

Manual do usuário

Autorize


Perfil prestador



6. SOLICITAÇÕES DE AUTORIZAÇÃO

Para facilitar as solicitações, as opções disponíveis ficam classificadas no menu lateral esquerdo. As solicitações estão classificadas em:

- Procedimento
- Senha
- Internação
- Complementar
- Lote.

 **Importante:** as opções disponíveis no menu lateral variam de acordo com o contratado por cada operadora.

6.1. PROCEDIMENTOS

Nesta opção, é possível encontrar as opções para solicitação de:

- Consultas,
- SP/SADT (Execução e Pré-autorizada); e
- Cancelamento de guias.

6.1.1. Solicitação de autorização de Consulta

No menu lateral, na opção **Procedimento** clique em **Consulta**. Nesta tela você terá acesso ao formulário de solicitação de consultas.

O formulário é organizado em seções, o primeiro passo é selecionar a operadora para apresentar os campos que devem ser preenchidos para a autorização.

O acompanhamento do preenchimento é realizado através da linha de status presente na tela, assim caso algum campo obrigatório não tenha sido preenchido, uma sinalização será exibida.

Importante: os campos exibidos em tela podem variar de acordo com as opções contratadas por cada operadora.

Na seção **Dados do Beneficiário**, a autenticação do mesmo deve ser feita de acordo com a orientação de cada operadora, sendo as opções disponíveis:

- 1) **Número da carteirinha:** digitação do número constante na carteirinha do beneficiário;
- 2) **Cartão Magnético:** leitura da tarja magnética do cartão do beneficiário;
- 3) **Cartão Digital (Token):** autenticação pelo próprio beneficiário via aplicativo da operadora.

Caso o atendimento seja para um recém-nascido (até 30 dias), a autenticação poderá ser feita com os dados do responsável pelo mesmo. Neste caso, deve-se alterar a opção **O beneficiário é recém-nascido?** para opção **Sim**:

Na seção de **Dados do profissional executante**, devem ser informados os dados do profissional que irá realizar o atendimento. Para otimizar o preenchimento utilize o campo pesquisa do profissional executante, selecione um profissional previamente cadastrado e as demais informações serão preenchidas automaticamente. Para realizar o cadastro do profissional vide **item 5.2** deste manual.

Na seção de **Dados do atendimento** é necessário informar o código da consulta conforme contrato com a operadora

Ao preencher todos os campos necessários o botão de **Executar solicitação** será ativado.

Importante: para opção de autenticação do beneficiário com cartão digital, a validação do Token será realizada após clicar em **Executar solicitação**.

Caso a opção **Carteira Digital (token)** tenha sido a opção selecionada, o modal de validação de token será apresentado:

Validação de token [X]

Peça para o beneficiário acessar o App da operadora, informar o número da carteirainha, gerar o token e informar o número criado para finalizar a autorização. Após informar o token clique em executar.

Número da carteirainha
Digite o número da carteirainha

Número do Token
Digite o número do token

Cancelar Capturar Executar

Existem 2 opções de preenchimento dos dados, isso varia de acordo com o processo de cada operadora:

- 1) **Digitação dos dados informados pelo beneficiário:** solicite que o beneficiário informe o número da carteirainha e o token gerado no aplicativo da operadora e digite esses dados nos respectivos campos, clique então em **Executar** para realizar a validação.
- 2) **Coleta automática das informações via QR Code:** clique na opção **Capturar**, solicite para que o beneficiário gere o QR Code no aplicativo da operadora, exiba o celular pra você e clique em **Capturar**:

Captura de Token [X]

Peça para o beneficiário acessar o App da operadora, informar o número da carteirainha, gerar o token e posicionar na câmera para capturar a imagem.

Cancelar Capturar

Em seguida, a solicitação será processada e o sistema retornará o resultado da solicitação em tela:

Não é válido como comprovante de atendimento!



AUTORIZADA

Operadora:
 Registro ANS:
 Transação:
 Data:
 Número Guia Prestador:
 Senha:
 Beneficiário:
 Nº da Carteira:

[Redacted information]

Dados do Prestador
 Razão Social:
 CFC/INP:

Código	Descrição	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1	Autorizada		

[Imprimir Guia TISS Autorizada](#)



Importante: esta não é a **Guia TISS**, é apenas um resumo da solicitação com a informação do status de cada item solicitado, esta tela **não precisa ser impressa**, é apenas para validação.

Caso a guia tenha sido **Autorizada**, clique em **Imprimir Guia TISS Autorizada**, será aberta uma nova aba e o sistema exibirá a guia TISS em formato PDF, semelhante ao exemplo abaixo:

GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador [Redacted]

1- Registro ANS		3 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora	
Dados do Beneficiario			
4-Numero da Carteira		5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN (Sim ou Nao) N
7-Nome		8-Numero do Cartao Nacional de Saude	
Dados do Contratado			
9- Codigo na Operadora		10-Nome do Contratado	
12- Nome do Profissional Executante		13 - Conselho Profissional CRM	14 - Numero no Conselho
		15 - UF RJ	16 - Codigo CBO
Hipoteses Diagnosticas			
17-indicacao de Acidente <input checked="" type="checkbox"/> Não 0 - Acidente ou doenca relacionado ao trabalho 1- Transito 2 - Outros			
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
18 - Data do Atendimento 07/12/2017	19 - Tipo de Consulta [2] - 1-Primeira 2-Seguinte 3-Pré-Natal	20 - Tabela 22	21 - Codigo do Procedimento 10101012
22 - Valor do Procedimento 0.00			
23 - Observacao / Justificativa CONSULTA CONSULTORIO (HORARIO NORMAL OU PRE ESTAB)			
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiario ou Responsavel	

6.1.2. Solicitação de autorização de SP/SADT

No menu lateral, na opção **Procedimento** clique em **Execução (SP-SADT)**. Nesta tela você terá acesso ao formulário de solicitação de exames, terapias e serviços de diagnósticos.

O formulário é organizado em seções, o primeiro passo é selecionar a operadora para apresentar os campos que devem ser preenchidos para a autorização.

O acompanhamento do preenchimento é realizado através da linha de status presente na tela, assim caso algum campo obrigatório não tenha sido preenchido, uma sinalização será exibida.

Execução SP-SADT

✓

Operadoras

Operadora
Operadora Orizon - 173125

✗

Dados do beneficiário

Biometria facial
 Número da Carteirinha
 Cartão Magnético

Digite o número da carteira do plano do beneficiário. Importante: Dependendo da operadora deve-se usar a tarja magnética

O beneficiário é recém nascido?*

Sim
 Não

Importante: São considerados recém nascidos, bebês até 30 dias de vida. Após este período, o atendimento deve ser realizado na carteirainha do bebê.

3

Vínculo entre guias

Informe aqui o número da guia principal à qual deseja vincular essa nova solicitação.

Dados do profissional solicitante

Pesquise o profissional solicitante ou preencha os campos. Para agilizar seu processo, selecione um profissional previamente cadastrado. Os demais itens serão preenchidos automaticamente. Caso não localize o profissional, regularize o cadastro na tela Cadastros de Profissional na página inicial.

Importante: os campos exibidos em tela podem variar de acordo com as opções contratadas por cada operadora.

Na seção **Dados do Beneficiário**, a autenticação do mesmo deve ser feita de acordo com a orientação de cada operadora, sendo as opções disponíveis:

- 4) **Número da carteirainha:** digitação do número constante na carteirainha do beneficiário;
- 5) **Cartão Magnético:** leitura da tarja magnética do cartão do beneficiário;
- 6) **Cartão Digital (Token):** autenticação pelo próprio beneficiário via aplicativo da operadora.

Caso o atendimento seja para um recém-nascido (até 30 dias), a autenticação poderá ser feita com os dados do responsável pelo mesmo. Neste caso, deve-se alterar a opção **O beneficiário é recém-nascido?*** para opção **Sim**:

2

Dados do beneficiário

Cartão Digital (Token) (Token gerado no Aplicativo)
 Número da Carteirinha
 Cartão Magnético

O beneficiário é recém nascido?*

Sim
 Não

Importante: São considerados recém nascidos bebês até 30 dias de vida. Após este período, o atendimento deve ser realizado na carteirainha do bebê.

Na seção de **Dados do profissional solicitante**, devem ser informados os dados do profissional constantes no pedido médico. Para otimizar o preenchimento utilize o campo pesquisa do profissional

solicitante, selecione um profissional previamente cadastrado e as demais informações serão preenchidas automaticamente. Para realizar o cadastro do profissional vide **item 5.2** deste manual.

Dados do profissional solicitante

Pesquisar Profissional Solicitante

Pesquise o profissional solicitante ou preencha os campos.
Para agilizar seu processo, selecione um profissional previamente cadastrado. Os demais itens serão preenchidos automaticamente. Caso não localize o profissional, regularize o cadastro na tela [Cadastros de Profissional na página inicial](#).

Nome do profissional

Tipo de conselho

Digite o número do conselho

UF do conselho

CBO

No campo **Dados do contratado solicitante**, é possível realizar o preenchimento utilizando **CPF, CNPJ** ou **Código na operadora**. Caso os dados sejam os mesmos do profissional solicitante, é possível replicar os mesmo dados selecionando a opção abaixo:

Dados do contratado solicitante

Contratado solicitante

Utilizar os mesmos dados do Profissional solicitante.

Na seção de **Dados do atendimento** é necessário informar os detalhes da solicitação, de acordo com os campos exibidos.

Para o **Tipo de atendimento, Regime de atendimento e Saúde ocupacional**, basta selecionar a opção aplicável.

Dados do atendimento

Tipo do atendimento

Regime do atendimento

Saúde ocupacional

No campo **Pesquisa de CID**, é possível realizar a busca através do código (sem pontos) ou da descrição e selecionar os resultados exibidos em tela.

Pesquisa de CID

G971 - Outra reação à punção espinal e lombar

M510 - Transtornos de discos lombares e de outros discos

Para otimizar o preenchimento, os campos **Caráter de solicitação, Indicador de acidente e Caráter de solicitação** já virão com as opções mais frequentes marcadas. Porém, é possível alterar as opções sempre que necessário.

Quando houver registro de acidente, será obrigatório informar uma data anterior ou igual à data de solicitação.

Caráter de solicitação*

Eletiva Urgência / Emergência

Eletivo: procedimentos médicos que são programados.
Urgência/Emergência: para procedimentos exigem atendimento em curto espaço de tempo.

Indicador de acidente*

Não é acidente Acidente de trabalho Acidente de trânsito Outros acidentes

Data do acidente *

21/06/2023



Tipo de cobertura

Não se aplica Gestante Pré-operatório Pós-operatório

Na seção **Itens solicitados**, você pode preencher o código do item ou realizar a busca através da descrição do mesmo. Ao digitar pelo menos 4 caracteres, as opções cadastradas para operadora já serão exibidas em tela.

Itens solicitados

Informe aqui o código...

Código do item

Digite o código do item

Descrição do item

raio-x



Adicionar itens

Anexos

As imagens precisam ser em JP

PROCEDIMENTO PADRONIZADO RAI0-X | 84322500

Após realizar a pesquisa, clique em **Adicionar itens** para confirmar a inclusão. Então, o item será exibido na tabela, onde será possível modificar a quantidade solicitada ou excluir os itens clicando nos ícones apresentados.

Código do item	Descrição do item	Quantidade	Ações
84322500	PROCEDIMENTO PADRONIZADO RAI0-X	- 1 +	



Importante: os procedimentos exibidos na busca dependem da tabela contratada com cada operadora e **somente é possível incluir até 9 (nove) itens distintos por solicitação.**

Para incluir uma imagem na sua solicitação, na opção **Anexos**, clique na opção **Selecione os arquivos**. Um pop-up será exibido para que seja possível selecionar um arquivo no seu computador.

Anexos As imagens precisam ser em JPG ou PDF com tamanho de até 1 MB por imagem.

Selecione os arquivos

O arquivo selecionado será exibido em uma tabela. Na opção **Tipo de documento**, selecione o tipo de arquivo foi anexado (este campo é de preenchimento obrigatório). As opções de tipo de arquivo são:

- Pedido médico;
- Laudo de exame;
- Relatório;
- Cotação de OPME;
- Outros.

Anexos As imagens precisam ser em JPG ou PDF com tamanho de até 1 MB por imagem. Anexar mais arquivos

Nome do arquivo	Tipo de documento	Ações
Laudo.jpg	<ul style="list-style-type: none"> Pedido Médico Laudo de Exame Relatório Cotação de OPME Outros 	

Indicação Clínica

Indicação Clínica

Observação

Caso necessário, é possível adicionar outros anexos clicando no botão **Anexar mais arquivos** ou excluir arquivos já adicionados clicando no ícone de lixeira exibido na coluna ações.

Importante: a disponibilidade da funcionalidade de envio de imagens pode não estar disponível uma vez que sua disponibilização varia de acordo com as opções contratadas por cada operadora.

Quando selecionados, os campos **Indicação Clínica** e **Observações** se expandem para descrição das informações adicionais da solicitação, de acordo com a aplicabilidade do procedimento e da operadora.

Indicação Clínica

Indicação Clínica

Digite a indicação clínica.

Descrição da indicação clínica

Insira o mínimo de 5 caracteres e o máximo 500.

Observação

Para algumas operadoras, o campo **Vínculo entre guias** é exibido para que seja possível vincular a solicitação de SADT a uma **guia principal**. Além disso, é possível **Trazer os dados da senha** no caso de senhas alfanuméricas já autorizadas pela operadora, solicitadas pelo **Autorize**.

3 **Vínculo entre guias**

Informe aqui o número da guia principal à qual deseja vincular essa nova solicitação.

Número da guia

Digite o número da guia

Senha solicitada no Portal Autorize

Utilize esta opção para executar uma senha já autorizada pela operadora e solicitada ...

Senha solicitada previamente

Digite a senha alfanumérica

Trazer dados da senha

Ao clicar em **Trazer dados da senha**, o **Autorize** irá verificar o status da senha, se autorizada, os dados de atendimentos de RN, Dados do Profissional Solicitante e Dados de Atendimento serão preenchidos

automaticamente. Importante destacar que esses dados autopreenchidos não poderão ser editados. Caso alguma das informações não sejam localizadas no **Autorize**, os campos ficarão ativos para preenchimento.

Senha solicitada no Portal Autorize

Utilize esta opção para executar uma senha já autorizada pela operadora e solicitada ...

Senha solicitada previamente
CD4XRA7

Trazer dados da senha

A seção **Itens solicitados** também será preenchida automaticamente conforme a solicitação. No entanto, é possível incluir novos itens ou, para senhas que contemplam mais de 1 sessão (em caso de terapias), o usuário deverá confirmar as quantidades que deseja executar naquele dia e, se necessário, utilizar os botões -/+ ao lado da quantidade na linha do item.

Ao preencher uma senha e clicar em **Trazer dados da senha**, uma mensagem de erro pode ser exibida logo abaixo, conforme exemplo:

Senha solicitada no Portal Autorize

Utilize esta opção para executar uma senha já autorizada pela operadora e solicitada ...

Senha solicitada previamente
AB2ZTB5

Trazer dados da senha

Atenção! Esta senha já foi executada.

Fique atento para os possíveis cenários ao executar uma senha:

- 1) **Senhas solicitadas fora do Portal Orizon:** neste caso, nenhum dado será carregado automaticamente, todos os campos devem ser preenchidos;
- 2) **Senhas parcialmente autorizadas:** os procedimentos/quantidades autorizadas serão carregados e será informado de que a senha não foi totalmente autorizada;
- 3) **Senhas negadas** (*nenhum procedimento autorizado*): nenhum dado será carregado automaticamente e uma mensagem informando que a senha digitada não foi autorizada será exibida, caso necessário, solicite a senha novamente;
- 4) **Senhas ainda não concluídas (status em análise):** nenhum dado será carregado automaticamente e uma mensagem informando que a senha ainda está em análise será exibida;
- 5) **Senhas canceladas:** nenhum dado será carregado automaticamente e uma mensagem informando que a senha está cancelada será exibida, se necessário, solicite a senha novamente; e
- 6) **Senhas já executadas:** nenhum dado será carregado automaticamente e uma mensagem informando que a senha já foi executada será exibida, se necessário, solicite outra senha.

Ao preencher todos os campos necessários o botão de **Executar solicitação** será ativado.



Guia preenchida corretamente. Agora é só selecionar o botão "Executar solicitação".

Executar solicitação



Importante: para opção de autenticação do beneficiário com cartão digital, a validação do Token será realizada após clicar em **Executar solicitação**.

Caso a opção **Carteira Digital (token)** tenha sido a opção selecionada, o modal de validação de token será apresentado:

Existem 2 opções de preenchimento dos dados, isso varia de acordo com o processo de cada operadora:

- 1) **Digitação dos dados informados pelo beneficiário:** solicite que o beneficiário informe o número da carteirainha e o token gerado no aplicativo da operadora e digite esses dados nos respectivos campos, clique então em **Executar** para realizar a validação.
- 2) **Coleta automática das informações via QR Code:** clique na opção **Capturar**, solicite para que o beneficiário gere o QR Code no aplicativo da operadora, exiba o celular pra você e clique em **Capturar**:

Em seguida, a solicitação será processada e o sistema retornará o resultado da solicitação em tela:

Não é válido como comprovante de atendimento!



AUTORIZADA PARCIALMENTE

Operadora:
 Registro ANS:
 Transação:
 Data:
 Número Guia Prestador:
 Beneficiário:
 Nº da Carteira:
 Dados do Prestador:
 Razão Social:
 CPF/CNPJ:

Código	Descrição	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
20104294	Terapia oncologica - planejamento e 1o dia de tratamento	5	2	Justificada		Aut Parcial.

SUJEITO A AUDITORIA POSTERIOR

[Imprimir Guia TISS Autorizada](#)



Importante: esta não é a **Guia TISS**, é apenas um resumo da solicitação com a informação do status de cada item solicitado, esta tela **não precisa ser impressa**, é apenas para validação.

Fique atento ao status da guia exibido nesta tela e siga as seguintes orientações:

- 1) Caso a guia tenha sido **Autorizada Parcialmente**, atente-se aos procedimentos solicitados pois há procedimentos que foram **Negados** ou **Autorizados** em quantidades menores do que a solicitada.
- 2) Caso a guia esteja **Em análise**, aguarde até que a operadora faça a análise da guia e envie uma resposta. Consulte o status no painel de situação de guias (*vide item 5.1*) ou através do extrato de guias (*vide item 7.1*).
- 3) Caso a guia tenha sido **Negada**, você pode visualizar o motivo na coluna "mensagem" e, caso tenha dúvidas, em alguns casos, uma opção com orientações de o que fazer para ajustar a sua solicitação. Se for este o caso, será exibida uma mensagem logo abaixo dos procedimentos, basta clicar em **Clique aqui** e mais detalhes serão exibidos:

Não é válido como comprovante de atendimento!



NEGADA

Operadora:
 Registro ANS:
 Transação:
 Data:
 Data de conclusão da análise:
 Nº Protocolo da Operadora:
 Número Guia Prestador:
 Motivo:
 Beneficiário:
 Nº da Carteira:
 Justificativa da operadora:
 Qtde. Diárias Autorizadas:

Código	Descrição	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
40703010	CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTACAO (BODO - 123)	1	0	Negada	(N006) - GUIA CORRETA OBRIGATORIA	

[Clique aqui](#) para ver mais detalhes da(s) negativa(s)

[Imprimir Guia Procedimentos Negados](#)



- 4) Caso a guia tenha sido **Autorizada** (ou **Autorizada Parcialmente**), clique em **Imprimir Guia TISS Autorizada**, será aberta uma nova aba e o sistema exibirá a guia TISS em formato PDF, semelhante ao exemplo abaixo:

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº Guia no Prestador: 2412

1- Registro ANS	2- Número de Guia Principal				
4- Data de Publicação 18/08/2023	5- Senha	6- Data Validade da Senha	7- Número de Guia Atribuído para Operadora		
Dados Beneficiário					
8- Número da Carteira 5	9- Validade da Carteira	10- Nome Fulano de tal 9		12- Atendimento a RH N	
Dados do Solicitante					
13- Código da Operadora		14- Nome do Contratado			
16- Nome do Profissional Solicitante		18- Conselho Profissional CRM	17- Número do Conselho	19- UF AC	18- Código CBO 225125
20- Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21- Causa de Atendimento Eletiva	22- Data de Solicitação 18/08/2023 11:44	23- Indicação Clínica		26- Indicador de Cobertura Especial	
24- Tabela 22	25- Código do Procedimento 28200136	28- Descrição HEMOGRAMA		27- Qt. Solic. 1	28- Qt. Autoriz. 1
Dados do Contratado Executante					
29- Código da Operadora		30- Nome do Contratado			31- Código CNES 9999999
Dados de Atendimento					
32- Tipo de Atendimento 23	33- Indicação de Acidente (ocorre ou não relacionada) 9 - Não Acidentes	34- Tipo de Consulta	35- Motivo de Encerramento do Atendimento		36- Saúde ocupacional D1
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
38- Data	37- Hora Inicial	38- Hora Final	39- Tabela	40- Código do Procedimento	41- Descrição
42- Qtd.	43- Hrs	44- Taxa	45- Fluxo Realizado	46- Valor Total R\$	
Identificação (do) Profissional(is) Executante(s)					
48- Data/Nº	49- Data/Par	50- Código da Operadora/OPF	51- Nome do Profissional	52- Conselho Profissional	53- Número do Conselho
54- UF	55- Código CBO				
56- Data de Realização de Procedimentos em Série 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
58- _____	59- _____	60- _____	61- _____	62- _____	63- _____
64- _____	65- _____	66- _____	67- _____	68- _____	69- _____
70- Observação / Justificativa					
71- Assinatura de Responsável pelo Atendimento					
72- Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73- Assinatura do Contratado			

Orizon 2023 - Todos os direitos reservados. (Autorize v. 9.51.02b1751).

6.1.3. Pré-Autorizada

No menu lateral, na opção **Procedimento** clique em **Pré-Autorizada (SP-SADT)**, neste campo, você solicitará autorização para executar os procedimentos na posse de uma senha fornecida pela Central de Atendimento da Operadora. Na tela, selecione a Operadora em questão para que o formulário seja disponibilizado para preenchimento.

Autoriz@ Página Inicial Dê sua Opinião Ajuda ▾ Olá, PRESTADOR ▾ | Sair
Sessão expira em 00:27:13

Extrato de Guias 📄 Guias em Auditoria Extrato

☑ Procedimento

Consulta

Execução (SP-SADT)

Pré-Autorizada (SP-SADT)

Execução Pré-Autorizada

Operadora Registro ANS

Na tela seguinte, deverá informar os dados solicitados:

« SP/SADT Pré-Autorizada

Operadora

Dados Beneficiário

Número da Carteira ?

Cartão Magnético *

Atendimento RN* ?

Dados do Atendimento

Tipo do Atendimento: *

Dados do Profissional Executante

Profissionais Cadastrados: ?

Tipo do Conselho*

Número do Conselho*

UF do Conselho *

CBOs *

Contratado / Prestador Executante

Cartão Orizon:

Nome:

CPF/CNPJ:

Grau de Participação:

Dados Para Execução

Número Guia Operadora

Autorização de cada Procedimento*

* Campos Obrigatórios

Dependendo da Operadora, será necessário informar uma senha para cada procedimento ou para cada atendimento.

Senha	Qtd.	Senha	Qtd.	Senha	Qtd.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Caso queira limpar o formulário, clique no ícone

Após ter finalizado o preenchimento da guia, clique em **Executar** para que o sistema retorne o resultado da sua solicitação:

Não é válido como comprovante de atendimento!



AUTORIZADA

Operadora:
 Registro ANS:
 Transação:
 Data:
 Número Guia Prestador:
 Beneficiário:
 Nº da Carteira:

Dados do Prestador
 Razão Social:
 CPF/CNPJ:

Procedimentos						
Código	Descrição	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
40310400	CULTURA AUTOMATIZADA - MICROBIOLOGIA	0	1	Justificada	[1122] - AUTORIZADO. SUJEITO ANALISE POSTERIOR	
40311210	ROTINA URINA (CARACT FIS, ELEM ANORM, SEDIMENTOSC)	0	1	Justificada	[1122] - AUTORIZADO. SUJEITO ANALISE POSTERIOR	
40316130	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO LIVRE (PSA LIVRE)	0	1	Justificada	[1122] - AUTORIZADO. SUJEITO ANALISE POSTERIOR	

Assinatura do Beneficiário: _____

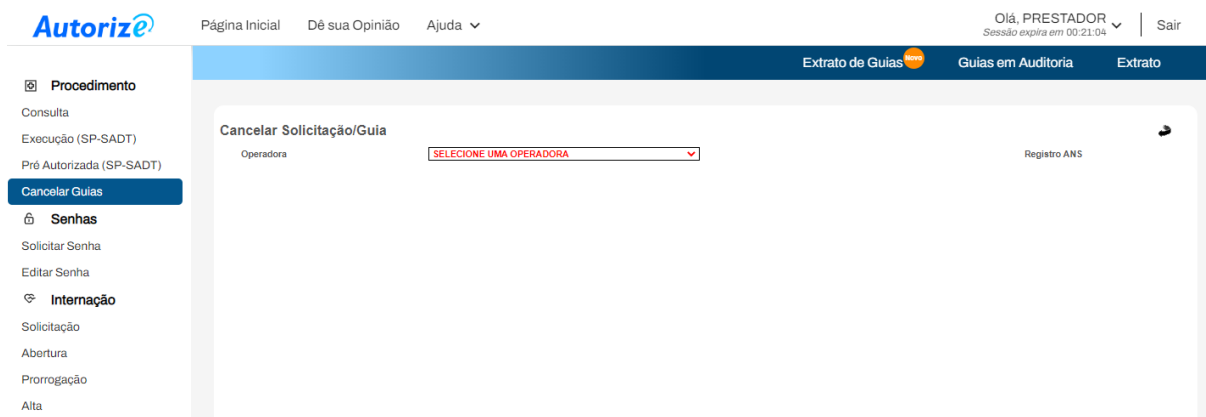
[Imprimir Guia TISS Autorizada](#)

Nesta tela, atente-se para a resposta da solicitação, que pode ser **Negada**, **Autorizada** ou **Autorizada Parcialmente**.

Para imprimir a Guia TISS, documento válido como comprovante, clique em [Imprimir Guia TISS Autorizada](#).

6.1.4. Cancelar guias

Esta opção deve ser usada para cancelar uma solicitação de autorização. Para acessar, selecione **Cancelar Guias**, no menu lateral. Na tela, selecione a Operadora em questão para que o formulário seja disponibilizado para preenchimento.



Na tela seguinte, será necessário preencher os dados solicitados, após isso, clique em **Executar**, para concluir a solicitação.



Importante: os campos exibidos em tela podem variar de acordo com as opções contratadas por cada operadora.

Note que esta opção serve apenas para cancelar a guia completa, o que fará o cancelamento de todos os procedimentos solicitados nesta guia.

Para algumas operadoras existe a possibilidade de cancelar apenas 1 ou alguns itens solicitados. Para tal, é preciso buscar a guia desejada dentro de Guias em Auditoria, abrir o detalhe da Guia e lá, selecionar dentro do box **Itens Solicitados** o(s) item(ns) que deseja cancelar e clique em **Cancelar Item**:

Itens Solicitados

Item	Tabela	Quantidade		N. Autorização	Status	Motivo	Observação
		Solic.	Au.				
<input checked="" type="checkbox"/>		1	0				
<input type="checkbox"/>		1	0				
<input type="checkbox"/>		1	0				

Cancelar Item

Para mais informações sobre esse processo, vide **item 7.2** deste manual.



Importante: esta opção de cancelamento por procedimento pode não estar disponível para todas as operadoras.

Também é possível realizar o cancelamento através do **Extrato de guias**. Conforme descrito no **item 7.1**, depois de realizar a busca das guias utilizando os filtros disponíveis, os resultados serão exibidos em uma tabela.

Na coluna **Ações**, o usuário pode clicar na opção cancelamento para cancelar a guia.

Resultado

Guia prestador	Nome / Carteirinha	Data e hora solicitada	Tipo de Solicitação	Status	Guia principal	Ações
2404	Fulano de tal 1 9991034999991	09/08/2023 09:21:14	Consulta	Negado	Guia principal	^
Código	Descrição	Quantidade Solic. Aprov.	Status	Motivo		
10101012	CONSULTA CONSULTORIO (HORARI...	1 0	Negado	29 - Retorno de consulta		

Ao clicar no botão o sistema apresentará um modal com as informações da guia. Para concluir o cancelamento selecione o motivo de cancelamento e clique em **Cancelar Guia**.

Cancelar Guia ✕

Para cancelar a guia abaixo, confirme os dados e selecione o motivo do cancelamento.

Nome: Fulano de tal 8
Número da carterinha: 9921034999991

Número da Guia: 1904

Seleccione o motivo do cancelamento ▼

Voltar para a Guia

Cancelar Guia



Importante: a funcionalidade de cancelamento pode variar conforme a operadora, para algumas, é possível realizar o cancelamento por item.

No modal de cancelamento será possível selecionar a opção de guia, procedimento da guia ou item OPME, selecione a opção desejada, informe o motivo de cancelamento e clique em **Cancelar guia**.

Cancelar Guia ✕

Para cancelar a guia abaixo, confirme os dados e selecione o motivo do cancelamento.

Nome:
Número da carterinha:

Número da Guia: 533999

Motivo do cancelamento
 Seleccione o motivo do cancelamento ▼

Tipo de procedimento

Cancelar Guia
 Cancelar Procedimento
 Cancelar item OPME

Lista de procedimentos

Selecione um item abaixo para cancelar:

Cancelar	Código	Descrição
<input type="radio"/>	20102070	Tilt teste

Voltar para a Guia

Cancelar Guia

6.2. SENHAS

6.2.1. Solicitação de senha

No menu lateral, na opção **Senhas** clique em **Solicitar de Senha**, nesta tela você terá acesso a solicitar autorização de procedimentos que necessitam de liberação de senha da Operadora.

Autorize | Página Inicial | Dê sua Opinião | Ajuda

Olá, PRESTADOR | Sessão expira em 00:27:54 | Sair

Extrato de Guias | Guias em Auditoria | Extrato

- Procedimento
 - Consulta
 - Execução (SP-SADT)
 - Pré Autorizada (SP-SADT)
 - Cancelar Guias
- Senhas
 - Solicitar Senha**
 - Editar Senha
- Internação
 - Solicitação
 - Abertura
 - Prorrogação
 - Alta

Solicitação de Senha

Operadora: Registro ANS

Nº Guia Principal: Para pacientes internados

Dados Beneficiário

Número da Carteira:

Cartão Magnético:

Atendimento RN:

Dados do Contratado Solicitante

A tela tem os mesmos campos de preenchimento da solicitação de **Execução (SP-SADT)**, com exceção do campo **Contratado/Prestador Executante**, onde será necessário informar o Código do Prestador na Operadora.



Importante: essa função só estará disponível para as operadoras que exigem senha para procedimentos de alta complexidade, verifique o seu contrato.

Solicitação de Senha

Operadora: Registro ANS

Nº Guia Principal: Para pacientes internados

Dados Beneficiário

Número da Carteira:

Cartão Magnético:

Atendimento RN:

Dados do Contratado Solicitante

Dados do Profissional Solicitante

Sigla do Conselho:

Número do Conselho:

UF do Conselho:

CBOs:

Caráter da Solicitação

Eletiva Urgência / Emergência

Diagnóstico

Código CID 10:

6.2.2. Edição de senha

No menu lateral, na opção **Senhas** clique em **Editar de Senha**. O sistema permite que você inclua, altere ou exclua procedimentos que já tiveram a liberação de senha da operadora. Para editar a solicitação, selecione a opção correspondente:

Autorize Página Inicial Dê sua Opinião Ajuda Olá, PRESTADOR Sessão expira em 00:27:18 Sair

Extrato de Guias Guias em Auditoria Extrato

- Procedimento
 - Consulta
 - Execução (SP-SADT)
 - Pré Autorizada (SP-SADT)
 - Cancelar Guias
- Senhas
 - Solicitar Senha
 - Editar Senha**
- Internação
 - Solicitação
 - Abertura
 - Prorrogação

Pesquisa de Senha

Pesquisa

Operadora: SELECIONE UMA ▼

Senha: N° Solic. Operadora:

Buscar Limpar

Na tela seguinte, você deverá inserir as informações indicadas para localizar a guia no sistema:

Pesquisa de Senha

Pesquisa

Operadora: SELECIONE UMA ▼

Senha: N° Solic. Operadora:

Buscar Limpar

A solicitação somente será passível de edição, se o prazo for de até 6 dias a contar da **Data Emissão Guia**.

Pesquisa de Senha

Pesquisa

Operadora: [Redacted] ▼

Senha: N° Solic. Operadora:

Buscar Limpar

Solicitações

N° Solic. Operadora	Guia Prestador	Código do Prestador Na Operadora	Operadora	Data Solicitação	N° da Carteira	Nome do Beneficiário	St
<input type="checkbox"/>			BRABESCO SAÚDE	22/04/2020			

Nesta tela será possível visualizar as informações da solicitação e editá-la:

Edição de Senha

N° Solicitação Operadora: [blurred]

Código Prestador na Operadora: [blurred]

N° da Carteira: [blurred]

Status: [blurred]

Data Execução: [blurred]

N° Guia Prestador: [blurred]

Data da Solicitação: [blurred]

Nome do Beneficiário: [blurred]

Senha: [blurred]

Procedimentos Existentes

Código Procedimento	Descrição	Quantidade Solicitada	Quantidade
20030010	MONITOR AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	1	1

Procedimentos Novos

Código Procedimento* Quantidade*

[Adicionar](#)

Código Procedimento	Descrição	Quantidade	Excluir

[Limpar todos](#)

Anexar Laudo

ANEXAR ARQUIVO

VISUALIZAR ARQUIVOS

Informações Adicionais

Observação

Solicitações Relacionadas

Voltar

Executar



Importante: essa função só estará disponível para as operadoras que exigem senha para procedimentos de alta complexidade, verifique o seu contrato.

Após a edição da solicitação, clique em **Executar**, para que o sistema retorne o resultado da sua solicitação:

Não é válido como comprovante de atendimento! 📄

AUTORIZADA PARCIALMENTE

Operadora: [blurred]

Registro ANS: [blurred]

Transação: [blurred]

Data: [blurred]

Número Guia Prestador: [blurred]

Beneficiário: [blurred]

N° da Carteira: [blurred]

Dados do Prestador:

Razão Social: [blurred]

CPF/CNPJ: [blurred]

Procedimentos						
Código	Descrição	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
20104294	Terapia oncológica - planejamento e 1o dia de tratamento	5	2	Justificada		Aut Parcial

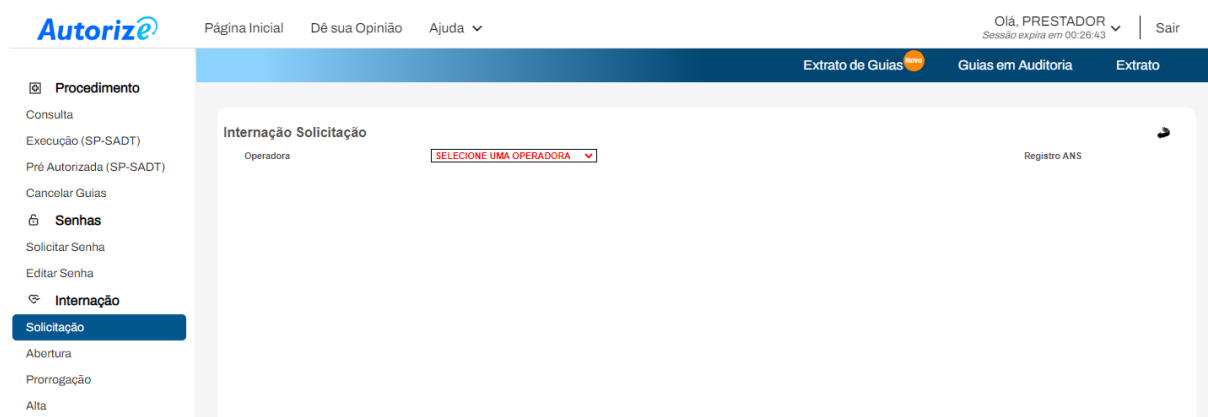
SUJEITO A AUDITORIA POSTERIOR

Imprimir Guia Tiss Autorizada

6.3. INTERNAÇÃO

6.3.1. Solicitação

No menu lateral, na opção **Internação** clique em **Solicitação** para pedir a autorização de internação do beneficiário. Na tela, selecione a Operadora em questão para que o formulário seja disponibilizado para preenchimento.



Na tela seguinte, será necessário preencher os dados solicitados:

Internação Solicitação



Operadora Registro ANS

Dados Beneficiário

Número da Carteira *

Cartão Magnético

Atendimento RN*

Cartão Nacional de Saúde

Dados do Profissional Solicitante

Sigla do Conselho*

Número do Conselho*

UF do Conselho *

CBOs *

Dados Gerais

Caráter de Internação:* Eletiva Urgência / Emergência

Tipo de Internação*

Regime de Internação *

Dias Solicitados*

Data sugerida para internação*

Previsão de uso de OPME*

Previsão de uso de quimioterápico*

Hipóteses Diagnósticas

Código CID 10 Principal *

Código CID 10 Secundário

Dados do Atendimento

Indicador de Acidente: *

Contratado / Prestador Executante

Cartão Orizon:

Nome:

CPF/CNPJ:

Procedimentos Solicitados

Código Procedimento* Quantidade*

Adicionar

Código Procedimento	Descrição	Quantidade	Excluir
---------------------	-----------	------------	---------

[Limpar todos](#)

Anexar Laudo



Informações Adicionais

Indicação Clínica*

Observação


Adicionar Anexo Clínico

Selecione Adicionar

Executar

* Campos Obrigatórios

Importante: os campos exibidos em tela podem variar de acordo com as opções contratadas por cada operadora.


Preencha o CID 10 Principal. Caso não saiba o número do código, clique no ícone , próximo ao campo correspondente e o sistema apresentará um pop-up para busca:

Para realizar a pesquisa do Código CID, digite uma breve descrição e clique em **Pesquisar**. O sistema exibirá uma lista de CID, baseada na descrição informada:

Código	Descrição
F63	Transtornos dos hábitos e dos impulsos
F638	Outros transtornos dos hábitos e dos impulsos
F639	Transtorno dos hábitos e impulsos, não especificad
M213	Mão (pulso) ou pé pendente (adquirido)

Para selecionar o item desejado, clique no número do Código CID. O sistema automaticamente preencherá o formulário anterior:

Obs.: O mesmo processo se aplica ao Código CID 10 secundário.

Do mesmo modo, é possível pesquisar o número do código de Procedimentos, clique no ícone , próximo ao campo correspondente. O sistema apresentará um pop-up.

Digite uma breve descrição e clique em **Pesquisar**. O sistema exibirá uma lista de procedimentos, baseada na descrição informada:

Código	Descrição
30020034	IMUNOTERAPIA / PULSOTERAPIA(P/PERIODO DE 7DIAS)
39020053	PULSOTERAPIA VENOSA RETROGRAD (P/ DIA)-SOM.HM
20104170	SS ECT (SL C/ OXIM PULSO, MON ECG, EEG), SOB ANEST
20104383	PULSOTERAPIA INTRAVENOSA (POR SESSAO) - AMBULAT
20204159	PULSOTERAPIA INTRAVENOSA (POR SESSAO) - HOSPITALAR

Clique no código equivalente ao procedimento desejado, após isso automaticamente o sistema preencherá o campo com o número escolhido:

Código Procedimento	Descricao	Quantidade	Excluir
30722055	ALONGAMENTOS TENDINOSOS DE MAO	1	Limpar todos

Importante: Para algumas operadoras o ícone de busca do Procedimento por nome não é apresentado. Nesses casos, é necessário digitar o código do procedimento para inclusão.

Preencha os campos necessários e clique em **Adicionar** para adicionar a solicitação.

Na solicitação de internação, a depender do que foi contratado pela operadora, é possível incluir também a solicitação de anexos clínicos:

Ao clicar em uma das opções, o formulário de solicitação de anexos será disponibilizado para preenchimento.

É possível inserir mais de um tipo de anexo clínico na mesma guia. Por exemplo, inserir uma Internação com anexo clínico de quimioterapia + anexo clínico de radioterapia.

Importante: os formulários de solicitação de anexos clínicos são iguais aos encontrados no **item 6.4. Complementar**, para saber como preenchê-los, siga o passo a passo descritos na opção de Anexos.

Caso tenha finalizado o preenchimento da guia, clique em **Executar** para que o sistema retorne o resultado da sua solicitação:

Não é válido como comprovante de atendimento!

AUTORIZADA

Operadora:
Registro ANS:
Transação:
Data:

Número Guia Operadora:

Beneficiário:
Nº da Carteira:
Qtde. Diárias Solicitadas:
Qtde. Diárias Autorizadas:

Dados do Prestador

Razão Social:
CPF/CNPJ:
Tipo Acomodação:

Procedimentos

Código	Descrição	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
10102019	Visita hospitalar (paciente internado)	1	1	Autorizada		

SUJEITO A AUDITORIA POSTERIOR

[Imprimir Guia Tiss Autorizada](#)

Nesta tela, atente-se para a resposta da solicitação, que pode ser **Negada**, **Autorizada**, **Autorizada Parcialmente** ou **Em Análise**.

Para imprimir a Guia TISS, documento válido como comprovante, clique em [Imprimir Guia Tiss Autorizada](#).

Importante: algumas operadoras exigem que seja realizada a transação de Abertura de internação (vide **item 6.3.2**) para impressão da Guias TISS autorizada.

6.3.2. Abertura

Esta opção deverá ser utilizada para efetivar a internação médica do beneficiário seguindo as orientações/ processo estabelecido por cada operadora. Para acessá-la, clique na opção **Abertura**, localizada no menu lateral.

Autorize | Página Inicial | Dê sua Opinião | Ajuda

Olá, ERIKA | Sair | Sessão expira em 00:28:29

Extrato de Guias | Guias em Auditoria | Extrato

Procedimento

- Consulta
- Execução (SP-SADT)
- Pré Autorizada (SP-SADT)
- Cancelar Guias
- Internação**
 - Solicitação
 - Abertura**
 - Prorrogação
 - Alta

Abertura Internação

Operadora: Operadora Orizon - 173125 | Registro ANS: 173125

Dados do Prestador Executante
Cartão Orizon: 3499720

Dados Beneficiário
Número da Carteira *
Cartão Magnético

Dados Internação
Número Guia *
Tipo Internação *

Na tela seguinte, será necessário preencher os dados solicitados:

Abertura Internação

Operadora Registro ANS

Dados do Prestador Executante
Cartão Orizon:

Dados Beneficiário
Número da Carteira *
Cartão Magnético

Dados Internação
Número Guia *
Tipo Internação *

* Campos Obrigatórios

Caso tenha finalizado o preenchimento da guia, clique em **Executar** para que o sistema retorne o resultado da sua solicitação:

Importante: os campos exibidos em tela podem variar de acordo com as opções contratadas por cada operadora.

Orizon

Não é válido como comprovante de atendimento!

AUTORIZADA

Operadora:
Registro ANS:
Transação:
Data:
Nº Protocolo da Operadora:
Número Guia Operadora:
Beneficiário:
Nº da Carteira:

Procedimentos						
Código	Descricao	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
31309127	PARTO (VIA VAGINAL)	1	1	Justificada	[J122] - SUJEITO ANALISE POSTERIOR	

Nesta tela, atente-se para a resposta da solicitação, que pode ser **Negada** ou **Autorizada**.

Para imprimir a Guia TISS, documento válido como comprovante, clique em **Imprimir Guia Tiss Autorizada**.

6.3.3. Prorrogação

Caso haja necessidade de solicitar a autorização de prorrogação de uma internação, selecione a opção **Prorrogação** localizada no menu lateral. Na tela, selecione a Operadora em questão para que o formulário seja disponibilizado para preenchimento.

Autorize | Página Inicial | Dê sua Opinião | Ajuda ▾

Olá, PRESTADOR ▾ | Sair
Sessão expira em 00:25:25

Extrato de Guias 🍌 | Guias em Auditoria | Extrato

- ☑ **Procedimento**
 - Consulta
 - Execução (SP-SADT)
 - Pré Autorizada (SP-SADT)
 - Cancelar Guias
- 🔑 **Senhas**
 - Solicitar Senha
 - Editar Senha
- 🔍 **Interação**
 - Solicitação
 - Abertura
 - Prorrogação**
 - Alta

Prorrogação de Internação

Operadora SELECIONE UMA OPERADORA ▾ Registro ANS

Na tela seguinte, será necessário preencher os dados solicitados:

Prorrogação de Internação

Operadora ▾ Registro ANS ▾

Dados Guia Referenciada

Número da guia referenciada

Data Emissão Guia*

Dados Beneficiário

Número da Carteira*

Cartão Magnético

Contratado / Prestador Executante

Cartão Orizon:

Nome:

CPF/CNPJ:

Dados do Profissional Solicitante

Sigla do Conselho* ▾

Número do Conselho*

UF do Conselho* ▾

CBOs* ▾

Dados Gerais

Dias Solicitados

Tipo Internação ▾

Informações Adicionais

Indicação Clínica*

Observação

Procedimentos Solicitados

Código Procedimento 🔍 Quantidade Adicionar

Código Procedimento	Descrição	Quantidade	Remover
Limpar todos			

Anexar Laudo

ANEXAR ARQUIVO

Adicionar Anexo Clínico

Selecione ▾ Adicionar

Executar

* Campos Obrigatórios

Importante: os campos exibidos em tela podem variar de acordo com as opções contratadas por cada operadora.

Na solicitação de prorrogação de internação é possível anexar um arquivo de imagem através do botão **Anexar Arquivo:**



Então, aparecerá um pop-up na tela onde será possível anexar um arquivo:

No campo **Arquivo**, ao clicar no botão **Procurar arquivo** será possível navegar no diretório do computador para selecionar a imagem desejada;

No campo **Nome do Arquivo** é possível editar o nome do arquivo que será anexado (como padrão ele terá o nome do arquivo, se quiser você pode alterá-lo);

No Campo **Tipo do Arquivo** deverá ser informado qual o tipo de arquivo foi anexado (este campo é de preenchimento obrigatório). As opções de tipo de arquivo são:

- Pedido médico;
- Laudo de exame;
- Relatório;
- Cotação de OPME;
- Outros.

Assim que a imagem for anexada, ao lado do botão **Anexar arquivo** será listada a relação de imagens:



Para excluir a imagem anexada, basta clicar no ícone **X** ao lado do nome do arquivo que se deseja excluir.

Caso tenha finalizado o preenchimento da guia, clique em **Executar** para que o sistema retorne o resultado da sua solicitação:

Não é válido como comprovante de atendimento!

AUTORIZADA

Operadora:
 Registro ANS:
 Transação:
 Data:

Número Guia Prestador:
 Senha:

Beneficiário:
 Nº da Carteira:

Justificativa da operadora:
 Qtde. Diárias Autorizadas:

Dados do Prestador
 Razão Social:
 CPF/CNPJ:
 Tipo Acomodação:

Procedimentos						
Código	Descricao	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
0		0	0	Autorizada		

Imprimir Guia TISS Autorizada

Nesta tela, atente-se para a resposta da solicitação, que pode ser **Negada**, **Autorizada**, **Autorizada Parcialmente** ou **Em Análise**.

Para imprimir a Guia TISS, clique no botão **Imprimir Guia TISS** ao final da página.

6.3.4. Alta

Esta opção deverá ser utilizada quando o usuário receber alta médica. Para acessá-la, clique na opção **Alta**, localizada no menu lateral. Na tela, selecione a Operadora em questão para que o formulário seja disponibilizado para preenchimento.

Autorize | Página Inicial | Dê sua Opinião | Ajuda

Olá, ERIKA | Sair
Sessão expira em 00:27:37

Extrato de Guias | Guias em Auditoria | Extrato

Alta Internação

Operadora: Operadora Orizon - 173125 | Registro ANS: 173125

Dados do Prestador Executante
 Cartão Orizon: 3499720

Dados Beneficiário
 Número da Carteira *

Cartão Magnético

Dados Internação
 Número Guia *

Motivo Saída *

Na tela seguinte, será necessário preencher os dados solicitados:

Alta Internação

Operadora Registro ANS

Dados do Prestador Executante
Cartão Orizon:

Dados Beneficiário
Número da Carteira *
Cartão Magnético

Dados Internação
Número Guia *
Motivo Saída *

* Campos Obrigatórios

Neste formulário deverá ser informado o motivo da saída do paciente.

Caso tenha finalizado o preenchimento da guia, clique em **Executar** para que o sistema retorne o resultado da sua solicitação:

Orizon

Não é válido como comprovante de atendimento!

AUTORIZADA

Operadora:
Registro ANS:
Transação:
Data:
Número Guia Operadora:
Beneficiário:
Nº da Carteira:
Dados do Prestador:
Razão Social:
CPF/CNPJ:

Procedimentos						
Código	Descrição	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
0		1	1	Autorizada		

SUJEITO A AUDITORIA POSTERIOR

Essa transação não possui Guia TISS.

6.4. COMPLEMENTAR

O sistema permite que você inclua Anexos Clínicos, separados da guia principal, chamados também de Lote Anexo.

As opções de anexos conforme TISS são: OPME, Quimioterapia e Radioterapia. Cada opção possui um processo de preenchimento específico. Acompanhe a seguir o processo de cada anexo.



Importante: A disponibilidade dessa função depende de particularidades contratuais da Operadora.

6.4.1. Anexo OPME

A inclusão do anexo de OPME permite incluir órtese, prótese e/ou material especial na solicitação. Para acessar a opção, selecione **Anexo OPME** no menu lateral. Na tela, selecione a Operadora em questão para que o formulário seja disponibilizado para preenchimento.

The screenshot displays the 'Autorize@' web application interface. The top navigation bar includes the logo, 'Página Inicial', 'Dê sua Opinião', and 'Ajuda'. The user is logged in as 'Olá, PRESTADOR' with a session expiration of 00:17:58. The main menu on the left is expanded to show the 'Complementar' section, with 'Anexo OPME' highlighted. The main content area shows the 'Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME' form. The form includes a dropdown menu for 'Operadora' with the prompt 'SELECIONE UMA OPERADORA' and a 'Registro ANS' field.

Na tela seguinte, será necessário preencher os dados solicitados:

Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Operadora Registro ANS

Dados Guia Referenciada

Guia Operadora Referenciada *

Data da Solicitação 17/05/2020

Dados Beneficiário

Número da Carteira *

Cartão Magnético

Atendimento RN*

Cartão Nacional de Saúde

Contratado / Prestador Executante

Cartão Orizon:

Nome:

CPF/CNPJ:

Dados do Profissional Solicitante

Nome *

Telefone *

Email

Dados da Cirurgia

Justificativa Técnica*

OPME Solicitados

Tabela*	<input type="text"/>	Código da OPM*	<input type="text"/>
Descrição*	<input type="text"/>	Opção de Fabricante*	<input type="text"/>
Quantidade*	<input type="text"/>	Valor Unitário (RS) *	<input type="text"/>
Registro ANVISA *	<input type="text"/>	Ref. fabricante *	<input type="text"/>
Nr Autorização	<input type="text"/>		

Tabela	Código da OPME	Descrição	Opcao de Fabricante	Quantidade	Valor	Reg. ANVISA	Ref. Fabricante	Excluir

Anexar Laudo

Informações Gerais

Especificação do Material

Observação

* Campos Obrigatórios

Importante: os campos exibidos em tela podem variar de acordo com o contratado por cada operadora.

Será necessário incluir uma justificativa técnica para a solicitação de anexo de OPME.

No campo **OPME Solicitados** será informada as especificações do OPME

No campo **Código de OPM** caso não saiba o número do código, clique no ícone , próximo ao campo correspondente. O sistema apresentará um pop-up.

Digite uma breve descrição e clique em **Pesquisar**. O sistema exibirá uma lista de materiais, baseada na descrição informada:

Código	Descrição	Ref. Fabricante
70008370	ADAPTADOR DE TITÂNIO BAXTER COM ROSCA PARA CATETER DE DIÁLISE PERITONEAL - Embalagem estéril contendo 01 Adaptador de Titânio Baxter com Rosca para Cateter de Diálise Peritoneal e 1 Baxter Cápsula Pro	Embalagem estéril contendo 01 Adaptador de Titânio Baxter CO
70008582	ADAPTADOR PARA CATÉTERES DE OUTROS FABRICANTES NOS GERADORES DE RADIOF	128401
70008590	ADAPTADOR PARA CATÉTERES DE OUTROS FABRICANTES NOS GERADORES DE RADIOF	330081
70008604	ADAPTADOR PARA CATÉTERES DE OUTROS FABRICANTES NOS GERADORES	345954

Clique no código equivalente ao OPME desejado, após isso automaticamente o sistema preencherá o campo com o número escolhido:

Os seguintes campos deverão ser preenchidos de acordo com o OPME selecionado:

- Opção de fabricante;
- Quantidade;
- Valor unitário (R\$);
- Registro ANVISA.

Após finalizar o preenchimento dos campos de **OPME Solicitados**, clique em **Adicionar** para adicionar à solicitação. Ex.:

Tabela	Código da OPME	Descrição	Opcao de Fabricante	Quantidade	Valor	Reg. ANVISA	Ref. Fabricante	Excluir
19	70008370	ADAPTADOR DE TITÂNIO BAXTER COM ROSCA PARA CATETER DE DIÁLISE PERITONEAL - Embalagem estéril contendo 01 Adaptador de Titânio Baxter com Rosca para Cateter de Diálise Peritoneal e 1 Baxter Cápsula Pro	Primeira opção de fabricante	1	0,01	10068390171	Embalagem estéril contendo 01 Adaptador de Titânio Baxter co	<input checked="" type="checkbox"/>

Na solicitação de anexo de OPME, para algumas operadoras, é necessário anexar um arquivo de imagem através do botão **Anexar Arquivo**:



Caso tenha finalizado o preenchimento do formulário, clique em **Executar** para que o sistema retorne o resultado da sua solicitação:

Não é válido como comprovante de atendimento!

AUTORIZADA

Operadora:
 Registro ANS:
 Transação:
 Data:

Número Guia Operadora:

Beneficiário:
 Nº da Carteira:

Dados do Prestador
 Razão Social:
 CPF/CNPJ:

Código	Descrição	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Valor Solicitado	Valor Autorizado	Status	Mensagem	Observação
		1	1	0,01	0,01	Autorizada		

SUJEITO A AUDITORIA POSTERIOR

Nesta tela, atente-se para a resposta da solicitação, que pode ser **Negada, Autorizada, Autorizada Parcialmente** ou **Em Análise**.

Para imprimir a Guia TISS, documento válido como comprovante, clique em **Imprimir Guia Tiss Autorizada**.

6.4.2. Anexo Quimioterapia

Para acessar a opção, selecione **Anexo Quimioterapia** no menu lateral. Na tela, selecione a Operadora em questão para que o formulário seja disponibilizado para preenchimento.

Autorize | Página Inicial | Dê sua Opinião | Ajuda

Olá, PRESTADOR | Sair
 Sessão expira em 00:17:11

Extrato de Guias | Guias em Auditoria | Extrato

- ☑ Procedimento
 - Consulta
 - Execução (SP-SADT)
 - Pré Autorizada (SP-SADT)
 - Cancelar Guias
- 🔑 Senhas
 - Solicitar Senha
 - Editar Senha
- 📄 Internação
 - Solicitação
 - Abertura
 - Prorrogação
 - Alta
- 🔧 Complementar
 - Anexo OPME
 - Anexo Quimioterapia**
 - Anexo Radioterapia

Anexo de Solicitação de Quimioterapia

Operadora: SELECIONE UMA OPERADORA | Registro ANS

Na tela seguinte, será necessário preencher os dados solicitados:

Anexo de Solicitação de Quimioterapia

Operadora Registro ANS

Dados Guia Referenciada

Guia Operadora Referenciada *

Data da Solicitação

Dados Beneficiário

Número da Carteira *

Atendimento RN*

Dados complementares do Beneficiário

Peso* Altura*

Superfície Corporal*

Dados do Profissional Solicitante

Nome *

Telefone *

Email

Diagnóstico Oncológico

Data do diagnóstico

Código CID primário

Código CID secundário

Estadiamento do tumor*

Tipo de Quimioterapia*

Finalidade*

ECOG*

Tumor*

Nódulo*

Metástase*

Plano Terapêutico*

Diagnóstico Cito/Histopatológico

Informações relevantes

Medicamentos e Drogas Solicitadas

Código do Medicamento*	Descrição*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosagem total no ciclo*	Tabela * <input type="text"/>
Unidade de Medida* <input type="text"/>	Via Adm.* <input type="text"/>
Data Prevista para Administração* <input type="text"/>	
Frequência* <input type="text"/>	

Data	Tabela	Código	Descrição	Dose	Unidade Medida	Via de Administração	Frequência	Excluir

Anexar Laudo

Tratamentos Anteriores

Número de Ciclos Previstos*

Nº de Dias do Ciclo Atual* Ciclo Atual*

Intervalo entre Ciclos (em dias)*

Cirurgia

Área Irradiada

Observação

Contratado / Prestador Executante

Cartão Orizon:

Nome:

CPF/CNPJ:

* Campos Obrigatórios



Importante: esta opção de solicitação pode não estar disponível pois varia de acordo com o que foi contratado por cada operadora.

No campo **Diagnóstico Oncológico** o código CID Primário deverá ser preenchido. Caso não saiba o número do código, clique no ícone , próximo ao campo correspondente. O sistema apresentará um pop-up.


Para realizar a pesquisa do Código CID, digite uma breve descrição e clique em **Pesquisar**. O sistema exibirá uma lista de CID, baseada na descrição informada:

Código	Descrição
F63	Transtornos dos hábitos e dos impulsos
F638	Outros transtornos dos hábitos e dos impulsos
F639	Transtorno dos hábitos e impulsos, não especificad
M213	Mão (pulso) ou pé pendente (adquirido)

Para selecionar o item desejado, clique no número do Código CID. O sistema automaticamente preencherá o formulário anterior:



Importante: o mesmo se aplica ao Código CID 10 secundário.

Do mesmo modo, consegue-se pesquisar o número do **Código do Medicamento**, clique no ícone , próximo ao campo correspondente. O sistema apresentará um pop-up.

Digite uma breve descrição e clique em **Pesquisar**. O sistema exibirá uma lista de medicamentos, baseada na descrição informada:

Código	Descrição
90002717	ACICLOVIR - 200 MG COM CT BL AL PLAS INC X 25
90002725	ACICLOVIR - 50 MG/G CREM DERM CT BG AL X 10 G
90003373	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 30
90003390	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA - 5 MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 30
90006445	CICLOPÉGICO - SOL OFT CT 1 FR TRANS GOT X 5 ML
90022408	ACICLOFAR - 200 MG COM CT 5 BL AL PLAS INC X 5
90022416	ACICLOFAR - 50 MG/G CREM CT BG AL X 10 G
90033710	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA - 10 MG COM CT BL AL PLAS INC X 30
90033728	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA - 5 MG COM CT BL AL PLAS INC X 30

Clique no código equivalente ao medicamento desejado, após isso automaticamente o sistema preencherá o campo com o número escolhido:

Código do Medicamento*

Após todos os campos de especificações do medicamento forem preenchidos, clique em no botão **Adicionar** para adicionar o medicamento à solicitação:

Data	Tabela	Código	Descrição	Dose	Unidade Medida	Via de Administração	Frequência	Excluir
18/05/2020	20	90003390	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA	1,00	36	35	1	<input type="checkbox"/>

Na solicitação de anexo de quimioterapia, para algumas operadoras, é necessário anexar um arquivo de imagem através do botão **Anexar Arquivo**:

Anexar Laudo

Caso tenha finalizado o preenchimento do formulário, clique em **Executar** para que o sistema retorne o resultado da sua solicitação:

Não é válido como comprovante de atendimento!

AUTORIZADA

Operadora:
 Registro ANS:
 Transação:
 Data:

Número Guia Prestador:
 Número Guia Operadora:

Beneficiário:
 Nº da Carteira:

Dados do Prestador
 Razão Social:
 CPF/CNPJ:

Anexo Quimioterapia				Guia anexo:		
Tipo: 1		No. ciclos: 1	Ciclo atual: 1		Intervalo ciclos: 1	
Código	Descrição	Tipo Tabela	Qtde Doses	Data Provável	Status	
90025199	ARADOIS	20	10.0	29/01/2020	Autorizada	
90025210	ARADOIS	20	0.12	29/01/2020	Autorizada	

SUJEITO A AUDITORIA POSTERIOR

[Imprimir Guia TISS Autorizada](#)

Nesta tela, atente-se para a resposta da autorização, que pode ser **Negada, Autorizada, Autorizada Parcialmente** ou **Em Análise**.

Para imprimir a Guia TISS, documento válido como comprovante, clique em [Imprimir Guia TISS Autorizada](#).

6.4.3. Anexo Radioterapia

Para acessar a opção, selecione **Anexo Radioterapia** no menu lateral. Na tela, selecione a Operadora em questão para que o formulário seja disponibilizado para preenchimento.

Autorize | Página Inicial | Dê sua Opinião | Ajuda ▾

Olá, PRESTADOR ▾ | Sair
Sessão expira em 00:18:25

Extrato de Guias | Guias em Auditoria | Extrato

Procedimento

- Consulta
- Execução (SP-SADT)
- Pré Autorizada (SP-SADT)
- Cancelar Guias
- Senhas**
 - Solicitar Senha
 - Editar Senha
- Internação**
 - Solicitação
 - Abertura
 - Prorrogação
 - Alta
- Complementar**
 - Anexo OPME
 - Anexo Quimioterapia
 - Anexo Radioterapia**
 - Lote
 - Fechamento de Lote

Anexo de Solicitação de Radioterapia

Operadora: SELECIONE UMA OPERADORA ▾

Registro ANS

Na tela seguinte, será necessário preencher os dados solicitados:

Anexo de Solicitação de Radioterapia

Registro ANS

Operadora

Dados Guia Referenciada

Guia Operadora Referenciada *

Data da Solicitação 18/05/2020

Dados Beneficiário

Número da Carteira *

Cartão Magnético

Atendimento RN*

Cartão Nacional de Saúde

Dados complementares do Beneficiário

Idade*

Sexo*

Dados do Profissional Solicitante

Nome *

Telefone *

Email

Diagnóstico Oncológico

Data do diagnóstico

Estadiamento do tumor*

Código CID primário

Código CID secundário

Diagnóstico Cito/Histopatológico

Informações relevantes

Tratamentos Anteriores

Cirurgia

Quimioterapia

Procedimentos Complementares

Data Prevista*

Código Procedimento*

Tabela*

Diagnóstico por imagem ECOG*

Outras

Finalidade*

Data	Tabela	Código Procedimento	Descrição	Quantidade*	Adicionar	Excluir

Anexar Laudo

Número de Campos* Dose por dia(em Gy)* Dose Total(em Gy)* Número de Dias* Data de Início da Administração*

Observação

Contratado / Prestador Executante

Cartão Orizon:

Nome:

CPF/CNPJ:

Executar

* Campos Obrigatórios

Importante: os campos exibidos em tela podem variar de acordo com as opções contratadas por cada operadora.

No campo **Diagnóstico Oncológico** o código CID Primário deverá ser preenchido. Caso não saiba o número do código, clique no ícone , próximo ao campo correspondente. O sistema apresentará um pop-up:

Pesquisa de CID

Descrição ou Código

Pesquisar

Para realizar a pesquisa do Código CID, digite uma breve descrição e clique em **Pesquisar**. O sistema exibirá uma lista de CID, baseada na descrição informada:

Código	Descrição
F63	Transtornos dos hábitos e dos impulsos
F638	Outros transtornos dos hábitos e dos impulsos
F639	Transtorno dos hábitos e impulsos, não especificad
M213	Mão (pulso) ou pé pendente (adquirido)

Para seleccionar o item desejado, clique no número do Código CID. O sistema automaticamente preencherá o formulário anterior:

Código CID primário

Código CID secundário



Importante: o mesmo se aplica ao Código CID 10 secundário.

Do mesmo modo, consegue-se pesquisar o número do **Código do Procedimento**, clique no ícone 🔍, próximo ao campo correspondente. O sistema apresentará um pop-up:

Digite uma breve descrição e clique em **Pesquisar**. O sistema exibirá uma lista de procedimentos, baseada na descrição informada:

Código	Descrição
30020034	IMUNOTERAPIA / PULSOTERAPIA(P/PERIODO DE 7DIAS)
39020053	PULSOTERAPIA VENOSA RETROGRAD (P/ DIA)-SOM.HM
20104170	SS ECT (SL C/ OXIM PULSO, MON ECG, EEG), SOB ANEST
20104383	PULSOTERAPIA INTRAVENOSA (POR SESSAO) - AMBULAT
20204159	PULSOTERAPIA INTRAVENOSA (POR SESSAO) - HOSPITALAR

Clique no código equivalente ao procedimento desejado, após isso automaticamente o sistema preencherá o campo com o número escolhido:

Data	Tabela	Código Procedimento	Descrição	Quantidade	Excluir
18/05/2020	20	40308804	Anticorpos anti peptídeo cíclico citrulinado - IgG	1	X

Preencha os campos necessários e clique em **Adicionar** para adicionar a solicitação.

Na solicitação de anexo de radioterapia, para algumas operadoras, é necessário anexar um arquivo de imagem através do botão **Anexar Arquivo**:



Caso tenha finalizado o preenchimento do formulário, clique em **Executar** para que o sistema retorne o resultado da sua solicitação:

Não é válido como comprovante de atendimento!

AUTORIZADA

Operadora:
 Registro ANS:
 Transação:
 Data:
 Número Guia Prestador:
 Número Guia Operadora:
 Beneficiário:
 Nº da Carteira:
 Dados do Prestador:
 Razão Social:
 CPF/CNPJ:

Anexo Radioterapia			Guia anexo:			
No. campos: 1	Dose campos: 1	Dose total: 1	No. dias: 1	Data início: 31/01/2020		
Código	Descrição	Tipo Tabela	Qtde	Data Provável	Status	
20104430	Terapia antineoplásica oral para tratamento do cancer	20	1.0	31/01/2020	Autorizada	

SUJEITO A AUDITORIA POSTERIOR

Imprimir Guia Tiss Autorizada

Nesta tela, atente-se para a resposta da autorização, que pode ser **Negada, Autorizada, Autorizada Parcialmente** ou **Em Análise**.

Para imprimir a Guia TISS, documento válido como comprovante, clique em **Imprimir Guia Tiss Autorizada**.

6.5. LOTE

Esta opção permite que você faça o fechamento dos procedimentos autorizados. Para acessar, selecione **Fechamento de Lote** no menu lateral.

Autorize | Página Inicial | Dê sua Opinião | Ajuda ▾ | Olá, PRESTADOR | Sessão expira em 00:22:38 | Sair

Extrato de Guias | Guias em Auditoria | Extrato

- Procedimento
 - Consulta
 - Execução (SP-SADT)
 - Pré Autorizada (SP-SADT)
 - Cancelar Guias
- Senhas
 - Solicitar Senha
 - Editar Senha
- Internação
 - Solicitação
 - Abertura
 - Prorrogação
 - Alta
- Complementar
 - Anexo OPME
 - Anexo Quimioterapia
 - Anexo Radioterapia
- Lote
 - Fechamento de Lote**

Fechamento de Lote

Operadora:

Contratado: _____

Cartão Orizon: _____

Guia: _____

Tipo de Guia:

Na tela seguinte, selecione a operadora e o tipo de guia para realizar o fechamento e clique no botão **Executar**.

Fechamento de Lote

Operadora: _____

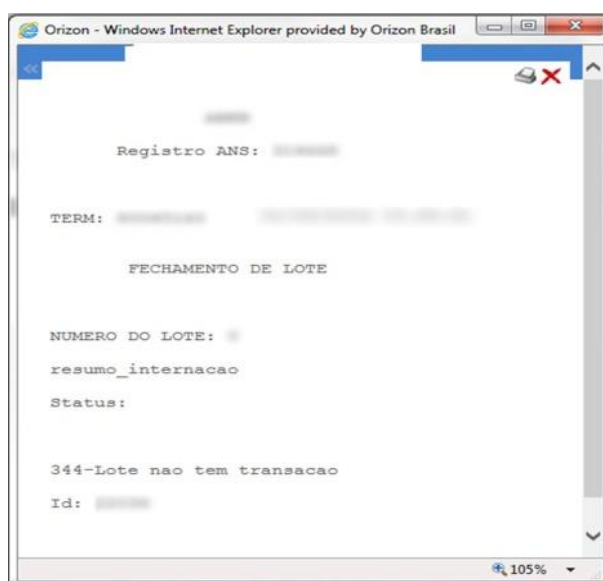
Contratado: _____

Cartão Orizon: _____

Guia: _____

Tipo de Guia:

O sistema exibirá um pop-up com as seguintes informações:



Importante: esta funcionalidade está disponível de acordo com o contratado pela operadora.