhes	Ações
			SOLICITACAO DE IN	TERNACAO	SAMUEL			13/02/2025	Autorizado	+ Detalher	Λções
******			SP/SADT - SOLICITA	ção	SAMUEL			12/02/2025	Em anàlise	+ Detalhes	Ações

E Autorizador Web

V.J.345.16J

Senha: Permite filtrar pela senha de autorização da guia.

N° da transação: Permite filtrar pelo n° da transação gerada na guia.

Nº solicitação guia: Permite filtrar pelo número da guia.

Tipo de atendimento: Permite filtrar pelo tipo de atendimento.

Período: Permite filtrar por um determinado período.

Situação: Permite filtrar pela situação atual da guia.

Matricula/N° do cartão: Permite filtrar pela matrícula ou número da carteira do beneficiario junto ao plano.

Nome do beneficiário: Permite filtrar pelo nome do beneficiário.

Preencher um ou mais filtros e clicar em pesquisar para exibir a busca.

ulta Histor	rico	de Solici	itações de Guia										
ados para Pesqu	aisa												
AMHE NED (OF	PERAD	ORA DE SA	UDE) ¥										
enha	N ^p T	ransação	Nº Solicitação Guia	Tipo de A	tendimento		Periodo		Situação		Matric	ula/Nº Cartão	
				Todos		*	13/02/2025	a 14/02/2025	Todos		•		
o Prestador		Nome do Be	eneficiário		O Bernardense			- ince the second se					
restador Emissa	30 ¥	1		(]	Q Pesquisar	Re	alizar pesquisa	simpuncada					
enha		Nº Solicita	ação Guia Nº Trans	ação	Tipo de Atendim	ento	Beneficiário			Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações
*******					PRORROGACAD INTERNACAO	DE		- SAMUEL		13/02/2025		Em análise	🕒 💷 Active Q + Info
*******					QUIMIOTERAPIA			- SAMUEL		13/02/2025		Em análise	🕒 💷 Açteri 📿 + info
*****					OPME			· SAMUEL		13/02/2025		Em anélise	🕒 🎞 AQUES 📿 🕂 Indo
					CONSULTA			- SAMUEL		13/02/2025	13/02/2025	Autorizado	🖨 🖽 Ações 😪 + info
					SOLICITACAO D	E		- SAMUEL		13/02/2025	13/02/2025	Autorizado	🔒 🗉 Ações 📿 + info
*******					SP/SADT - SOLI	LITAÇÃ	o	- SAMUEL		12/02/2025		Em análise	🖨 🗆 855 📿 + infa

A aba ações possui comandos que encontram-se descritos abaixo e podem ser executados com um click.

suita Histor	ico de S	olicitações (de Guia											
ados para Pesqui	isa													
AMHE NED (OP)	ERADORA	DE SAUDE) ¥												
inha	Nº Transaç	ão Nº Solicit	tação Guia	Tipo de A	tendimento		Periodo			Situação		Matric	uls/Nº Cartão	
				Todos		*	13/02/2025		14/02/2025	Todos		•		
o Prestador	Nome	co Beneficiário												
estador Emissa	• •				Q Pesquisar	Re	ealizar pesqu	isa si	implificada					
nha	No s	olicitação Guia	Nº Transi	eção	Tipo de Atendim	ento	Beneficiario				Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações
******					PRORROGACAD	DE					13/02/2025		Em análise	🕒 🔳 Ações 📿 🕇 info
*******					QUIMIOTERAPIA						13/02/2025		Em análisa	🕒 💷 Ações 😪 + info
******					OPME						13/02/2025		Em análise	🕒 🖂 😔 😔 + info
					CONSULTA						13/02/2025	13/02/2025	Autorizado	+ into
					SOLICITACAO DE INTERNACAO				4		13/02/2025	13/02/2025	Autorizado	🕀 💷 📿 + info
*******					SP/SADT - SOLIO	TTACÃ	io		S		12/02/2025		Em análise	📄 💷 Aquiet Q 🔶 info

19. CANCELAMENTO DE GUIA

O cancelamento de uma guia poderá ser realizado somente pelo prestador que realizou o atendimento ou pela operadora. Na tela de histórico de autorizações, selecionar a guia a ser cancelada e clicar no ícone * cancelar Guia da aba de ações.

-				1 Eguines	10		Grosa	mierna	i, di						
ulta Histo	irico (de Solici	tações de	e Guia											
ados para Peso	puisa														
peradora															
AMHE MED (O	PERAD	ORA DE SA	UDE) ¥		-										
inha	Nº Ti	ransação	Nº Solicitaç	ção Guia	Tipo de	Atendimento		Periodo	٦.	14/03/2025	Situação		Matri	uls/Nº Cartão	
Dractador		Nama co Re	anaficiário		10005		•	13/02/2025	1	a 14/02/2025	Todos				
restador Emiss	sao 🗸	NUME CO DE	Enericidity			Q Pesquisar	Re	alizar pesquisa	15	implificada					
												A		-	
enha		Nº Solcita	içao Guia	Nº Transi	içao	Tipo de Atendim	ento	Beneficiano				Dt Emissao	Dt Autoriza.	Situação	Ações
*******						INTERNACAO	DE					13/02/2025		Em análise	😑 🔲 Actice 😪 🔶 info
						QUIMIOTERAPIA						13/02/2025		Em análise	🖨 💷 Actical 📿 🔶 Indo
******						OPMC						13/02/2025		Em anéliss	🕒 💷 Action 📿 + info
						CONSULTA						13/02/2025	13/02/2025	Autorizado	🖶 🖂 🖓 + info
						SOLICITACAO DI						13/02/2025	13/02/2025	Autorizado	
********						SP/SADT - SOLIC	ITAÇÃ	0				12/02/2025		Em análise	🔒 🔜 📿 🛶 info

Inserir o motivo do cancelamento e clicar em confirmar.

Histérico do Autorização	Produtividade Prestador	Extrato de Pagamento	o Recurso de Co Glosas In	municação ternação		
celamento da Gui	a 6112579					
informações do Beneficiário						
4atrícula/Número Carteira		Nome		Plano		
		SAMUEL		5 - AMHE PLUS 400 S/COPARTI	CIPACAO IND	
nformações da Guia						
ipo de Guia	Guia Prestador	Guia Externa	Guia Pai	Especialidade	Data de Atendimento	
QUIMIOTERAPIA				Cirurgia Do Aparelho Digestivo	13/02/2625	
undos da Soliritaçãe / Proce	edimentos e Frames Solir	rtados				
ódigo do Procedimento	Descrição			Quantidade	£.	
20104243	TERAPIA ONCOLÓGI	ICA COM ALTAS DOSES - PLANE	EJAMENTO E 1º DIA DE TRAT	AMENTO		
formações do Cancelamer	nto					
lotivo Cancelamento(*)	Observação					
NEGATIVA DE AUTORIZA	CAO ¥					
NEGATIVA DE AUTORIZAC	AO					
OUR TOTOADC						
DOFLICIDADE					ð	
						✓ Confirmar

Ao efetivar o cancelamento, será mostrada uma mensagem informando que a guia foi cancelada com sucesso.

Nova Autorização	Histórico de Autorizações	Produtividade Prestador	Extrato de Pagamento	Faturamento	\$ Recurso de Glosas	Comunicação Internação	Downloads					
Aviso de C	ancelamento	ř.										
					Cance	elamento da guia	a 6112579 efetua	do com sucesso!				
			< Anterior						+	Nova Guia		

Anterior: Permite voltar a tela de histórico de autorizações.

+ Nova guia: Permite criar nova guia.

20. ANEXAR ARQUIVO / COMPLEMENTO EM TEXTO

Os ícones anexar arquivo e complemento em texto têm como finalidade permitir - ao prestador de serviços credenciado - inserir documentos (pedido médico, relatório, laudos de exames...) e informações complementares ao processo para análise da auditoria.

7 - Nome SAMUEL					
SAMUEL		Diano			
		5 - AMHE PLUS 400 S/COPARTICIP	ACAO IND		
Celular		Email			
		samueli			
a as informações mínimas para emis	são da guia de consulta				
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Especialidade Executan	e(*)	18 - Data de Atendiment	o(*)
CONSULTA			~	12/02/2025	
Dados do Beneficiário					
6 - Atendimento a Rec	.m-nascido			101	
12 - Nome do Profissional	xecutante(*)		I - Conseino() K* Conseino	a(*) 15 - Ur Consenio(*) 16	- CBU/Especialidade Exec.(*)
17 - Indicação de Admenti		(4 - Tipo Consumaço)	Diaite código o	u descrição para pesquisar	
27-Indicador Cobertura Es	pecial	28-Regime Atendimento(*)	29-Saude Ocup	acional]
~		~		~	
Dados Adicionais da Guia La Anexar Arquivo	III Complemento em Texto				
	*			Selec	cionar Kit de procedimentos
Procedimentos Favoritos				[Selecionar Kit
Procedimentos Favorilos Você não adicionou nenhur	n procedimento aos seus favoritos!	G	0		
Procedimentos Favoritos Você não adicienou nenhur 21 - Cd.Procedimento(*)	n procedimento aos seus favoritos! Quantidade(*) Opções	0	0		
Piocedimentos Favoritos Você não adicienou nenhui 21 - Cd.Procedimento(*)	n procedimento aos seus favoritos! Quantidade(*) Opções 1 🕀 Adicionar Q F	Procurar Remover	8		
Piocedimentos Favoritos Você não adicionou nenhui 21 - Cd.Procedimento(*) 21 - Código	procedimento aos seus favortos! Quantidad(*) Opções 1	Procurar	0		Quantidade

Para anexar um documento clicar na opção anexar arquivo.

Clicar em escolher arquivo.

nexo do Tipo integeni	
Escolher ficheiro Nenhum ficheiro selecionado	
tenção: Extensões aceitas (jpg, gif, png, doc, docx, pdf) B Salvar	
- Observaçes:	
- Observaçes: - Nome do arquivo deve ser formado apenas por letras (sem acentuação), espaços, números e os seguintes caracteres () [ponto, hífen, underline]]! Ex: nome_teste.pdf	
- Observaçes: - Nome do arquivo deve ser formado apenas por letras (sem acentuação), espaços, números e os seguintes caracteres () [ponto, hífen, underline])! Ex: nome_teste.pdf - Enviar o mesmo arquivo repetidas vezes o sobrescreverá!	

Selecionar documento e clicar em abrir.

nexo do Tipo Ima	Abrir			×
Escolher ficheiro	$\leftarrow \rightarrow \sim \uparrow$	🚞 « Estu > Documentos pr 🗸 🗸	Procurar em Docur	nentos p^
nção: Extensões i	Organizar • Nova	pasta	=	• 🛛 🗿
		Nome	Data de modificação	Тіро
- 0	📒 Ambiente de 🖈	Carteirinha CRM	30/01/2025 18:05	Microsoft Edge
Observaçes:	🚽 Transferência 🛎	CRM (1)	30/01/2025 18:06	Microsoft Edge
		CRM	30/01/2025 18:06	Microsoft Edge
Nome do arquive	Documentos #	CRM	30/01/2025 18:06	Microsoft Edge
- Foviar o mesmo a	🔀 Imagens 🛛 🖈	Novo Documento	30/01/2025 18:06	Microsoft Edge (
Tamanho máxime	🕖 Música 🛛 🖈			
and the second	🛂 Vídeos 🌧			
	Downloads			
	anual 🗧			
	No	ome de ficheiro: Carteirinha CRM	- Todos os ficheiros	~
			Abrir	Cancelar

Após selecionar o arquivo, clicar em salvar. Caso haja mais documentos a inserir, repetir o processo.

2.54 28-2		_
Escolher ficheiro 91.png		
t enção: Extensões aceitas (jpg, gif, png, doc, docx, pi	af)	
- Observaçes:		
- Nome do arquivo deve ser formado apenas por leti underline])! Ex: nome_teste.pdf	ras (sem acentuação), espaços, números e os seguintes caracteres () [ponto, hífen,	
- Nome do arquivo deve ser formado apenas por leti underline])! Ex: nome_teste.pdf - Enviar o mesmo arquivo repetidas vezes o sobrescr	ras (sem acentuação), espaços, números e os seguintes caracteres () [ponto, hífen, everá!	

Após inserir documentos clicar no 💌 para voltar a tela da guia.

Anexos da Guia - Imagens e Documentos em Geral	×
Escolher ficheiro 91.png	^
Atenção: Extensões aceitas (jpg, gif, png, doc, docx, pdf) B Salvar	- 1
Arquivo 91.png enviado com sucesso!	
- Arquivos anexados até o momento:	
01.png - [Remover Anexo]	
— Observaçes:	-
- Nome do arquivo deve ser formado apenas por letras (sem acentuação), espaços, números e os seguintes caracteres () [ponto, hífen, underline])! Ex: nom e_teste.pdf	
- Enviar o mesmo arquivo repetidas vezes o sobrescreverá!	
- Tamanho máximo por arquivo; 10mb	

Para inserir informações complementares à guia, clicar em complemento em text

Verifique as informaç							
-	ções do beneficiário						
1	7 - Nome		Plano				
SA	AMUEL Selular		5 - AMHE PLUS 400 S/CC Email	OPARTICIPACAO IND			
			samueli				
Preencha as informa	ações mínimas para emi:	ssão da guia de consulta					
T	Finn de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Especialidade	Executante(*)	18 - Data de Atend	imento(*)	
co	DNSULTA		Bank districted and the	*	12/02/2025		
D	Dados do Beneficiário						
) 6 - Atendimento a Rec	cém-nascido					
12	L2 - Nome do Profissional	Executante(*)		13 - Conselho(*) N° Conselh	o(*) 15 - UF Conselho(*)	16 - CBC/Especialidade Exec.(*)	
		۹ 🗌		× [V	
17	17 - Indicação de Acident	te (*)	19 - Tipo Consulta(*)	CID - Principal			
	~		×	Digite código o	u descrição para pesquisar		
2	27-Indicador Cobertura E	special	28-Regime Atendimento(*)	29-Saude Ocup	acional		
	~	200	~		~		
	Dados Adicionais da Guia			4			
D.							
	Anexar Arquivo	I≣ Complemento em Texto					
	🗅 Anexar Arquivo	I≣ Complemento em Texto					
Adicione os procedin	🗅 Anexar Arquivo mentos desejados a guia	I≣ Complemento em Texto					
Adicione os procedin	Anexar Arquivo mentos desejados a guia Procedimentos Favoritos	I≣ Complemento em Texto				Selecionar Kit de procecimentos	
Adicione os procedin P Vor	Anexar Arquivo mentos desejados a guia Procedimentos Favoritos poé não adicionou nenhu	III Complemento em Texto				Selecionar Kit de procecimentos	
Adicione os procedin P Vor	Anexar Arquivo mentos desejados a guia Procedimentos Favoritos porê não adicionou nenhu	III Complemento em Texto				Selecionar Kit de procecimentos	
Adicione os procedin P Vor	Anexar Arquivo mentos desejados a guia Procedimentos Favoritos osé não adicionou nenhu	Texto T		6 0		Selecionar Kil de procedimentos	
Adicione os procedin P Vor	Anexar Arquivo mentos desejados a guia Procedimentos Favoritos osé não adicionou nenhu 21 Cd.Procedimento(*)	E Complemento em Texto r procedimento aos seus favoritos Quantidade(*) Opções		6 0		Selecionar Kit de procédmentos	
Adicione os procedin P Voi	Anexar Arquivo mentos desejados a guia Procedimentos Favoritos cosê não adicionou nenhu C1 - Cd.Procedimento(*)	E Complemento em Texto r procedimento ass seus favoritos Quantidade(*) Orções I El Alicioner Q	Procural Remover	0 0		Selecionar Kit de procédmentos	
Adicione os procedin P Voi	Anexar Arquivo mentos dosejados a guiz voltas dosejados a guiz voltas dosejados a guiz voltas dosedentes favoritos voltas não adicionou nenhu voltas não ad	E Complemento em Texto	, Procurar) 🗇 Remover	0 0		Selecionar Kit de procédmentos Selecionar Kit Quantidade	

Inserir informações e clicar em salvar.

omplemento do Tipo Texto:			
encão: Máximo de 4000 caracte	res	 	
	2016) 		

21. CHAT

O CHAT tem como finalidade permitir a troca de informações entre o prestador credenciado e a operadora.

Para enviar mensagem para a operadora, o prestador deverá acessar o histórico de autorizações, selecionar guia e clicar Q chat Operadora



Inserir mensagem e clicar em enviar.

Chat-	Nr. Solicitação Guia:	×		
.	Autorizador - Nova Mensagem Escreva aqui sua mensagem			
	Escolher ficheiro Nenhum ficheiro selecionado Incluir anexo na guia?	Dt Erromän	Stuação	Ações
		13/02/2025		+ Detalhes Ações + Detalhes Ações
		13/02/2025	En suits.	4 Dehnikur Agiles
		13/02/2025	Audurtuma	+ Ostalles Aules
		13/02/2025	Autorizaco	+ Ontaites Apples
		12/02/2025		♥ Detailmes Acbes
				Pesquisa Avançada

O chat também permite o envio de arquivo, conforme abaixo.

		O ir p/ Guia		
2	Autorizador - Nova Mensagem			
	Escreva aqui sua mensagem		_	
	Escolher ficheiro Nenhum ficheiro selecionado Incluir anexo na guia?	A Enviar Ot Emissio	Situação	Ações
		13/02/2025		+ Detailues Agines
		13/02/2025		+ Detailles Ações
		13/02/2025		+ Detailheas Agiliae
		13/02/2025	Autorizatio	+ Defailure Aglan
		13/02/2025	Autorizado	Oritalhus Ações
		12/02/2020		+ cenalties Agões
				Pesquisa Avançada

Caso o prestador necessite que o documento anexado no site seja também anexado à guia, deverá preencher a caixinha **Incluir anexo na guia**?

	Chat - N	r. Solicitação Guia:		× Olr p/Guia			
		Autorizador - Nova Mensagem					
	60	Escreva aqui sua mensagem				_	
		Escolher ficheiro Nenhum ficheiro selecionado	Incluir anexo na guia? 🗌	4 Enviar	Ot Emissão	Stuação	Ações
					13/02/2025		+ Detailhas Apbes
					13/02/2025		Opticities Apples
					13/03/2929		4 Detailios Agiles
					13/02/2025	Autoricania	+ Detailises Agiles
					13/02/2025	Autorizado	+ Exitables Acces
					14/04/2025		🕈 sostalītes Ações
							Pesquise Avançada
П							

Quando a operadora encaminhar alguma informação via chat para o prestador, o mesmo será notificado.

Autorizador	Web HOSPITAL ANHE NED SOROCABA		OLE HOSPITAL AMHEMED
Nova Autorização	o de Reĉes Reĉes Produtividade Prestador Recurso Giosa	de Comunicação internação	
Mensagens Presta	dor x Operadora		
Clique em um chat p	ara visualizar as mensagens.		I
	🟮 🖂 Guia Nr. Solicitação: Transação:	- PRORROGACAO DE INTERNACAO Beneficiário:	14/02/2025 11:07
	Total : 1 (página 1 de 1)		

Clique para abrir caixa de mensagem.

AutorizadorWeb HospitaLawie med sorocada	6	•	Q
Ibva Ibva <th< td=""><td></td><td></td><td></td></th<>			
Mensagens Prestador x Operadora			
Clique em um chat para visualizar as mensagens.			۲
0 🖂 Guia Nr. Solicitação: Transação: - PRORROGACAO DE INTERNACAO Beneficiário: 14/02/2025 11:07			
Total : 1 (página 1 de 1)			
Autorizador Web		133	45.763

Clique novamente para visualizar a mensagem da operadora para o prestador.

		🗘 lr p/ Gu
Autorizador - Nova Mensagem		
Escreva aqui sua mensagem		
Escolher ficheiro Nenhum ficheiro selecionado In	cluir anexo na guia? 🗌	🖌 Envia
Operadora: mensagem enviada por DBAPS às 14/02	2/2025 11:07	

22. DÚVIDAS FREQUENTES

1 Qual o prazo de validade do pedido médico? **Resposta:** 60 dias.

2 Qual o prazo de validade do pedido médico para procedimento seriados (fisioterapia, fonoaudiologia, etc.)? Resposta: 60 dias.

Resposta: 60 días.

3 A solicitação do paciente foi realizada em um impresso de outro convênio, o que fazer?

Resposta: Não há objeção quanto a origem do pedido (desde que solicitado por médico ou dentista).

4 - Solicitei uma guia no Autorizador Web e a mesma sumiu, como faço para localizá-la?

Resposta: Todas as guias emitidas ficarão disponíveis em **Histórico de Autorização** para consultas do prestador.

5 Solicitei um procedimento no Autorizador Web e o mesmo não foi autorizado, o que devo fazer?

Resposta: Procedimentos de baixa complexidade não requerem análise prévia da operadora e, portanto, serão aprovados automaticamente pelo sistema. Procedimentos de alta complexidade necessitam do envio de pedido e relatório (quando solicitado) para análise prévia da auditoria médica. Estes procedimentos devem ser solicitados pelo prestador com antecedência, tendo em vista que a operadora possui prazos para análise estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde.

6 O que são PAC, DUT, ROL e ANS:

Resposta: PAC: Procedimento de Alta Complexidade – São procedimentos de alta tecnologia e alto custo.

DUT: As Diretrizes de Utilização (DUT) são regras e normas elaboradas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) que servem para orientação e regulamentação do uso adequado de procedimento médicos e exames complementares. Elas são descritas e baseadas em estudos médicos com a finalidade de utilização das novas tecnologias ou exames que realmente possam trazer benefícios para o paciente ou que auxiliem os médicos no diagnóstico de doenças.

ROL: O **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** é a listagem mínima obrigatória de exames, consultas, cirurgias e demais **procedimentos** que os planos de **saúde** devem oferecer aos consumidores.

ANS: A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, que regula o mercado de planos privados de saúde por determinação da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.

7 Onde encontro a diretriz de utilização (DUT) de procedimentos? **Resposta:** No site da ANS, www.ans.gov.br.

8 Onde encontro o ROL de procedimentos? Resposta: No site da ANS, www.ans.gov.br.

9 Posso atender o beneficiário com o pedido rasurado ou com cópia do pedido médico?

Resposta: Cópia de pedido e pedido rasurado não podem ser aceitos.

10 Em casos em que o beneficiário traz a guia do procedimento já autorizada pela operadora, é necessário verificar a elegibilidade do mesmo?

Resposta: Sim, em todo atendimento deve ser verificado a elegibilidade, inclusive em casos em que o paciente comparece levando guia autorizada.

11 Posso solicitar OPME na guia SPSADT?

Resposta: Não. OPME deve ser solicitado em guia própria de Anexo de OPME.

12 Posso solicitar medicamento em guia de Anexo de OPME?

Resposta: Medicamentos devem ser solicitados em guia de SP/SADT ou Prorrogação de internação. Medicamentos quimioterápicos devem ser solicitados em guia própria de Anexo de Quimioterapia.