



FUNDAFFEMG

NOSSO PLANO É VIDA E SAÚDE

MANUAL DE AUTORIZAÇÃO



Sumário

1. APRESENTAÇÃO	2
2. ATENDIMENTO / AUTORIZAÇÃO	2
3. ACESSO AO AUTORIZADOR	2
4. APRESENTAÇÃO DA TELA DE AUTORIZAÇÃO	3
5. STATUS DE AUTORIZAÇÃO	4
6. TIPO DE GUIA	5
7. GUIA DE CONSULTA	6
8. GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SP/SADT)	18
9. GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO	33
10. ANEXO DE OPME (Órtese, Prótese e Material Especial).....	48
11. ANEXO DE QUIMIOTERAPIA.....	59
12. ANEXO DE RADIOTERAPIA.....	74
13. GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO	87
14. COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALTA.....	102
15. REFERENCIAMENTO DE GUIAS	106
16. INCONSISTÊNCIAS.....	106
17. DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO – DUT	107
18. VERIFICAÇÃO DE ELEGIBILIDADE.....	108
19. HISTÓRICO DE AUTORIZAÇÃO.	110
20. CANCELAMENTO DE GUIA.....	113
21. ANEXAR ARQUIVO / COMPLEMENTO EM TEXTO	115
22. CHAT	119
23. DÚVIDAS FREQUENTES	122

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.

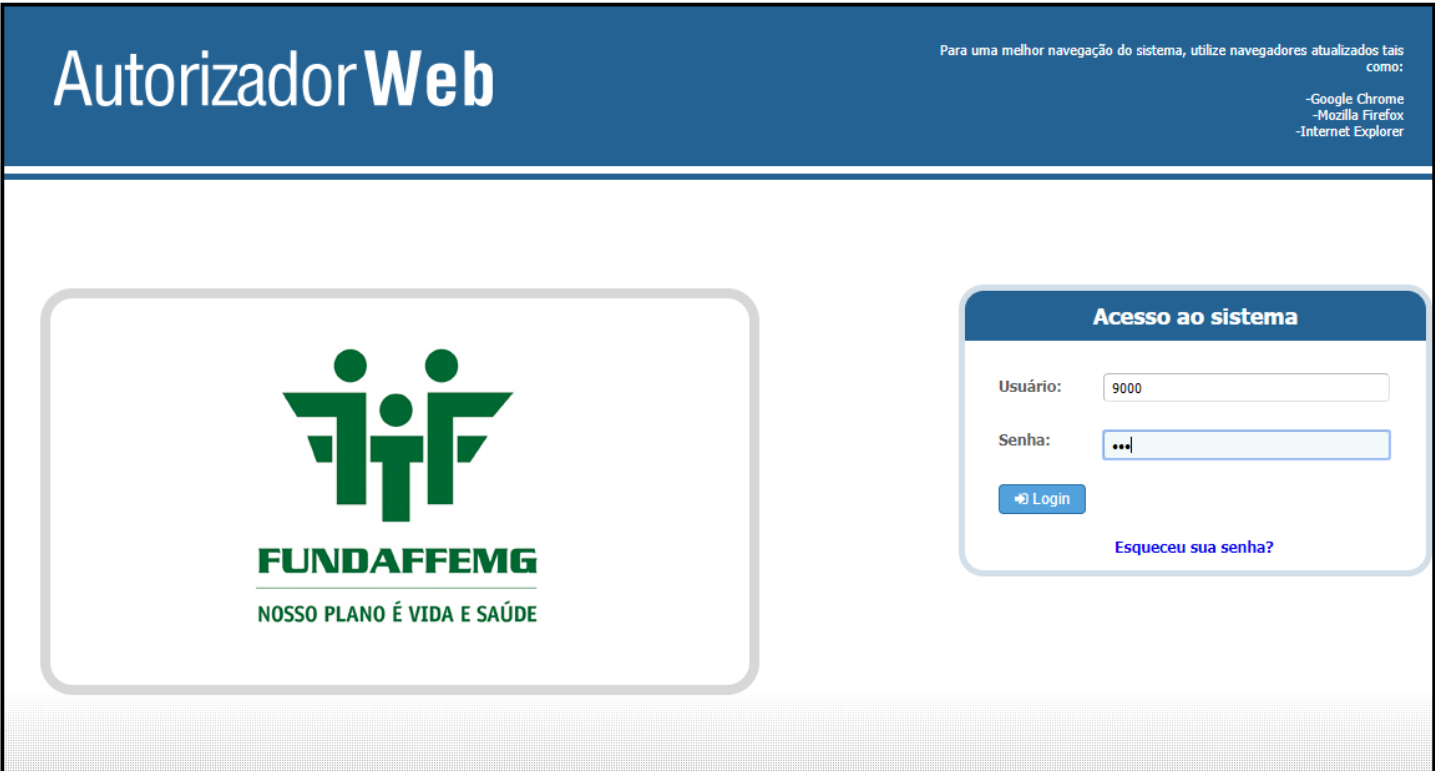
2. ATENDIMENTO / AUTORIZAÇÃO

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

Para uma melhor navegação do sistema, utilize navegadores atualizados tais como:

- Google Chrome
- Mozilla Firefox
- Internet Explorer

FUNDAFFEMG
NOSSO PLANO É VIDA E SAÚDE

Acesso ao sistema

Usuário:

Senha:

[Login](#)

[Esqueceu sua senha?](#)

4. APRESENTAÇÃO DA TELA DE AUTORIZAÇÃO

01 Prestador 1238 - HOSPITAL MATER DEI S A 02 Local Atendimento 439 - DO CONTORNO,9090 - BARRO PRETO - F

03 04 05

06 Login 07 Nova Autorização 08 Histórico de Autorizações 09 Produtividade Prestador 10 Extrato de Pagamento 11 Faturamento 12 Comunicação Internação 13 Downloads

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

14 Pesquisar Beneficiários 15 Elegibilidade Beneficiário

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir


16 Matricula/Nº Cartão 17 Data de Nascimento 18 Tipo de Guia 19


> Próximo

MV | Autorizador Web 3.73.142

01 - Prestador: Indica código e nome do prestador junto à operadora.

02 - Local de atendimento: Indica endereço do prestador.

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

04 -  Configurações: Permite realizar alteração da senha do atendente.

05 -  Sair: Permite sair do sistema.

06 - Login: Permite sair ou alterar o usuário logado sem sair do sistema.

07 - Nova Autorização: Permite confeccionar novas guias.

08 - Histórico de Autorizações: Permite visualizar todas as guias emitidas.

09 - Produtividade do prestador: Permite gerar relatório de produtividade.

10 - Extrato de pagamento: Permite pesquisar faturas pagas.

11 - Faturamento: Permite o envio do faturamento.

12 - Comunicação de internação: Permite comunicar a entrada e saída de paciente internado.

13 - Downloads: (arquivos e documentos anexados).

14 - Pesquisa de beneficiário: Permite pesquisar beneficiários por nome, matrícula ou CPF.

15 - Elegibilidade de beneficiário: Permite verificar elegibilidade do beneficiário.

16 - Matrícula / Nº do cartão: Permite pesquisar beneficiário pela matrícula.

17 - Data de Nascimento: Permite inserir data de nascimento, campo de preenchimento obrigatório.

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

19 - Próximo: Prosseguir com a solicitação de autorização.

5. STATUS DE AUTORIZAÇÃO

Consulta Histórico de Solicitações de Guia

Dados para Pesquisa

Operadora
FUNDAFFEMG - SIMULACAO

Senha Nº Transação Nº Solicitação Guia Tipo de Atendimento Período Situação Matricula/Nº Cartão

Todos 01/01/2019 a 30/01/2019 Todos

Nome do Beneficiário
16/08/2020 Q Pesquisar

Senha	Nº Solicitação Guia	Nº Transação	Tipo de Atendimento	Beneficiário	Dt Autoriza.	Situação	Ações
Nenhum resultado encontrado. Reveja os dados de sua busca.							

Enviada p/ cobrança Enviada p/ cobrança parcial Imprimir Guia Anexos da Guia Chat Operadora

1. **AUTORIZADO:** A solicitação foi autorizada e a guia está disponível para impressão.
2. **EM ANÁLISE:** 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.

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, exames, atendimento domiciliar, SADT internado, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva (TRS) e/ou por equipes não médicas terceirizadas participantes da internação (ex: fisioterapia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia).
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**.



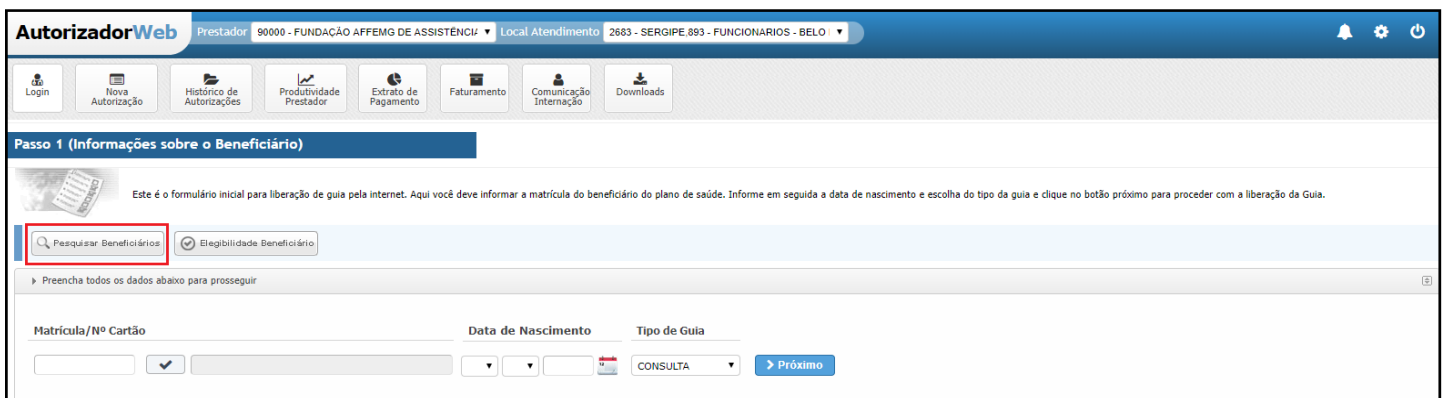
The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. At the top, there is a navigation bar with the user's name '90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA' and 'Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO'. Below this is a menu with icons for 'Login', 'Nova Autorização', 'Histórico de Autorizações', 'Produtividade Prestador', 'Extrato de Pagamento', 'Faturamento', 'Comunicação Internação', and 'Downloads'. The 'Nova Autorização' menu is open, showing a list of options: 'CONSULTA', 'SP/SADT', 'INTERNAÇÃO', 'HONORÁRIO INDIVIDUAL ODONTOLÓGICO', 'ANEXO DE RADIOTERAPIA', 'ANEXO DE QUIMIOTERAPIA', and 'ANEXO DE OPME'. The 'CONSULTA' option is highlighted with a red box and a mouse cursor. Below the menu, the 'Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)' section is visible, with a description: 'Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.' The form fields for 'Matrícula/Nº Cartão', 'Data de Nascimento', and 'Tipo de Guia' are empty, and a 'Próximo' button is at the bottom right.

Inserir matrícula e data de nascimento do beneficiário e clicar em próximo.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface with the 'Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)' section. The 'Matrícula/Nº Cartão' field is filled with a blacked-out value, and the 'Data de Nascimento' field is filled with '20 12 1988'. The 'Tipo de Guia' dropdown menu is set to 'CONSULTA'. The 'Próximo' button is highlighted in blue. The 'Pesquisar Beneficiários' and 'Elegibilidade Beneficiário' buttons are also visible.

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface with the 'Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)' section. The 'Pesquisar Beneficiários' button is highlighted with a red box. The 'Matrícula/Nº Cartão' field is empty, and the 'Data de Nascimento' field is empty. The 'Tipo de Guia' dropdown menu is set to 'CONSULTA'. The 'Próximo' button is highlighted in blue.

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

Pesquisa de Beneficiário

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Parâmetros para Pesquisa

Matrícula/Nº Cartão: ANA [REDACTED] Nome do Beneficiário: [REDACTED] CPF: [REDACTED]

Q Pesquisar

Beneficiários - (Clique no nome do beneficiário para selecionar)

Inserir data de nascimento e clicar em próximo.

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMO DE ASSISTENCIA Local Atendimento: 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internacional Downloads

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Pesquisar Beneficiários Elegibilidade Beneficiário

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão: [REDACTED] Data de Nascimento: 20/12/1989 Tipo de Guia: CONSULTA

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 do beneficiário

Nome: Indica o nome do beneficiário.

Plano: Indica o plano do beneficiário (FUNDAFFEMG-SAÚDE).

Celular: indica o contato do beneficiário.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Modelos de Guias Downloads

Passo 2 (Informações sobre a Guia)

Verifique as informações do beneficiário

7 - Nome ANA Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Especialidade Executante(*) CONSULTA 18 - Data de Atendimento(*) 14/02/2020

Dados do Beneficiário

6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*) JOAO 13 - Conselho(*) CRM Nº Conselho(*) 12345 15 - UF Conselho(*) MG 16 - CBO/Especialidade Solic.(*) Clínica Médica

17 - Indicação de Acidente (*) OUTROS 19 - Tipo Consulta(*) PRIMEIRA CONSULTA

23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

Informações mínimas para emissão da guia de consulta.

Contratado executante: Indica código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.

Local de execução: Indica o endereço do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.

Verifique as informações do beneficiário

7 - Nome ANA Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Especialidade Executante(*) CONSULTA 18 - Data de Atendimento(*) 14/02/2020

Dados do Beneficiário

6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*) JOAO 13 - Conselho(*) CRM Nº Conselho(*) 12345 15 - UF Conselho(*) MG 16 - CBO/Especialidade Solic.(*) Clínica Médica

17 - Indicação de Acidente (*) OUTROS 19 - Tipo Consulta(*) PRIMEIRA CONSULTA

23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	Opções
	1	Adicionar Q Procurar Remover
21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
<input type="checkbox"/> 10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	1

Voltar Confirmar

Tipo de Guia: Indica o tipo de guia selecionado.

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

Guia externa: Não se aplica ao tipo de guia de consulta.

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.

Verifique as informações do beneficiário

7 - Nome ANA Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular 3199

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAUDE Local de Execução (*) 2883 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Especialidade Executante(*) 18 - Data de Atendimento(*)
CONSULTA Clínica Médica 14/02/2020

Dados do Beneficiário
 6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*) JOAO 13 - Conselho(*) CRM N° Conselho(*) 12345 15 - UF Conselho(*) MG 16 - CBO/Especialidade Solic.(*) Clínica Médica

17 - Indicação de Acidente (*) OUTROS 19 - Tipo Consulta(*) PRIMEIRA CONSULTA

23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cód.Procedimento(*) Quantidade(*) Opções
1

21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
<input type="checkbox"/> 10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	1

Atendimento ao Recém-Nascido: Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Este campo deverá ser assinalado em caso de SIM.

Verifique as informações do beneficiário

7 - Nome ANA Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular 3199

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAUDE Local de Execução (*) 2883 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Especialidade Executante(*) 18 - Data de Atendimento(*)
CONSULTA Clínica Médica 14/02/2020

Dados do Beneficiário
 6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*) JOAO 13 - Conselho(*) CRM N° Conselho(*) 12345 15 - UF Conselho(*) MG 16 - CBO/Especialidade Solic.(*) Clínica Médica

17 - Indicação de Acidente (*) OUTROS 19 - Tipo Consulta(*) PRIMEIRA CONSULTA

23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cód.Procedimento(*) Quantidade(*) Opções
1

21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
<input type="checkbox"/> 10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	1

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

Conselho: Inserir o código do conselho profissional do executante.

1. Conselho Regional de Assistência Social (CRAS)
2. Conselho Regional de Enfermagem (COREN)
3. Conselho Regional de Farmácia (CRF)
4. Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFA)
5. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (CREFITO)
6. Conselho Regional de Medicina (CRM)
7. Conselho Regional de Nutrição (CRN)
8. Conselho Regional de Odontologia (CRO)
9. Conselho Regional de Psicologia (CRP)
10. Outros Conselhos

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.

Verifique as informações do beneficiário

7 - Nome ANA Plano
Celular 2199 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE Local de Execução (*) 2663 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Especialidade Executante(*) Clínica Médica 18 - Data de Atendimento(*) 14/02/2020

Dados do Beneficiário

6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*) JOAO 13 - Conselho(*) CRM Nº Conselho(*) 12345 15 - UF Conselho(*) MG 16 - CBO/Especialidade Solicitante(*) Clínica Médica

17 - Indicação de Acidente(*) OUTROS 19 - Tipo Consulta(*) PRIMEIRA CONSULTA

23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos

Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cd.Procedimento(*) Quantidade(*) Opções

21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	1

Voltar Confirmar

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

Verifique as informações do beneficiário

Nome	Plano		
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE		
Celular			
3199-			

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*)	Local de Execução (*)			
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2683 - SERGIPE 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG			
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	Especialidade Executante(*)	18 - Data de Atendimento(*)
CONSULTA			Clínica Médica	14/02/2020

Dados do Beneficiário

6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*)	13 - Conselho(*)	Nº Conselho(*)	15 - UF Conselho(*)	16 - CBO/Especialidade Solic. (*)
JOAO	CRM	12345	MG	Clínica Médica

17 - Indicação de Acidente (*)	19 - Tipo Consulta(*)
OUTROS	PRIMEIRA CONSULTA

23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★

Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	Opções
	1	<input type="button" value="Adicionar"/> <input type="button" value="Procurar"/> <input type="button" value="Remover"/>

21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
<input type="checkbox"/> 10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	1

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

Verifique as informações do beneficiário

7 - Nome ANA Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199-
 3199-

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG
 Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Especialidade Executante(*) Clínica Médica 18 - Data de Atendimento(*) 14/02/2020
 CONSULTA

Dados do Beneficiário
 6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*) JOAO 13 - Conselho(*) CRM Nº Conselho(*) 12345 15 - UF Conselho(*) MG 16 - CBO/Especialidade Solic.(*) Clínica Médica
 17 - Indicação de Acidente (*) OUTROS 19 - Tipo Consulta(*) PRIMEIRA CONSULTA

23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cód.Procedimento(*) Quantidade(*) Opções
 1

21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
<input type="checkbox"/> 10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABECIDO)	1

Anexar arquivo: Permite anexar documentos.

Complemento em Texto: Permite inserir textos complementares.

Verifique as informações do beneficiário

7 - Nome ANA Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199-
 3199-

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG
 Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Especialidade Executante(*) Clínica Médica 18 - Data de Atendimento(*) 14/02/2020
 CONSULTA

Dados do Beneficiário
 6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*) JOAO 13 - Conselho(*) CRM Nº Conselho(*) 12345 15 - UF Conselho(*) MG 16 - CBO/Especialidade Solic.(*) Clínica Médica
 17 - Indicação de Acidente (*) OUTROS 19 - Tipo Consulta(*) PRIMEIRA CONSULTA

23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cód.Procedimento(*) Quantidade(*) Opções
 1

21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
<input type="checkbox"/> 10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABECIDO)	1

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.

Verifique as informações do beneficiário

7 - Nome ANA Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular 3199- [REDACTED]

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG
Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Especialidade Executante(*) Clínica Médica 18 - Data de Atendimento(*) 14/02/2020
CONSULTA

Dados do Beneficiário
 6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*) JOAO 13 - Conselho(*) CRM 14 - Nº Conselho(*) 12345 15 - UF Conselho(*) MG 16 - CBO/Especialidade Solic. (*) Clínica Médica
17 - Indicação de Acidente (*) OUTROS 19 - Tipo Consulta(*) PRIMEIRA CONSULTA
23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	Opções
	1	<input type="button" value="Adicionar"/> <input type="button" value="Procurar"/> <input type="button" value="Remover"/>

21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
<input type="checkbox"/> 10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABECIDO)	1

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.

Verifique as informações do beneficiário

7 - Nome ANA [REDACTED] Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199- [REDACTED]

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG
 Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Especialidade Executante(*) Clínica Médica 18 - Data de Atendimento(*) 14/02/2020
 CONSULTA

Dados do Beneficiário

6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*) JOAO [REDACTED] 13 - Conselho(*) CRM 14 - Nº Conselho(*) 12345 15 - UF Conselho(*) MG 16 - CBO/Especialidade Solic.(*) Clínica Médica
 17 - Indicação de Acidente (*) OUTROS 19 - Tipo Consulta(*) PRIMEIRA CONSULTA
 23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cód.Procedimento(*) Quantidade(*) Opções

1 Adicionar Procurar Remover

21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABECIDO)	1

Voltar Confirmar

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.

Verifique as informações do beneficiário

7 - Nome ANA [REDACTED] Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199- [REDACTED]

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de consulta

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG
 Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Especialidade Executante(*) Clínica Médica 18 - Data de Atendimento(*) 14/02/2020
 CONSULTA

Dados do Beneficiário

6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*) JOAO [REDACTED] 13 - Conselho(*) CRM 14 - Nº Conselho(*) 12345 15 - UF Conselho(*) MG 16 - CBO/Especialidade Solic.(*) Clínica Médica
 17 - Indicação de Acidente (*) OUTROS 19 - Tipo Consulta(*) PRIMEIRA CONSULTA
 23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cód.Procedimento(*) Quantidade(*) Opções

1 Adicionar Procurar Remover

21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABECIDO)	1

Voltar Confirmar

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

7 - Nome		Plano							
ANA		2 - FUNDAFFEMG SAÚDE							
Celular									
3199									
Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)							
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG							
Tipo de Guia		2 - Nº Guia no Prestador		Guia Externa		Especialidade Executante(*)		18 - Data de Atendimento(*)	
CONSULTA						Clínica Médica		11/02/2020	
Dados do Beneficiário									
<input type="checkbox"/> 6 - Atendimento a Recém-nascido									
12 - Nome do Profissional Executante(*)		13 - Conselho(*)		Nº Conselho(*)		15 - UF Conselho(*)		16 - CBO/Especialidade Solic. (*)	
90000		CRM		12345		MG		Clínica Médica	
17 - Indicação de Acidente (*)		19 - Tipo Consulta(*)							
OUTROS		PRIMEIRA CONSULTA							
23 - Observação/Justificativa									
Dados Adicionais da Guia									
<input type="button" value="Anexar Arquivo"/> <input type="button" value="Complemento em Texto"/>									
Procedimentos Favoritos ★									
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!									
21 - Cd.Procedimento(*)									
Quantidade(*)		Opções							
1		<input type="button" value="Adicionar"/> <input type="button" value="Procurar"/> <input type="button" value="Remover"/>							
21 - Código		Descrição do Procedimento		Quantidade					
<input type="checkbox"/> 10101012		CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)		1					
<input type="button" value="Voltar"/>									
<input type="button" value="Confirmar"/>									

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

Confirma a Emissão da Guia?

Procedimentos incluídos:

10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Cancelar Confirmar

7 - Nome

ANA

Celular

3199-

Contratado Executante (*)

90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Local de Execução (*)

2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia

CONSULTA

2 - Nº Guia no Prestador

Guia Externa

Especialidade Executante(*)

Clínica Médica

18 - Data de Atendimento(*)

11/02/2020

Dados do Beneficiário

6 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Nome do Profissional Executante(*)

90000

13 - Conselho(*)

FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚ

Nº Conselho(*)

CRM

15 - UF Conselho(*)

12345

16 - CBO/Especialidade Solic. (*)

MG

Clínica Médica

17 - Indicação de Acidente (*)

OUTROS

19 - Tipo Consulta(*)

PRIMEIRA CONSULTA

23 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Procedimentos Favoritos ★

Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

21 - Cd.Procedimento(*)

Quantidade(*)

1

Opções

21 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade
<input type="checkbox"/> 10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	1

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



GUIA DE CONSULTA



2 - Nº Guia no Prestador: **S-90000-735**

1 - Registro ANS 315567	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4522859
----------------------------	--------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira [REDACTED]	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não) N
7 - Nome ANA [REDACTED]	8 - Cartão Nacional de Saúde [REDACTED]	

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora 90000 / 00660903000107	10 - Nome do Contratado FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	11 - Código CNES 7632983		
12 - Nome do Profissional Executante FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	13 - Conselho Profissional CRM	14 - Número no Conselho 12345	15 - UF MG	16 - Código CBO 225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) OUTROS				
18 - Data do Atendimento 11/02/2020	19 - Tipo de Consulta PRIMEIRA CONSULTA	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 10101012	22 - Valor do Procedimento R\$ 103,00

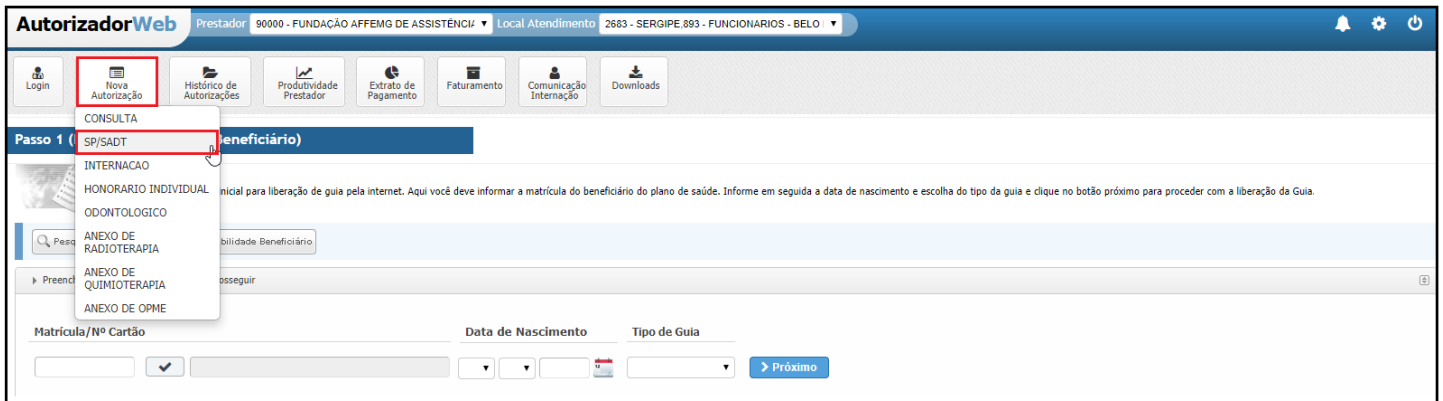
23 - Observação/Justificativa
*** OBS:

24 - Assinatura do Profissional Executante	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--------------------------------------------	------------------------------------------------

Havendo inconsistência, o sistema sinalizará o motivo da mesma.

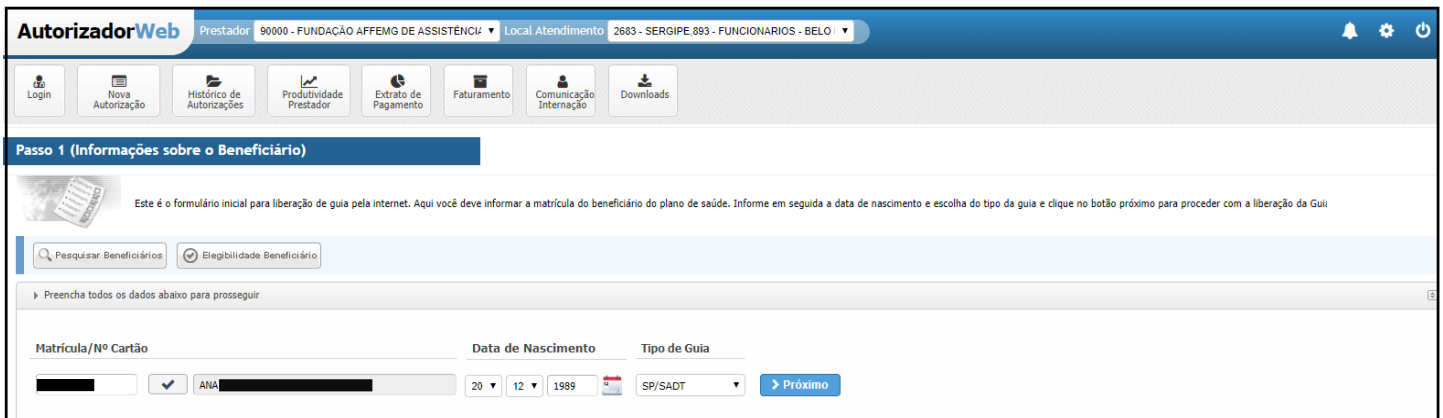
8. GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SP/SADT)

Para emissão da guia de 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**.



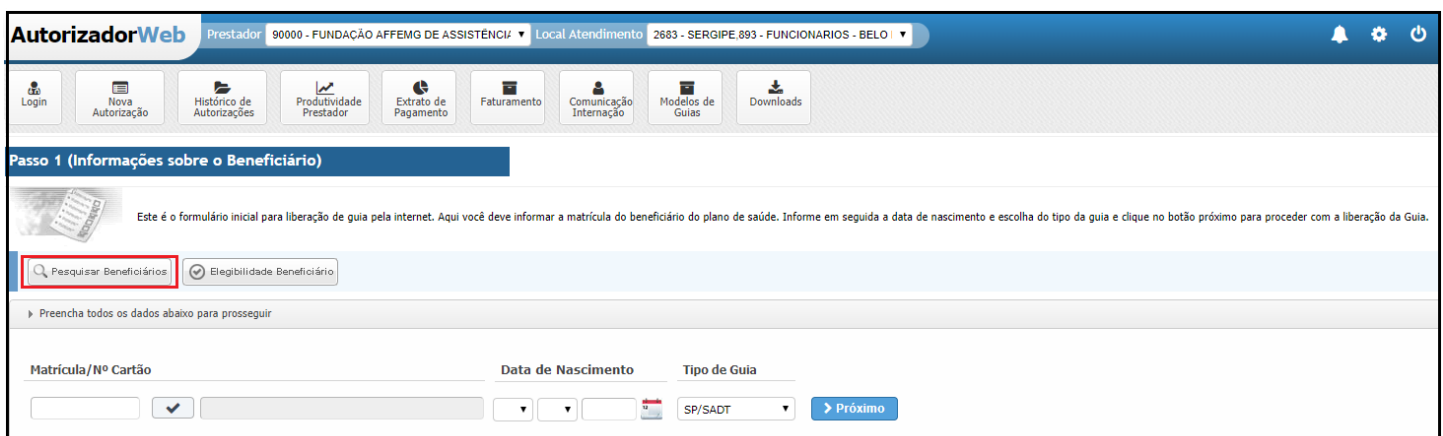
The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. The top navigation bar includes 'Prestador' (90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA) and 'Local Atendimento' (2883 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO). The main menu has 'Nova Autorização' highlighted. A dropdown menu is open, showing options: CONSULTA, SP/SADT (selected), INTERNACAO, HONORARIO INDIVIDUAL, ODONTOLOGICO, ANEXO DE RADIOTERAPIA, ANEXO DE QUIMIOTERAPIA, and ANEXO DE OPME. Below the menu, the 'Passo 1' section is titled '(Informações sobre o Beneficiário)'. It contains a search bar for 'Pesquisar Beneficiários', a 'Preencha todos os dados abaixo para prosseguir' instruction, and form fields for 'Matrícula/Nº Cartão', 'Data de Nascimento', and 'Tipo de Guia'. A 'Próximo' button is visible at the bottom right.

Inserir matrícula e data de nascimento do beneficiário e clicar em próximo.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface with the 'Passo 1' section filled out. The 'Matrícula/Nº Cartão' field contains 'ANJA' followed by a masked number. The 'Data de Nascimento' field is set to '20/12/1989'. The 'Tipo de Guia' dropdown is set to 'SP/SADT'. The 'Próximo' button is highlighted.

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface with the 'Passo 1' section. The 'Pesquisar Beneficiários' button is highlighted with a red box. The 'Matrícula/Nº Cartão' field is empty. The 'Data de Nascimento' field is empty. The 'Tipo de Guia' dropdown is set to 'SP/SADT'. The 'Próximo' button is visible at the bottom right.

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

Pesquisa de Beneficiário

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Parâmetros para Pesquisa

Matrícula/Nº Cartão:

Nome do Beneficiário:

CPF:

Beneficiários - (Clique no nome do beneficiário para selecionar)

Inserir data de nascimento e clicar em próximo.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCI Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Interação Downloads

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão:

Data de Nascimento: 20/12/1989

Tipo de Guia: SP/SADT

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.

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Interação Downloads

Passo 2 (Informações sobre a Guia)

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome: ANA [REDACTED] Plano: 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Celular: 3195 [REDACTED]

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Prestador Solicitação (*): 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Atendimento (*): 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/IMG

Tipo de Guia: 2 - Nº Guia no Prestador: Guia Externa 3 - Número da Guia Principal: Especialidade Executante (*): 22 - Data de Atendimento (*): 11/02/2020

SP/SADT:

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante (*): 90000 14 - Nome Contratado Solicitante (*): FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic.: 15 - Nome do Profissional Solicitante (*): 16 - Conselho (*): 17 - Nº Conselho (*): 18 - UF Conselho (*): 19 - CBO/Especialidade Solic. (*):

21 - Caráter do Atendimento (*): 23 - Indicação Clínica:

32 - Tipo de Atendimento TISS: 33 - Indicação de Acidente (*): 34 - Tipo Consulta:

58 - Observação/Justificativa:

Dados Adicionais da Guia

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

COMPLEMENTO DA GUIA DE SP/SADT

25 - Cd.Procedimento(*)	27 - Quantidade(*)	Opções
<input type="text"/>	1	Adicionar Procurar Remover

Nenhum procedimento adicionado.

Voltrar Confirmar

Informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Nome: Indica o nome do beneficiário.

Plano: Indica o plano do beneficiário (FUNDAFFEMG-SAÚDE).

Celular: Indica telefone de contato do beneficiário.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome	Plano
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199	

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
 Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias para criá-los.**

Prestador Solicitação (*)	Local de Atendimento (*)				
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG				
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT				Clinica Médica	17/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)

90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)

JOAO CRM 12356 MG Clínica Médica

21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica (*)

ELETIVO DOR

32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta

EXAME AMBULATORIAL OUTROS PRIMEIRA CONSULTA

58 - Observação/Justificativa

APENDICITE

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Prestador Solicitação: Indica o prestador que irá realizar o atendimento.

Local de Atendimento: Indica o endereço do prestador que irá realizar o atendimento.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome	Plano
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199	

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
 Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias** para criá-los.

Prestador Solicitação (*)	Local de Atendimento (*)				
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG				
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT				Clinica Médica	17/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*)	14 - Nome Contratado Solicitante(*)				
90000	FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE				
Cód. Operadora Prof. Solic.	15 - Nome do Profissional Solicitante(*)	16 - Conselho(*)	17 - Nº Conselho(*)	18 - UF Conselho(*)	19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
	JOAO	CRM	12356	MG	Clinica Médica
21 - Caráter do Atendimento(*)	23 - Indicação Clínica (*)				
ELETIVO	DOR				
32 - Tipo de Atendimento TISS	33 - Indicação de Acidente (*)	34 - Tipo Consulta			
EXAME AMBULATORIAL	OUTROS	PRIMEIRA CONSULTA			

58 - Observação/Justificativa
 APENDICITE

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

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

Nº 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 (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.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome	Plano
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199	

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
 Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias** para criá-los.

Prestador Solicitação (*)	Local de Atendimento (*)				
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG				
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT				Clinica Médica	17/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*)	14 - Nome Contratado Solicitante(*)				
90000	FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE				
Cód. Operadora Prof. Solic.	15 - Nome do Profissional Solicitante(*)	16 - Conselho(*)	17 - Nº Conselho(*)	18 - UF Conselho(*)	19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
	JOAO	CRM	12356	MG	Clinica Médica
21 - Caráter do Atendimento(*)	23 - Indicação Clínica (*)				
ELETIVO	DOR				
32 - Tipo de Atendimento TISS	33 - Indicação de Acidente (*)	34 - Tipo Consulta			
EXAME AMBULATORIAL	OUTROS	PRIMEIRA CONSULTA			

58 - Observação/Justificativa
 APENDICITE

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Atendimento ao Recém-Nascido: Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Este campo deverá ser assinalado em caso de SIM.

› Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome	Plano
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199-	

› Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
 Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias para criá-los**.

Prestador Solicitação (*)	Local de Atendimento (*)				
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE ▼	2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG ▼				
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT				Clinica Médica	17/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) **14 - Nome Contratado Solicitante(*)**

90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. **15 - Nome do Profissional Solicitante(*)** **16 - Conselho(*)** **17 - Nº Conselho(*)** **18 - UF Conselho(*)** **19 - CBO/Especialidade Solic. (*)**

JOAO CRM 12356 MG Clínica Médica

21 - Caráter do Atendimento(*) **23 - Indicação Clínica (*)**

ELETIVO DOR

32 - Tipo de Atendimento TISS **33 - Indicação de Acidente (*)** **34 - Tipo Consulta**

EXAME AMBULATORIAL OUTROS PRIMEIRA CONSULTA

58 - Observação/Justificativa

APENDICITE

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

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

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

› Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome	Plano
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199-	

› Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
 Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias para criá-los**.

Prestador Solicitação (*)	Local de Atendimento (*)				
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE ▼	2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG ▼				
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT				Clinica Médica	17/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) **14 - Nome Contratado Solicitante(*)**

90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. **15 - Nome do Profissional Solicitante(*)** **16 - Conselho(*)** **17 - Nº Conselho(*)** **18 - UF Conselho(*)** **19 - CBO/Especialidade Solic. (*)**

JOAO CRM 12356 MG Clínica Médica

21 - Caráter do Atendimento(*) **23 - Indicação Clínica (*)**

ELETIVO DOR

32 - Tipo de Atendimento TISS **33 - Indicação de Acidente (*)** **34 - Tipo Consulta**

EXAME AMBULATORIAL OUTROS PRIMEIRA CONSULTA

58 - Observação/Justificativa

APENDICITE

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

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.

1. Conselho Regional de Assistência Social (CRAS)
2. Conselho Regional de Enfermagem (COREN)
3. Conselho Regional de Farmácia (CRF)
4. Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFA)
5. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (CREFITO)
6. Conselho Regional de Medicina (CRM)
7. Conselho Regional de Nutrição (CRN)
8. Conselho Regional de Odontologia (CRO)
9. Conselho Regional de Psicologia (CRP)
10. Outros Conselhos

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.

1. **Rondônia** – RO - (Código do termo 11)
2. **Acre** – AC - (Código do termo 12)
3. **Amazonas** – AM - (Código do termo 13)
4. **Roraima** - RR - (Código do termo 14)
5. **Pará** – PA - (Código do termo 15)
6. **Amapá** – AP - (Código do termo 16)
7. **Tocantins** - TO - (Código do termo 17)
8. **Maranhão** – MA - (Código do termo 21)
9. **Piauí** – PI - (Código do termo 22)
10. **Ceará** – CE - (Código do termo 23)
11. **Rio Grande do Norte** – RN - (Código do termo 24)
12. **Paraíba** – PB - (Código do termo 25)
13. **Pernambuco** – PE - (Código do termo 26)
14. **Alagoas** – AL - (Código do termo 27)
15. **Sergipe** – SE - (Código do termo 28)
16. **Bahia** – BA - (Código do termo 29)
17. **Minas Gerais** – MG - (Código do termo 31)
18. **Espírito Santo** – ES - (Código do termo 32)
19. **Rio de Janeiro** – RJ - (Código do termo 33)
20. **São Paulo** – SP - (Código do termo 35)
21. **Paraná** – PR - (Código do termo 41)
22. **Santa Catarina** – SC - (Código do termo 42)
23. **Rio Grande do Sul** – RS - (Código do termo 43)
24. **Mato Grosso do Sul** – MS - (Código do termo 50)
25. **Mato Grosso** - MT - (Código do termo 51)
26. **Goiás** – GO - (Código do termo 52)

27. **Distrito Federal** – DF - (Código do termo 53)

28. **Países Estrangeiros** – EX - (Código do termo 98)

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

> Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome	Plano
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199	

> Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias para criá-los**.

Prestador Solicitação (*)	Local de Atendimento (*)				
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG				
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT				Clinica Médica	17/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*)	14 - Nome Contratado Solicitante(*)
90000	FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic.	15 - Nome do Profissional Solicitante(*)	16 - Conselho(*)	17 - Nº Conselho(*)	18 - UF Conselho(*)	19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
	JOAO	CRM	12356	MG	Clinica Médica

21 - Caráter do Atendimento(*)	23 - Indicação Clínica (*)
ELETIVO	DOR

32 - Tipo de Atendimento TISS	33 - Indicação de Acidente (*)	34 - Tipo Consulta
EXAME AMBULATORIAL	OUTROS	PRIMEIRA CONSULTA

58 - Observação/Justificativa

APENDICITE

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

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.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome	Plano
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199	

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
 Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias** para criá-los.

Prestador Solicitação (*)	Local de Atendimento (*)				
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG				
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT				Clinica Médica	17/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*)	14 - Nome Contratado Solicitante(*)				
90000	FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE				
Cód. Operadora Prof. Solic.	15 - Nome do Profissional Solicitante(*)	16 - Conselho(*)	17 - Nº Conselho(*)	18 - UF Conselho(*)	19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
	JOAO	CRM	12356	MG	Clinica Médica

21 - Caráter do Atendimento(*)	23 - Indicação Clínica (*)
ELETIVO	DOR

32 - Tipo de Atendimento TISS	33 - Indicação de Acidente (*)	34 - Tipo Consulta
EXAME AMBULATORIAL	OUTROS	PRIMEIRA CONSULTA

58 - Observação/Justificativa

APENDICITE

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

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.
- **Outras 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.
- **Exame 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.
- **Atendimento Domiciliar:** Quando se tratar de atendimento em que o beneficiário é atendido fora do âmbito médico-hospitalar, ou seja, em seu domicílio.
- **Internação:** Quando se tratar de beneficiário em regime de internação que necessite realizar exames ou terapias.
- **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.
- **Pronto Socorro:** Quando se tratar de atendimento realizado em um Pronto Socorro.
- **Pequeno Atendimento:** Quando se tratar de beneficiário que sofreu acidente de baixa gravidade.
- **Saúde Ocupacional - Admissional:** Atendimento ao funcionário em processo de admissão (medicina do trabalho).
- **Saúde Ocupacional - Demissional:** Atendimento ao funcionário recém demitido, (medicina do trabalho).
- **Saúde Ocupacional - Periódico:** Atendimento para atestar a saúde do funcionário em atividade (medicina do trabalho).
- **Saúde Ocupacional - Retorno ao Trabalho:** Atendimento ao colaborador que se encontra afastado do trabalho por algum motivo de saúde ou licença (medicina do trabalho).
- **Saúde Ocupacional - Mudança de função:** Atendimento a funcionário em processo de mudança de função (medicina do trabalho).
- **Saúde Ocupacional - Promoção a Saúde:** Atendimento ao beneficiário que irá iniciar um programa de atenção à saúde (medicina do trabalho).
- **Saúde Ocupacional - Beneficiário Novo:** Atendimento a quem contrata o plano de saúde (medicina do trabalho).
- **Saúde Ocupacional - Assistência a Demitidos:** Atendimento a colaboradores demitidos (medicina do trabalho).
- **TELESAUDE** - distribuição de serviços e informações relacionadas à saúde através de tecnologias eletrônicas de informação e telecomunicações.

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 que 30 dias.
- **Pré-Natal** - Atendimento prestado a gestante durante os 09 meses de gravidez.
- **Por encaminhamento** - Quando há um encaminhamento de um profissional para o outro.

› Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome	Plano
ANIA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199-	

› Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias** para criá-los.

Prestador Solicitação (*)	Local de Atendimento (*)				
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG				
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT				Clinica Médica	17/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*)	14 - Nome Contratado Solicitante(*)				
90000	FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE				
Cód. Operadora Prof. Solic.	15 - Nome do Profissional Solicitante(*)	16 - Conselho(*)	17 - Nº Conselho(*)	18 - UF Conselho(*)	19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
	JOAO	CRM	12356	MG	Clinica Médica

21 - Caráter do Atendimento(*)	23 - Indicação Clínica (*)
ELETIVO	DOR

32 - Tipo de Atendimento TISS	33 - Indicação de Acidente (*)	34 - Tipo Consulta
EXAME AMBULATORIAL	OUTROS	PRIMEIRA CONSULTA

58 - Observação/Justificativa
APENDICITE

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

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

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome ANA Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
 Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias** para criá-los.

Prestador Solicitação (*) Local de Atendimento (*)
 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa 3 - Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 22 - Data de Atendimento(*)
 SP/SADT Clínica Médica 17/02/2020

Dados do Beneficiário
 12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
 JOAO CRM 12356 MG Clínica Médica

21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica (*)
 ELETIVO DOR

32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta
 EXAME AMBULATORIAL OUTROS PRIMEIRA CONSULTA

58 - Observação/Justificativa
 APENDICITE

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

Anexar Arquivo: Permite anexar documentos.

Complemento em texto: Permite inserir textos complementares.

10 - Nome ANA Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199

Prestador Solicitação (*) Local de Atendimento (*)
 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa 3 - Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 22 - Data de Atendimento(*)
 SP/SADT Cardiologia 11/02/2020

Dados do Beneficiário
 12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
 JOAO CRM 123456 MG Cardiologia

21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica (*)
 ELETIVO CONTROLE

32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta
 EXAME AMBULATORIAL OUTROS

58 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

25 - Cód.Procedimento(*) 27 - Quantidade(*) Opções
 1 Adicionar Procurar Remover

25 - Código	26 - Descrição do Procedimento	27 - Quantidade
40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	1

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.

Prestador Solicitação (*)		Local de Atendimento (*)			
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG			
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT				Clinica Médica	17/02/2020
Dados do Beneficiário					
<input type="checkbox"/> 12 - Atendimento a Recém-nascido					
13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)					
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE					
Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)					
JOAO					
CRM 12356 MG Clínica Médica					
21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica (*)					
ELETIVO DOR					
32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta					
EXAME AMBULATORIAL OUTROS PRIMEIRA CONSULTA					
58 - Observação/Justificativa					
APENDICITE					
Dados Adicionais da Guia					
<input type="button" value="Anexar Arquivo"/> <input type="button" value="Complemento em Texto"/>					
Procedimentos Favoritos ★					
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!					
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!					
25 - Cd.Procedimento(*) 27 - Quantidade(*) Opções					
1 <input type="button" value="Adicionar"/> <input type="button" value="Procurar"/> <input type="button" value="Remover"/>					
25 - Código	26 - Descrição do Procedimento				27 - Quantidade
<input type="checkbox"/> 40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)				1
<input type="button" value="Voltar"/> <input type="button" value="Confirmar"/>					

Código: Indica o código do procedimento inserido.

Descrição do procedimento: Indica o nome do procedimento inserido.

Quantidade: indica a quantidade do procedimento inserido.

Prestador Solicitação (*) Local de Atendimento (*)

90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa 3 - Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 22 - Data de Atendimento(*)

SP/SADT [] [] [] [] [] Clínica Médica 17/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)

90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)

[] JOAO [] CRM [] 12356 MG [] Clínica Médica []

21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica (*)

ELETIVO DOR

32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta

EXAME AMBULATORIAL OUTROS PRIMEIRA CONSULTA

58 - Observação/Justificativa

APENDICITE

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Procedimentos Favoritos ★

Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

25 - Cd.Procedimento(*) 27 - Quantidade(*) Opções

[] 1 [Adicionar] [Procurar] [Remover]

25 - Código	26 - Descrição do Procedimento	27 - Quantidade
<input type="checkbox"/> 40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	1

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

Confirmar: Permite prosseguir com a guia.

Prestador Solicitação (*) Local de Atendimento (*)

90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa 3 - Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 22 - Data de Atendimento(*)

SP/SADT [] [] [] [] Clínica Médica 17/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)

90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)

[] JOAO [] CRM [] 12356 MG [] Clínica Médica []

21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica (*)

ELETIVO DOR

32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta

EXAME AMBULATORIAL OUTROS PRIMEIRA CONSULTA

58 - Observação/Justificativa

APENDICITE

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Procedimentos Favoritos ★

Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

25 - Cd.Procedimento(*) 27 - Quantidade(*) Opções

[] 1 [Adicionar] [Procurar] [Remover]

25 - Código	26 - Descrição do Procedimento	27 - Quantidade
<input type="checkbox"/> 40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	1

Após o preenchimento da guia, clicar em confirmar.

10 - Nome	Plano				
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE				
Celular					
3199					
Prestador Solicitação (*)			Local de Atendimento (*)		
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE			2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG		
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT				Cardiologia	11/02/2020
Dados do Beneficiário					
<input type="checkbox"/> 12 - Atendimento a Recém-nascido					
13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)					
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚ					
Cód. Operadora Prof. Solic.	15 - Nome do Profissional Solicitante(*)		16 - Conselho(*)	17 - Nº Conselho(*)	18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
	JOAO		CRM	123456	MG Cardiologia
21 - Caráter do Atendimento(*)		23 - Indicação Clínica (*)			
ELETIVO		CONTROLE			
32 - Tipo de Atendimento TISS		33 - Indicação de Acidente (*)		34 - Tipo Consulta	
EXAME AMBULATORIAL		OUTROS			
58 - Observação/Justificativa					
Dados Adicionais da Guia					
Anexar Arquivo Complemento em Texto					
Procedimentos Favoritos ★					
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!			Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!		
25 - Cd.Procedimento(*) 27 - Quantidade(*) Opções					
		1	Adicionar Procurar Remover		
25 - Código	26 - Descrição do Procedimento				27 - Quantidade
40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)				1
Voltar					Confirmar

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

10 - Nome
ANA

Celular
3199

Prestador Solicitação (*)
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador

22 - Data de Atendimento(*)
11/02/2020

Dados do Beneficiário
12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
JOAO CRM 123456 MG Cardiologia

21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica (*)
ELETIVO CONTROLE

32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta
EXAME AMBULATORIAL OUTROS

58 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
Anexar Arquivo Complemento em Texto

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

25 - Cd.Procedimento(*) 27 - Quantidade(*) Opções
1 Adicionar Procurar Remover

25 - Código	26 - Descrição do Procedimento	27 - Quantidade
40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	1

< Voltar Confirmar

Não havendo inconsistência, a guia será aprovada automaticamente pelo sistema e disponibilizada para impressão.

FLUNDAFFEMG
FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

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

2- Nº Guia no Prestador **S-90000-738**

Página: 1/1

1 - Registro ANS 315567 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 11/02/2020 5 - Senha 4522879 6 - Data de Validade da Senha 12/03/2020 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4522879

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 28230043 9 - Validade da Carteira 10 - Nome ANA 11 - Cartão Nacional de Saúde 703401207314310 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora 90000 / 00660903000107 14 - Nome do Contratado FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO 16 - Conselho Profissional CRM 17 - Número no Conselho 123456 18 - UF MG 19 - Código CBO 225120 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
21 - Caráter do Atendimento E 22 - Data da Solicitação 11/02/2020 23 - Indicação Clínica CONTROLE

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.	Valor
22	40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	1	1	209,68

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 90000 / 00660903000107 30 - Nome do Contratado FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 31 - Código CNES 7632983

Dados do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento 05 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

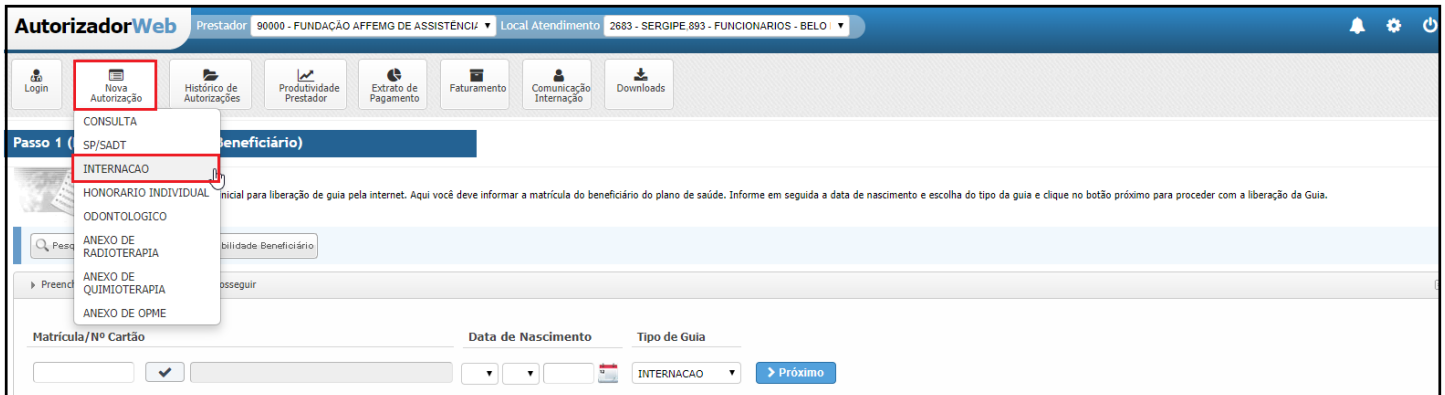
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1. / /	:	a :									
2. / /	:	a :									
3. / /	:	a :									
4. / /	:	a :									

Havendo inconsistência, essa será sinalizada.

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**.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. The top navigation bar includes 'Prestador' (90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA) and 'Local Atendimento' (2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO). The main menu has 'Nova Autorização' highlighted with a red box, and its dropdown menu is open, with 'INTERNAÇÃO' selected. Below the menu, the 'Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)' section is visible, featuring a search bar and a form with fields for 'Matricula/Nº Cartão', 'Data de Nascimento', and 'Tipo de Guia' (set to 'INTERNAÇÃO'). A 'Próximo' button is at the bottom right.

Inserir matrícula e data de nascimento do beneficiário e clicar em próximo.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface with the 'Matricula/Nº Cartão' and 'Data de Nascimento' fields filled with blacked-out text. The 'Tipo de Guia' dropdown is still set to 'INTERNAÇÃO'. The 'Próximo' button is visible at the bottom right.

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface with the 'Pesquisar Beneficiários' button highlighted with a red box. The 'Matricula/Nº Cartão' field is empty, and the 'Data de Nascimento' field is partially filled with blacked-out text. The 'Tipo de Guia' dropdown is set to 'INTERNAÇÃO'. The 'Próximo' button is visible at the bottom right.

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

Pesquisa de Beneficiário

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Parâmetros para Pesquisa

Matrícula/Nº Cartão:

Nome do Beneficiário: ANA

CPF:

Beneficiários - (Clique no nome do beneficiário para selecionar)

Inserir data de nascimento e clicar em próximo.

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento: 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Interação Downloads

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão: Data de Nascimento: 20/12/1999 Tipo de Guia: INTERNACAO

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.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome: ANA Plano: 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

11 - Celular: 3199

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*): 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*): 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia: INTERNACAO 2 - Nº Guia no Prestador: Guia Externa: Número da Guia Principal: Especialidade Executante(*): 46 - Data de Atendimento(*): 12/02/2020

Dados do Beneficiário

9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*): 90000 13 - Nome Contratado Solicitante(*): FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic.: 14 - Nome do Profissional Solicitante(*): 15 - Conselho(*): 16 - Nº Conselho(*): 17 - UF Conselho(*): 18 - CBO/Especialidade Solic. (*):

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*): 90000 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*): FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*): 22 - Caráter do Atendimento(*): 23 - Tipo de Internação (*): 41 - Tipo de Acomodação: APARTAMENTO STANDARD 24 - Regime de Internação(*): 25 - Qtde. Diárias Sol. (*):

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*):

33 - Indicação de Acidente (*):

29 - CID 10 Principal(Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

35 - Cd.Procedimento(*) 37 - Qtde Solic(*) Opções

COMPLEMENTO DA GUIA DE INTERNAÇÃO

1

Nenhum procedimento adicionado.

Informações do beneficiário

Nome: Indica o nome do beneficiário.

Plano: Indica o plano do beneficiário (FUNDAFFEMG-SAUDE).

Celular: Indica telefone de contato do beneficiário.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome Plano
 ANA [REDACTED] 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular
 3199 [REDACTED]

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) Local de Execução (*)
 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2683 - SERGIPE 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*)
 INTERNACAO [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 12/02/2020

Dados do Beneficiário

9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 15 - Conselho(*) 16 - Nº Conselho(*) 17 - UF Conselho(*) 18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
 [REDACTED] JOAO [REDACTED] CRM 12345 MG Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 41 - Tipo de Acomodação 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtde. Diárias Sol. (*)
 20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 2

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
 CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
 OUTROS

29 - CID 10 Principal(Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

Informações mínimas para emissão da guia de Solicitação de Internação

Contratado executante: Indica o prestador que irá realizar o atendimento.

Local de execução: Indica o endereço do prestador que irá realizar o atendimento.

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

Nº 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.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome Plano
ANA 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular
3199

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) Local de Execução (*)
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2883 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*)
INTERNAÇÃO 12/02/2020

Dados do Beneficiário

9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 15 - Conselho(*) 16 - Nº Conselho(*) 17 - UF Conselho(*) 18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
JOAO CRM 12345 MG Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 41 - Tipo de Acomodação 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtd. Diárias Sol. (*)
20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 2

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
OUTROS

29 - CID 10 Principal(Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

Atendimento ao Recém-Nascido: Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Este campo deverá ser assinalado em caso de SIM.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome Plano
ANA 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular
3199

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) Local de Execução (*)
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2883 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*)
INTERNAÇÃO 12/02/2020

Dados do Beneficiário

9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 15 - Conselho(*) 16 - Nº Conselho(*) 17 - UF Conselho(*) 18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
JOAO CRM 12345 MG Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 41 - Tipo de Acomodação 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtd. Diárias Sol. (*)
20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 2

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
OUTROS

29 - CID 10 Principal(Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

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.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome ANA
Plano 2 - FUNDAPFEMG SAÚDE
Celular 3199

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*) 12/02/2020

Dados do Beneficiário
9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) JOAO 15 - Conselho(*) CRM 16 - Nº Conselho(*) 12345 17 - UF Conselho(*) MG 18 - CBO/Especialidade Solic. (*) Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 41 - Tipo de Acomodação 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtde. Diárias Sol. (*)
20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 2

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
OUTROS

29 - CID 10 Principal(Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
Anexar Arquivo Complemento em Texto

Código operadora profissional solicitante: Código do profissional solicitante junto à operadora. Obs: não se aplica.

Nome do profissional solicitante: Inserir nome do profissional solicitante da internação.

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

1. Conselho Regional de Assistência Social (**CRAS**)
2. Conselho Regional de Enfermagem (**COREN**)
3. Conselho Regional de Farmácia (**CRF**)
4. Conselho Regional de Fonoaudiologia (**CRFA**)
5. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (**CREFITO**)
6. Conselho Regional de Medicina (**CRM**)
7. Conselho Regional de Nutrição (**CRN**)
8. Conselho Regional de Odontologia (**CRO**)
9. Conselho Regional de Psicologia (**CRP**)
10. Outros Conselhos

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.

01. Rondônia – RO - (Código do termo 11)
02. Acre – AC - (Código do termo 12)
03. Amazonas – AM - (Código do termo 13)
04. Roraima - RR - (Código do termo 14)
05. Pará – PA - (Código do termo 15)
06. Amapá – AP - (Código do termo 16)
07. Tocantins - TO - (Código do termo 17)
08. Maranhão – MA - (Código do termo 21)
09. Piauí – PI - (Código do termo 22)
10. Ceará – CE - (Código do termo 23)
11. Rio Grande do Norte – RN - (Código do termo 24)
12. Paraíba – PB - (Código do termo 25)
13. Pernambuco – PE - (Código do termo 26)
14. Alagoas – AL - (Código do termo 27)
15. Sergipe – SE - (Código do termo 28)
16. Bahia – BA - (Código do termo 29)
17. Minas Gerais – MG - (Código do termo 31)
18. Espírito Santo – ES - (Código do termo 32)
19. Rio de Janeiro – RJ - (Código do termo 33)
20. São Paulo – SP - (Código do termo 35)
21. Paraná – PR - (Código do termo 41)
22. Santa Catarina – SC - (Código do termo 42)
23. Rio Grande do Sul – RS - (Código do termo 43)
24. Mato Grosso do Sul – MS - (Código do termo 50)
25. Mato Grosso - MT - (Código do termo 51)
26. Goiás – GO - (Código do termo 52)
27. Distrito Federal – DF - (Código do termo 53)
28. Países Estrangeiros – EX - (Código do termo 98)

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

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome ANA [REDACTED] Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199 [REDACTED]

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) Local de Execução (*)
 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*)
 INTERNACAO [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 12/02/2020

Dados do Beneficiário
 9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 15 - Conselho(*) 16 - Nº Conselho(*) 17 - UF Conselho(*) 18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
 JOAO [REDACTED] CRM 12345 MG Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 41 - Tipo de Acomodação 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtde. Diárias Sol. (*)
 20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 2

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
 CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
 OUTROS

29 - CID 10 Principal(Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

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.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome ANA [REDACTED] Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199 [REDACTED]

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) Local de Execução (*)
 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*)
 INTERNACAO [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 12/02/2020

Dados do Beneficiário
 9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 15 - Conselho(*) 16 - Nº Conselho(*) 17 - UF Conselho(*) 18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
 JOAO [REDACTED] CRM 12345 MG Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 41 - Tipo de Acomodação 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtde. Diárias Sol. (*)
 20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 2

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
 CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
 OUTROS

29 - CID 10 Principal(Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

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.

1. **Quarto Privativo / Particular** - (Código do termo 02)
2. **Apartamento de Luxo da Maternidade** - (Código do termo 09)
3. **Apartamento de Luxo da Psiquiatria** - (Código do termo 10)
4. **Apartamento de Luxo** - (Código do termo 11)
5. **Apartamento Simples** - (Código do termo 12)
6. **Apartamento Standard** - (Código do termo 13)
7. **Apartamento Suíte** - (Código do termo 14)
8. **Apartamento com Alojamento Conjunto** - (Código do termo 15)
9. **Apartamento para Paciente com Obesidade Mórbida** - (Código do termo 16)
10. **Apartamento Simples da Maternidade** - (Código do termo 17)
11. **Apartamento Simples de Psiquiatria** - (Código do termo 18)
12. **Apartamento Suíte da Maternidade** - (Código do termo 19)
13. **Apartamento Suíte de Psiquiatria** - (Código do termo 20)
14. **Berçário Normal** - (Código do termo 21)
15. **Berçário Patológico / Prematuro** - (Código do termo 22)
16. **Enfermaria de 3 Leitos da Maternidade** - (Código do termo 25)
17. **Enfermaria de 4 ou mais Leitos da Maternidade** - (Código do termo 26)
18. **Hospital Dia Apartamento** - (Código do termo 27)
19. **Hospital Dia Enfermaria** - (Código do termo 28)
20. **Hospital Dia Psiquiatria** - (Código do termo 29)
21. **Quarto Coletivo de 2 Leitos da Maternidade** - (Código do termo 30)
22. **Enfermaria de 3 Leitos** - (Código do termo 31)

23. **Enfermaria de 4 ou mais Leitos** - (Código do termo 32)
24. **Enfermaria com Alojamento Conjunto** - (Código do termo 33)
25. **Quarto Privativo / Particular da Maternidade** - (Código do termo 36)
26. **Quarto Privativo / Particular de Psiquiatria** - (Código do termo 37)
27. **Semi UTI Adulto Geral** - (Código do termo 38)
28. **Semi UTI Coronariana** - (Código do termo 39)
29. **Semi UTI Neonatal** - (Código do termo 40)
30. **Quarto coletivo de 2 Leitos** - (Código do termo 41)
31. **Quarto com Alojamento Conjunto** - (Código do termo 43)
32. **Semi UTI Neurológica** - (Código do termo 44)
33. **Semi UTI Infantil / Pediátrica** - (Código do termo 45)
34. **Semi UTI Queimados** - (Código do termo 46)
35. **Unidade de Transplante de Medula Óssea** - (Código do termo 47)
36. **Unidade de Transplante em Geral** - (Código do termo 48)
37. **Apartamento Standard da Maternidade** - (Código do termo 49)
38. **Apartamento Standard de Psiquiatria** (Código do termo 50)
39. **UTI Adulto Geral** - (Código do termo 51)
40. **UTI infantil / Pediátrica** - (Código do termo 52)
41. **UTI Neonatal** - (Código do termo 53)
42. **Unidade para Tratamento Radioativa** - (Código do termo 56)
43. **UTI Coronariana** - (Código do termo 57)
44. **UTI Neurológica** - (Código do termo 58)
45. **UTI Queimados** - (Código do termo 59)

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.
3. **Domiciliar:** Quando se tratar de internação para prestação de cuidados durante a realização de procedimentos no próprio domicílio do beneficiário.

Quantidade de diárias solicitadas: Inserir quantidade de diárias solicitadas.

› Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome Plano ANA 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 3199

› Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internacao

Contratado Executante (*) Local de Execução (*)
 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2663 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*)
 INTERNACAO 12/02/2020

Dados do Beneficiário
 9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 15 - Conselho(*) 16 - Nº Conselho(*) 17 - UF Conselho(*) 18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
 JOAO CRM 12345 MG Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 41 - Tipo de Acomodação 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtde. Diárias Sol. (*)
 20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 2

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
 CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
 OUTROS

29 - CID 10 Principal(Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

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 no SoulMV. 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 no SoulMV. Em caso de SIM, o usuário deverá assinalar.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome ANA Plano
 Celular 3199 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) Local de Execução (*)
 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*)
 INTERNACAO 12/02/2020

Dados do Beneficiário
 9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 15 - Conselho(*) 16 - Nº Conselho(*) 17 - UF Conselho(*) 18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
 JOAO CRM 12345 MG Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 41 - Tipo de Acomodação 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtde. Diárias Sol. (*)
 20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 2

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
 CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
 OUTROS

29 - CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

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

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome ANA Plano
 Celular 3199 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) Local de Execução (*)
 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*)
 INTERNACAO 12/02/2020

Dados do Beneficiário
 9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 15 - Conselho(*) 16 - Nº Conselho(*) 17 - UF Conselho(*) 18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
 JOAO CRM 12345 MG Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
 90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 41 - Tipo de Acomodação 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtde. Diárias Sol. (*)
 20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 2

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
 CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
 OUTROS

29 - CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

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.

Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome	Plano
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199	

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*)	Local de Execução (*)				
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG				
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)	46 - Data de Atendimento(*)
INTERNACAO					12/02/2020

Dados do Beneficiário

9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*)	13 - Nome Contratado Solicitante(*)
90000	FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic.	14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*)	15 - Conselho(*)	16 - Nº Conselho(*)	17 - UF Conselho(*)	18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
	JOAO	CRM	12345	MG	Clinica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*)	20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
90000	FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*)	22 - Caráter do Atendimento(*)	23 - Tipo de Internação (*)	41 - Tipo de Acomodação	24 - Regime de Internação(*)	25 - Qtde. Diárias Sol. (*)
20/02/2020	Eletiva	CLINICO	APARTAMENTO STANDARD	HOSPITALAR	2

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
OUTROS

29 - CID 10 Principal(Opcional)	30 - CID 10 (2)(Opcional)	31 - CID 10 (3)(Opcional)	32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

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.

> Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome ANA [REDACTED] Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 Celular 319 [REDACTED]

> Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG
 Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*) 12/02/2020
 INTERNACAO

Dados do Beneficiário
 9 - Atendimento a Recém-nascido
 12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 90000 13 - Nome Contratado Solicitante(*) FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 Cód. Operadora Prof. Solic. JOAO [REDACTED] 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 15 - Conselho(*) CRM 16 - Nº Conselho(*) 12345 17 - UF Conselho(*) MG 18 - CBO/Especialidade Solic. (*) Clínica Médica
 19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 90000 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*) FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 21 - Data sugerida para internação(*) 20/02/2020 22 - Caráter do Atendimento(*) Eletiva 23 - Tipo de Internação (*) CLINICO 41 - Tipo de Acomodação APARTAMENTO STANDARD 24 - Regime de Internação(*) HOSPITALAR 25 - Qtde. Diárias Sol. (*) 2
 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico
 28 - Indicação Clínica(*) CEFALEIA
 33 - Indicação de Acidente (*) OUTROS
 29 - CID 10 Principal(Opcional) R68 30 - CID 10 (2)(Opcional) J19 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa
 LAUDOS DE EXAMES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

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.

> Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG
 Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*) 12/02/2020
 INTERNACAO

Dados do Beneficiário
 9 - Atendimento a Recém-nascido
 12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 90000 13 - Nome Contratado Solicitante(*) FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 Cód. Operadora Prof. Solic. JOAO [REDACTED] 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 15 - Conselho(*) CRM 16 - Nº Conselho(*) 12345 17 - UF Conselho(*) MG 18 - CBO/Especialidade Solic. (*) Clínica Médica
 19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 90000 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*) FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 21 - Data sugerida para internação(*) 20/02/2020 22 - Caráter do Atendimento(*) Eletiva 23 - Tipo de Internação (*) CLINICO 41 - Tipo de Acomodação APARTAMENTO STANDARD 24 - Regime de Internação(*) HOSPITALAR 25 - Qtde. Diárias Sol. (*) 10
 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico
 28 - Indicação Clínica(*) CEFALEIA
 33 - Indicação de Acidente (*) OUTROS
 29 - CID 10 Principal(Opcional) R68 30 - CID 10 (2)(Opcional) J19 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)

45 - Observação/Justificativa
 LAUDOS DE EXAMES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

> Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

35 - Cd.Procedimento(*) 37 - Qtde Solic(*) Opções
 Adicionar Procurar Remover

35 - Código	Descrição do Procedimento	37 - Quantidade
<input type="checkbox"/> 60000651	DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	1

< Voltar Confirmar >

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

Confirmar: Permite prosseguir com a guia.

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de internação

Contratado Executante (*) Local de Execução (*)
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2893 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 46 - Data de Atendimento(*)
INTERNAÇÃO 12/02/2020

Dados do Beneficiário
 9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) 15 - Conselho(*) 16 - Nº Conselho(*) 17 - UF Conselho(*) 18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
JOAO CRM 12345 MG Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtde. Diárias Sol. (*)
20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 10

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)
OUTROS

29 - CID 10 Principal(Opcional) 30 - CID 10 (2)(Opcional) 31 - CID 10 (3)(Opcional) 32 - CID 10 (4)(Opcional)
R68 119

45 - Observação/Justificativa
LAUDOS DE EXAMES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

35 - Cód.Procedimento(*) 37 - Qtde Solic(*) Opções
1 1

35 - Código	Descrição do Procedimento	37 - Quantidade
<input type="checkbox"/> 60000651	DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	1

Após o preenchimento da guia, clicar em confirmar.

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

35 - Cód.Procedimento(*) 37 - Qtde Solic(*) Opções
 1

35 - Código	Descrição do Procedimento	37 - Quantidade
<input type="checkbox"/> 60000651	DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	1

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

Dados do Beneficiário
 9 - Atendimento a Recém-nascido

12 - Cód. Operadora Solicitante(*) 13 - Nome Contratado Solicitante(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 14 - Nome do Profissional Solicitante(*) 15 - Conselho(*) 16 - Nº Conselho(*) 17 - UF Conselho(*) 18 - CBO/Especialidade Solic. (*)
JOAO CRM 12345 MG Clínica Médica

19 - Cód. na Operadora/CNPJ(*) 20 - Nome Hospital/Local Solicitado(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

21 - Data sugerida para internação(*) 22 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Tipo de Internação (*) 24 - Regime de Internação(*) 25 - Qtde. Diárias Sol. (*)
20/02/2020 Eletiva CLINICO APARTAMENTO STANDARD HOSPITALAR 10

26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica(*)
CEFALEIA

33 - Indicação de Acidente (*)

Confirma a Emissão da Guia?

Procedimentos incluídos:
60000651 DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD

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

Situação da Guia S-90000-741



Motivo:

PROCEDIMENTO => 60000651 - DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDAR

MENSAGEM=> AUTORIZACAO DO PROCEDIMENTO CONDICIONADO A AUDITORIA MEDICA. FAVOR AGUARDAR ANALISE DA AUDITORIA

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 **ANEXO DE OPME**.



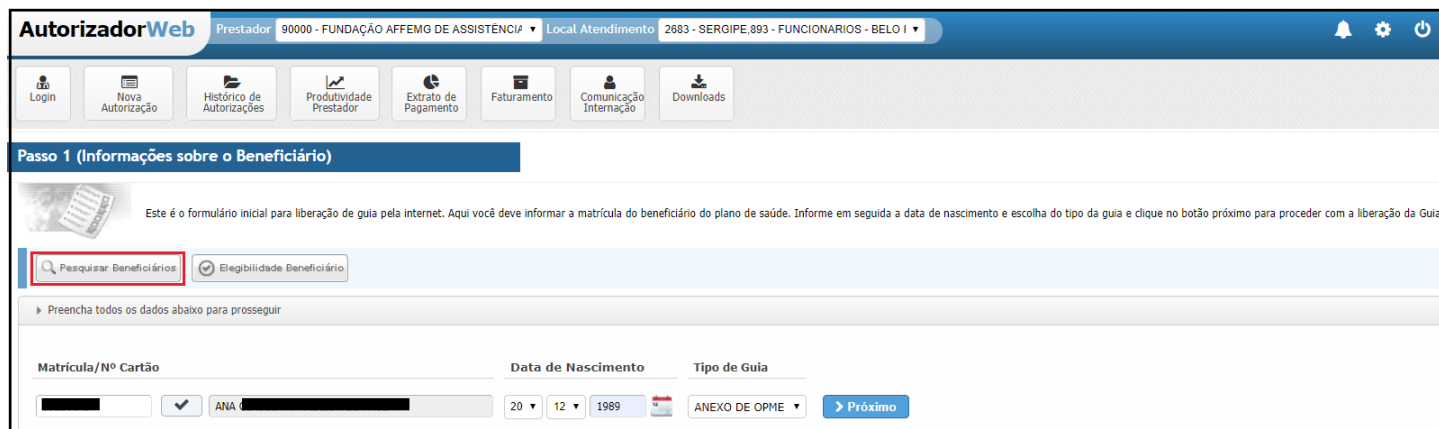
The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. At the top, there is a navigation bar with the user's name 'Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA' and 'Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO I'. Below this is a menu with options: Login, Nova Autorização, Histórico de Autorizações, Produtividade Prestador, Extrato de Pagamento, Faturamento, Comunicação Interação, and Downloads. The 'Nova Autorização' menu is open, showing a list of options: CONSULTA, SP/SADT, INTERNACAO, HONORARIO INDIVIDUAL, ODONTOLOGICO, ANEXO DE RADIOTERAPIA, ANEXO DE QUIMIOTERAPIA, and ANEXO DE OPME. The 'ANEXO DE OPME' option is highlighted with a red box. Below the menu, there are input fields for 'Matricula/Nº Cartão', 'Data de Nascimento', and 'Tipo de Guia'. The 'Tipo de Guia' dropdown is set to 'ANEXO DE OPME'. A blue 'Próximo' button is visible at the bottom right.

Inserir matrícula e data de nascimento do beneficiário e clicar em próximo.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. At the top, there is a navigation bar with the user's name 'Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA' and 'Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO I'. Below this is a menu with options: Login, Nova Autorização, Histórico de Autorizações, Produtividade Prestador, Extrato de Pagamento, Faturamento, Comunicação Interação, and Downloads. The 'Nova Autorização' menu is open, showing a list of options: CONSULTA, SP/SADT, INTERNACAO, HONORARIO INDIVIDUAL, ODONTOLOGICO, ANEXO DE RADIOTERAPIA, ANEXO DE QUIMIOTERAPIA, and ANEXO DE OPME. The 'ANEXO DE OPME' option is highlighted with a red box. Below the menu, there are input fields for 'Matricula/Nº Cartão', 'Data de Nascimento', and 'Tipo de Guia'. The 'Tipo de Guia' dropdown is set to 'ANEXO DE OPME'. A blue 'Próximo' button is visible at the bottom right.

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. At the top, there is a navigation bar with the user's name 'Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA' and 'Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO I'. Below this is a menu with options: Login, Nova Autorização, Histórico de Autorizações, Produtividade Prestador, Extrato de Pagamento, Faturamento, Comunicação Interação, and Downloads. The 'Nova Autorização' menu is open, showing a list of options: CONSULTA, SP/SADT, INTERNACAO, HONORARIO INDIVIDUAL, ODONTOLOGICO, ANEXO DE RADIOTERAPIA, ANEXO DE QUIMIOTERAPIA, and ANEXO DE OPME. The 'ANEXO DE OPME' option is highlighted with a red box. Below the menu, there are input fields for 'Matricula/Nº Cartão', 'Data de Nascimento', and 'Tipo de Guia'. The 'Tipo de Guia' dropdown is set to 'ANEXO DE OPME'. A blue 'Próximo' button is visible at the bottom right.

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

Pesquisa de Beneficiário

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Parâmetros para Pesquisa

Matrícula/Nº Cartão Nome do Beneficiário CPF

Beneficiários - (Clique no nome do beneficiário para selecionar)

Inserir data de nascimento e clicar em próximo.

AutorizadorWeb

Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Downloads

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão Data de Nascimento Tipo de Guia

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.

Verifique as informações do beneficiário

Nome ANA [REDACTED] Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular 3199-5138873

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE OPME

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia ANEXO DE OPME Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Referenciada(*) Especialidade Executante(*) Data de Atendimento(*) 12/02/2020

Dados do Profissional Solicitante
9- Nome Profissional Solicitante (*) 10- Telefone(*) 11- E-mail

Dados da Cirurgia
12- Justificativa Técnica(*)

Outros
24- Especificação do Material

Dados Complementares
25- Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

COMPLEMENTO DA GUIA DE OPME

OPME Prestador(*)	14 - Cd Material Solic(*)	16-Opção	17 - Qtde Solic Mat(*)	18-Valor Unitário Solicitado	21-Registro ANVISA do Material(*)	22-Referência do Material no Fabricante(*)	23-Nº Autorização Funcionamento
			1				

Adicionar Procurar Remover

Nenhum procedimento adicionado.

Voltar Confirmar

Informações do beneficiário

Nome: Nome do beneficiário

Plano: O plano do beneficiário (FUNDAFFEMG-SAÚDE)

Celular: Contato do beneficiário

Nome ANA
 Celular 3199-
 Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE OPME

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAUDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE,MG

Tipo de Guia ANEXO DE OPME Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Referenciada(*) 4522899 Especialidade Executante(*) Clínica Médica Data de Atendimento(*) 12/02/2020

Dados do Profissional Solicitante
 9- Nome Profissional Solicitante (*) JOA 10- Telefone(*) (31) 2103-5858 11- E-mail

Dados da Cirurgia
 12- Justificativa Técnica(*) MATERIAL A SER UTILIZADO DURANTE O PROCEDIMENTO

Outros
 24- Especificação do Material FORNECEDOR NEUBOHOME

Dados Complementares
 25- Observação/Justificativa PROCEDIMENTO A REALIZAR SE EM 20/02/2020

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

OPME Prestador(*)	14 - Cd Material Solic(*)	16-Opção	17 - Qtde Solic Mat(*)	18-Valor Unitário Solicitado	21-Registro ANVISA do Material(*)	22-Referência do Material no Fabricante(*)	23-Nº Autorização Funcionamento
			1				

Adicionar Procurar Remover

Informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE OPME.

Contratado executante: Indica o código do prestador junto à operadora e razão social.

Local de execução: Indica o endereço do prestador contratado.

Tipo de Guia: Indica o tipo de guia selecionado.

Guia Prestador: Indica o número de guia no prestador.

Guia Externa: Não se aplica.

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.

Nome	Plano						
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE						
Celular							
3199							
Preencha as informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE OPME							
Contratado Executante (*)	Local de Execução (*)						
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2883 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG						
Tipo de Guia	Nº Guia no Prestador	Guia Externa	Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	Data de Atendimento(*)		
ANEXO DE OPME			4522899	Clinica Médica	12/02/2020		
Dados do Profissional Solicitante							
9- Nome Profissional Solicitante (*)	10- Telefone(*)	11- E-mail					
JOA	(31) 2103-5858						
Dados da Cirurgia							
12- Justificativa Técnica(*)							
MATERIAL A SER UTILIZADO DURANTE O PROCEDIMENTO							
Outros							
24- Especificação do Material							
FORNECEDOR NEUROHOME							
Dados Complementares							
25- Observação/Justificativa							
PROCEDIMENTO A REALIZAR SE EM 20/02/2020							
Dados Adicionais da Guia							
<input type="checkbox"/> Anexar Arquivo <input type="checkbox"/> Complemento em Texto							
Adicione os procedimentos desejados a guia							
Procedimentos Favoritos ★							
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!							
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!							
OPME Prestador(*)	14 - Cd Material Solic(*)	16-Opção	17 - Qtde Solic Mat(*)	18-Valor Unitário Solicitado	21-Registro ANVISA do Material(*)	22-Referência do Material no Fabricante(*)	23-Nº Autorização Funcionamento
			1				
<input type="button" value="Adicionar"/> <input type="button" value="Procurar"/> <input type="button" value="Remover"/>							

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.

Nome	Plano						
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE						
Celular							
3199							
Preencha as informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE OPME							
Contratado Executante (*)	Local de Execução (*)						
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMO DE ASSISTÊNCIA E SAUDE	2883 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG						
Tipo de Guia	Nº Guia no Prestador	Guia Externa	Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	Data de Atendimento(*)		
ANEXO DE OPME			4522899	Clinica Médica	12/02/2020		
Dados do Profissional Solicitante							
9- Nome Profissional Solicitante (*)	10- Telefone(*)	11- E-mail					
JOA	(31) 2103-5858						
Dados da Cirurgia							
12- Justificativa Técnica(*)							
MATERIAL A SER UTILIZADO DURANTE O PROCEDIMENTO							
Outros							
24- Especificação do Material							
FORNECEDOR NEUROHOME							
Dados Complementares							
25- Observação/Justificativa							
PROCEDIMENTO A REALIZAR SE EM 20/02/2020							
Dados Adicionais da Guia							
<input type="checkbox"/> Anexar Arquivo <input type="checkbox"/> Complemento em Texto							
Adicione os procedimentos desejados a guia							
Procedimentos Favoritos ★							
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!							
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!							
OPME Prestador(*)	14 - Cd Material Solic(*)	16-Opção	17 - Qtde Solic Mat(*)	18-Valor Unitário Solicitado	21-Registro ANVISA do Material(*)	22-Referência do Material no Fabricante(*)	23-Nº Autorização Funcionamento
			1				
<input type="button" value="Adicionar"/> <input type="button" value="Procurar"/> <input type="button" value="Remover"/>							

Justificativa técnica: Inserir relato do profissional embasando a solicitação.

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

Nome	Plano
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199-	

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE OPME

Contratado Executante (*)	Local de Execução (*)				
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE	2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG				
Tipo de Guia	Nº Guia no Prestador	Guia Externa	Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	Data de Atendimento(*)
ANEXO DE OPME			4522899	Clinica Médica	12/02/2020

Dados do Profissional Solicitante

9- Nome Profissional Solicitante (*)	10- Telefone(**)	11- E-mail
JOA	(31) 2103-5858	

Dados da Cirurgia

12- Justificativa Técnica(*)
MATERIAL A SER UTILIZADO DURANTE O PROCEDIMENTO

Outros

24- Especificação do Material
FORNECEDOR: NEUROHOME

Dados Complementares

25- Observação/Justificativa
PROCEDIMENTO A REALIZAR SE EM 20/02/2020

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

OPME Prestador(*)	14 - Cd Material Solic(*)	15-Opção	17 - Qtde Solic Mat(*)	18-Valor Unitário Solicitado	21-Registro ANVISA do Material(*)	22-Referência do Material no Fabricante(*)	23-Nº Autorização Funcionamento
			1				

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 a 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.

Nome		Plano	
ANVISA		2 - FUNDAFFEMG SAÚDE	
Código		3199	

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE OPME

Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)	
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG	
Tipo de Guia	Nº Guia no Prestador	Guia Externa	Número da Guia Referenciada(*)
ANEXO DE OPME			4522899
Especialidade Executante(*)		Data de Atendimento(*)	
Clínica Médica		12/02/2020	

Dados do Profissional Solicitante

9- Nome Profissional Solicitante (*)	10- Telefone(*)	11- E-mail
JOA	(31) 2103-5858	

Dados da Cirurgia

12- Justificativa Técnica(*)
MATERIAL A SER UTILIZADO DURANTE O PROCEDIMENTO

Outros

24- Especificação do Material
FORNECEDOR: NEUROHOME

Dados Complementares

25- Observação/Justificativa
PROCEDIMENTO A REALIZAR SE EM 20/02/2020

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

OPME Prestador(*)	14 - Cd Material Solic(*)	16-Opção	17 - Qtde Solic Mat(*)	18-Valor Unitário Solicitado	21-Registro ANVISA do Material(*)	22-Referência do Material no Fabricante(*)	23-Nº Autorização Funcionamento
			1				

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.

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE OPME

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia Nº Guia no Prestador Guia Externa Número da Guia Referenciada(*) 4522899 Especialidade Executante(*) Clínica Médica Data de Atendimento(*) 12/02/2020

ANEXO DE OPME

Dados do Profissional Solicitante

9- Nome Profissional Solicitante (*) JOA 10- Telefone(*) (31) 2103-5858 11- E-mail

Dados da Cirurgia

12- Justificativa Técnica(*) MATERIAL A SER UTILIZADO DURANTE O PROCEDIMENTO

Outros

24- Especificação do Material FORNECEDOR NEUROHOME

Dados Complementares

25- Observação/Justificativa PROCEDIMENTO A REALIZAR SE EM 20/02/2020

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★ Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

OPME Prestador(*)	14 - Cd Material Solic(*)	16-Opção	17 - Qtde Solic Mat(*)	18-Valor Unitário Solicitado	21-Registro ANVISA do Material(*)	22-Referência do Material no Fabricante(*)	23-Nº Autorização Funcionamento(*)
Sim	0000000066	1	1	100,00	123456987456	785026	123654789

Adicionar Procurar Remover

Nenhum procedimento adicionado.

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

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★ Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

OPME Prestador(*)	14 - Cd Material Solic(*)	16-Opção	17 - Qtde Solic Mat(*)	18-Valor Unitário Solicitado	21-Registro ANVISA do Material(*)	22-Referência do Material no Fabricante(*)	23-Nº Autorização Funcionamento
			1				

Adicionar Procurar Remover

14 - Código	Descrição do Procedimento	17 - Quantidade	Dados OPME												
<input type="checkbox"/> 0000000066	CATETER PERIFERICO PTFE-ANGIOCATH 16GA 1,88"	1	<table border="1"> <tr><td>OPME Prestador</td><td>Sim</td></tr> <tr><td>Opção</td><td>1</td></tr> <tr><td>Vi. Un. Solicitado</td><td>R\$ 100,00</td></tr> <tr><td>Registro ANVISA</td><td>123456987456</td></tr> <tr><td>Ref. Fabricante</td><td>785026</td></tr> <tr><td>Autori. Func.</td><td>123654789</td></tr> </table>	OPME Prestador	Sim	Opção	1	Vi. Un. Solicitado	R\$ 100,00	Registro ANVISA	123456987456	Ref. Fabricante	785026	Autori. Func.	123654789
OPME Prestador	Sim														
Opção	1														
Vi. Un. Solicitado	R\$ 100,00														
Registro ANVISA	123456987456														
Ref. Fabricante	785026														
Autori. Func.	123654789														

Voltar Confirmar

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

Clicar na opção procurar para habilitar a tela de pesquisa.

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

OPME Prestador(*) 14 - Cd Material Solic(*) 16-Opção 17 - Qtde Solic Mat(*) 18-Valor Unitário Solicitado 21-Registro ANVISA do Material(*) 22-Referência do Material no Fabricante(*) 23-Nº Autorização Funcionamento

Adicionar **Q Procurar** Remover

14 - Código	Descrição do Procedimento	17 - Quantidade	Dados OPME
<input checked="" type="checkbox"/> 0000000066	CATETER PERIFERICO PTFE-ANGIOCATH 16GA 1,88"	1	OPME Prestador: Sim Opção: 1 Vl. Un. Solicitado: R\$ 100,00 Registro ANVISA: 123456987456 Ref. Fabricante: 785026 Autori. Func.: 123654789
<input type="checkbox"/>	ANGIOCATH 18GA 1,88"	1	OPME Prestador: Sim Opção: 1 Vl. Un. Solicitado: R\$ 150,00 Registro ANVISA: 12365899564 Ref. Fabricante: 1236589 Autori. Func.: 35698264152

Pesquisa de Procedimento

Este é o formulário para pesquisa de procedimentos. Para pesquisar um procedimento digite nos parâmetros de pesquisa o código ou a descrição do procedimento (toda ou apenas uma parte) e clique no botão procurar!

Parâmetros para pesquisa

Código	Descrição do Procedimento	Opções
	AGULHA	<input type="button" value="Q Procurar"/> <input type="button" value="Listar Todos"/>

Faça uma pesquisa ou clique no botão 'Listar Todos' para exibir os procedimentos.

Inserir código ou descrição do procedimento e clicar em procurar.

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

OPME Prestador(*) 14 - Cd Material Solic(*) 16-Opção 17 - Qtde Solic Mat(*) 18-Valor Unitário Solicitado 21-Registro ANVISA do Material(*) 22-Referência do Material no Fabricante(*) 23-Nº Autorização Funcionamento

Adicionar **Q Procurar** Remover

14 - Código	Descrição do Procedimento	17 - Quantidade	Dados OPME
<input checked="" type="checkbox"/> 0000000066	CATETER PERIFERICO PTFE-ANGIOCATH 16GA 1,88"	1	OPME Prestador: Sim Opção: 1 Vl. Un. Solicitado: R\$ 100,00 Registro ANVISA: 123456987456 Ref. Fabricante: 785026 Autori. Func.: 123654789
<input type="checkbox"/>	ANGIOCATH 18GA 1,88"	1	OPME Prestador: Sim Opção: 1 Vl. Un. Solicitado: R\$ 150,00 Registro ANVISA: 12365899564 Ref. Fabricante: 1236589 Autori. Func.: 35698264152

Pesquisa de Procedimento

Este é o formulário para pesquisa de procedimentos. Para pesquisar um procedimento digite nos parâmetros de pesquisa o código ou a descrição do procedimento (toda ou apenas uma parte) e clique no botão procurar!

Parâmetros para pesquisa

Código	Descrição do Procedimento	Opções
	AGULHA	<input type="button" value="Q Procurar"/> <input type="button" value="Listar Todos"/>

Faça uma pesquisa ou clique no botão 'Listar Todos' para exibir os procedimentos.

Em seguida será exibida uma lista de materiais.

Selecione o solicitado com um click.

Pesquisa de Procedimento



Este é o formulário para pesquisa de procedimentos. Para pesquisar um procedimento digite nos parâmetros de pesquisa o código ou a descrição do procedimento (toda ou apenas uma parte) e clique no botão procurar!

Parâmetros para pesquisa

Código	Descrição do Procedimento	Opções
<input type="text"/>	<input type="text" value="AGULHA"/>	<input type="button" value="Q Procurar"/> <input type="button" value="≡ Listar Todos"/>

Lista de Procedimentos

Código	Descrição do Procedimento	Adicionar ao
0000002007	AGULHA VERESS 120MM	
0000005470	AGULHA SKINNY W/CHIBA TIP 22GA 20CM	
0000005472	AGULHA SKINNY W/CHIBA TIP 22GA 11CM	
0000005474	AGULHA TWO PART TROCAR 18GA 11CM	
0000005477	AGULHA TROCAR W/TWO STYLETS 18GA 25CM	
0000009931	AGULHA P/RAQUI PED.ATRAUCAN PAED G26X2"	
0000014811	PORTA AGULHA MAYO 18CM C/VIDEA	
0000014812	PORTA AGULHA DERF DELICADA C/VIDEA	
0000014813	PORTA AGULHA MAYO DELICADA C/VIDEA	
0000014814	PORTA AGULHA MAYO HEGAR C/VIDEA	

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Total : 3294 (página 1 de 330)

Pesquisa de Procedimento



Este é o formulário para pesquisa de procedimentos. Para pesquisar um procedimento digite nos parâmetros de pesquisa o código ou a descrição do procedimento (toda ou apenas uma parte) e clique no botão procurar!

Parâmetros para pesquisa

Código	Descrição do Procedimento	Opções
<input type="text"/>	<input type="text" value="AGULHA"/>	<input type="button" value="Q Procurar"/> <input type="button" value="≡ Listar Todos"/>

Lista de Procedimentos

Código	Descrição do Procedimento	Adicionar ao Favoritos
0000002007	AGULHA VERESS 120MM	☆
0000005470	AGULHA SKINNY W/CHIBA TIP 22GA 20CM	☆
0000005472	AGULHA SKINNY W/CHIBA TIP 22GA 11CM	☆
0000005474	AGULHA TWO PART TROCAR 18GA 11CM	☆
0000005477	AGULHA TROCAR W/TWO STYLETS 18GA 25CM	☆
0000009931	AGULHA P/RAQUI PED.ATRAUCAN PAED G26X2"	☆
0000014811	PORTA AGULHA MAYO 18CM C/VIDEA	☆
0000014812	PORTA AGULHA DERF DELICADA C/VIDEA	☆
0000014813	PORTA AGULHA MAYO DELICADA C/VIDEA	☆
0000014814	PORTA AGULHA MAYO HEGAR C/VIDEA	☆

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Total : 3294 (página 1 de 330)

Em seguida prosseguir com o preenchimento dos demais campos, conforme acima.

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

OPME Prestador(*) 14 - Cd Material Solic(*) 16-Opção 17 - Qtde Solic Mat(*) 18-Valor Unitário Solicitado 21-Registro ANVISA do Material(*) 22-Referência do Material no Fabricante(*) 23-Nº Autorização Funcionamento

Nenhum procedimento adicionado.

Remover: Permite excluir um procedimento da guia antes da conclusão da mesma.

Selecionar o procedimento a ser excluído e clicar em remover.

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

OPME Prestador(*) 14 - Cd Material Solic(*) 16-Opção 17 - Qtde Solic Mat(*) 18-Valor Unitário Solicitado 21-Registro ANVISA do Material(*) 22-Referência do Material no Fabricante(*) 23-Nº Autorização Funcionamento

Adicionar Q Procurar Remove

14 - Código	Descrição do Procedimento	17 - Quantidade	Dados OPME	
<input checked="" type="checkbox"/> 0000009931	AGULHA P/RAQUI PED.ATRAUCAN PAED G26X2"	1	OPME Prestador	Sim
			Opção	1
			Vi. Un. Solicitado	R\$ 100,00
			Registro ANVISA	123456987456
			Ref. Fabricante	785026
			Autori. Func.	35698264152
<input type="checkbox"/> 0000000066	CATETER PERIFERICO PTFE-ANGIOCATH 16GA 1,88"	1	OPME Prestador	Sim
			Opção	1
			Vi. Un. Solicitado	R\$ 150,00
			Registro ANVISA	1236589564
			Ref. Fabricante	1236589
			Autori. Func.	35698264152

Voltar Confirmar

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 ANEXO DE OPME, clicar em confirmar. Se não, clicar em cancelar.

Dados da Cirurgia

12- Justificativa Técnica(*)
 MATERIAL A SER UTILIZADO DURANTE O PROCEDIME

Outros

24- Especificação do Material
 FORNECEDOR NEUROHOME

Dados Complementares

25- Observação/Justificativa
 PROCEDIMENTO A REALIZAR SE EM 20/02/2020

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Confirma a Emissão da Guia?

Procedimentos incluídos:

0000000066 CATETER PERIFERICO PTFE-ANGIOCATH 16GA 1,88"

0000000067 CATETER PERIFERICO PTFE-ANGIOCATH 18GA 1,88"

E mais outros 4 procedimentos.

Cancelar Confirmar

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

OPME Prestador(*) 14 - Cd Material Solic(*) 16-Opção 17 - Qtde Solic Mat(*) 18-Valor Unitário Solicitado 21-Registro ANVISA do Material(*) 22-Referência do Material no Fabricante(*) 23-Nº Autorização Funcionamento

Adicionar Q Procurar Remove

14 - Código	Descrição do Procedimento	17 - Quantidade	Dados OPME	
<input checked="" type="checkbox"/> 0000000066	CATETER PERIFERICO PTFE-ANGIOCATH 16GA 1,88"	1	OPME Prestador	Sim
			Opção	1
			Vi. Un. Solicitado	R\$ 100,00
			Registro ANVISA	123456987456
			Ref. Fabricante	785026
			Autori. Func.	123654789
<input type="checkbox"/> 0000000067	CATETER PERIFERICO PTFE-ANGIOCATH 18GA 1,88"	1	OPME Prestador	Sim
			Opção	1
			Vi. Un. Solicitado	R\$ 150,00
			Registro ANVISA	1236589564
			Ref. Fabricante	1236589
			Autori. Func.	35698264152

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 S-9000-742



Motivo:


PROCEDIMENTO => 0000000066 - CATETER PERIFERICO PTFE-ANGIOC
MENSAGEM=> AUTORIZACAO DO PROCEDIMENTO CONDICIONADO A AUDITORIA MEDICA. FAVOR AGUARDAR ANALISE DA AUDITORIA

PROCEDIMENTO => 0000000067 - CATETER PERIFERICO PTFE-ANGIOC
MENSAGEM=> AUTORIZACAO DO PROCEDIMENTO CONDICIONADO A AUDITORIA MEDICA. FAVOR AGUARDAR ANALISE DA AUDITORIA

[< Voltar](#)

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 **ANEXO DE QUIMIOTERAPIA**.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. At the top, there is a navigation bar with the logo and user information: 'Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCI...', 'Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO'. Below this is a menu with icons for 'Login', 'Nova Autorização', 'Histórico de Autorizações', 'Produtividade Prestador', 'Extrato de Pagamento', 'Faturamento', 'Comunicação Internação', and 'Downloads'. The 'Nova Autorização' menu is open, showing a list of options: 'CONSULTA', 'SP/SADT', 'INTERNACAO', 'HONORARIO INDIVIDUAL', 'ODONTOLOGICO', 'ANEXO DE RADIOTERAPIA', 'ANEXO DE QUIMIOTERAPIA', and 'ANEXO DE OPME'. The 'ANEXO DE QUIMIOTERAPIA' option is highlighted with a red box. Below the menu, the 'Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)' section is visible, with a search bar and a dropdown menu for 'Tipo de Guia' set to 'ANEXO DE QUIMI'.

Inserir matrícula e data de nascimento do beneficiário e clicar em próximo.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface with the 'Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)' form. The form includes a search bar for 'Pesquisar Beneficiários' and a button for 'Elegibilidade Beneficiário'. Below this, there are three input fields: 'Matrícula/Nº Cartão' (with a dropdown arrow), 'Data de Nascimento' (with a date picker showing 20/12/1989), and 'Tipo de Guia' (with a dropdown arrow set to 'ANEXO DE QUIMI'). A 'Próximo' button is located at the bottom right of the form.

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface with the 'Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)' form. The 'Pesquisar Beneficiários' button is highlighted with a red box. The form includes a search bar for 'Pesquisar Beneficiários' and a button for 'Elegibilidade Beneficiário'. Below this, there are three input fields: 'Matrícula/Nº Cartão' (with a dropdown arrow), 'Data de Nascimento' (with a date picker showing 20/12/1989), and 'Tipo de Guia' (with a dropdown arrow set to 'ANEXO DE QUIMI'). A 'Próximo' button is located at the bottom right of the form.

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

Pesquisa de Beneficiário

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Parâmetros para Pesquisa

Matrícula/Nº Cartão:

Nome do Beneficiário:

CPF:

Beneficiários - (Clique no nome do beneficiário para selecionar)

Inserir data de nascimento e clicar em próximo.

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCI Local Atendimento: 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Downloads

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão: ANA

Data de Nascimento: 20 12 1989

Tipo de Guia: ANEXO DE QUIMI

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

8 - Nome		Plano	
ANA		2 - FUNDAFFEMG SAÚDE	
Celular			
3199			

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia

Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)	
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG	

Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	4 - Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	49 - Data de Atendimento(*)
ANEXO DE QUIMIOTERAPIA					12/02/2020

Dados do Beneficiário		
9- Peso (Kg)(*)	10- Altura (cm)(*)	11- Superfície Corporal (m2)(*)

Dados do Profissional Solicitante			
Cd. na Operadora	14- Nome Profissional Solicitante(*)	15- Telefone(*)	16- E-mail

Diagnóstico Oncológico						
17- Data do Diagnóstico	18-CID10Principal(Opcional)	19-CID10(2)(Opcional)	20-CID10(3)(Opcional)	21-CID10(4)(Opcional)	29- Plano Terapêutico(*)	
22-Estadiamento(*)	23-Tipo de Químico(*)	24-Finalidade(*)	25-ECOG(*)	26-Tumor(*)	27-Nódulo(*)	28-Metástase(*)
30- Diagnóstico Cito/Histopatológico			31- Informações relevantes			

Tratamentos Anteriores			
40- Cirurgia	41- Data da Realização	42- Área Irradiada	43- Data da Aplicação

Dados Complementares
44- Observação/Justificativa

45- Número de Ciclos Previstos(*)	46- Ciclo Atual(*)	47- Número de Dias do Ciclo Atual(*)	48- Intervalo entre Ciclos (em dias)(*)

Dados Adicionais da Guia	
Anexar Arquivo	Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★	
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!	

COMPLEMENTO DA GUIA DE ANEXO DE QUIMIOTERAPIA

34 - Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	32- Data Prevista para Início da Administração(*)	36- Dosagem Total no Ciclo(*)	37- Unidade de Medida(*)	38- Via Adm(*)	39- Frequência(*)
	1					

Adicionar Procurar Remover

Nenhum procedimento adicionado.

Voltar Confirmar

Informações do beneficiário

Nome: Indica o nome do beneficiário.

Plano: Indica o plano do beneficiário (FUNDAFFEMG).

Celular: Indica o contato do beneficiário.

> Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome		Plano	
ANIA		2 - FUNDAFFEMG SAÚDE	
Celular			
3199			

> Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia

Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)	
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG	

Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	4 - Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	49 - Data de Atendimento(*)
ANEXO DE QUIMIOTERAPIA					12/02/2020

Dados do Beneficiário

9- Peso (Kg)(*) 10- Altura (cm)(*) 11- Superfície Corporal (m2)(*)

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora 14- Nome Profissional Solicitante(*) 15- Telefone(*) 16- E-mail

Diagnóstico Oncológico

17- Data do Diagnóstico 18-CID10Principal(Opcional) 19-CID10(2)(Opcional) 20-CID10(3)(Opcional) 21-CID10(4)(Opcional) 29- Plano Terapêutico(*)

22-Estadiamento(*) 23-Tipo de Químio.(*) 24-Finalidade(*) 25-ECOG(*) 26-Tumor(*) 27-Nódulo(*) 28-Metástase(*)

30- Diagnóstico Cito/Histopatológico 31- Informações relevantes

Informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE QUIMIOTERAPIA.

Contratado executante: Indica o código e razão social do prestador junto à operadora.

Local de execução: Indica o endereço do prestador.

> Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome		Plano	
ANIA		2 - FUNDAFFEMG SAÚDE	
Celular			
3199			

> Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia

Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)	
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG	

Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	4 - Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	49 - Data de Atendimento(*)
ANEXO DE QUIMIOTERAPIA					12/02/2020

Dados do Beneficiário

9- Peso (Kg)(*) 10- Altura (cm)(*) 11- Superfície Corporal (m2)(*)

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora 14- Nome Profissional Solicitante(*) 15- Telefone(*) 16- E-mail

Diagnóstico Oncológico

17- Data do Diagnóstico 18-CID10Principal(Opcional) 19-CID10(2)(Opcional) 20-CID10(3)(Opcional) 21-CID10(4)(Opcional) 29- Plano Terapêutico(*)

22-Estadiamento(*) 23-Tipo de Químio.(*) 24-Finalidade(*) 25-ECOG(*) 26-Tumor(*) 27-Nódulo(*) 28-Metástase(*)

30- Diagnóstico Cito/Histopatológico 31- Informações relevantes

Tipo de Guia: Informa o tipo de guia selecionada.

Guia Prestador: Número identificador da guia do prestador.

Guia Externa: Não se aplica.

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. Obs: campo preenchido automaticamente pelo sistema.

> Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome	Plano
ANIA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular	
3199	

> Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia

Contratado Executante (*)	Local de Execução (*)
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	4 - Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	49 - Data de Atendimento(*)
ANEXO DE QUIMIOTERAPIA					12/02/2020

Dados do Beneficiário

9- Peso (Kg)(*)	10- Altura (cm)(*)	11- Superfície Corporal (m2)(*)

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora	14- Nome Profissional Solicitante(*)	15- Telefone(*)	16- E-mail

Diagnóstico Oncológico

17- Data do Diagnóstico	18-CID10Principal(Opcional)	19-CID10(2)(Opcional)	20-CID10(3)(Opcional)	21-CID10(4)(Opcional)	29- Plano Terapêutico(*)	
22-Estadiamento(*)	23-Tipo de Químio.(*)	24-Finalidade(*)	25-ECOG(*)	26-Tumor(*)	27-Nódulo(*)	28-Metástase(*)

30- Diagnóstico Cito/Histopatológico

31- Informações relevantes

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.

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia

Contratado Executante (*)	Local de Execução (*)
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	4 - Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	49 - Data de Atendimento(*)
ANEXO DE QUIMIOTERAPIA			4522899	Clínica Médica	12/02/2020

Dados do Beneficiário

9- Peso (Kg)(*)	10- Altura (cm)(*)	11- Superfície Corporal (m2)(*)
100,00	1,80	70,00

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora	14- Nome Profissional Solicitante(*)	15- Telefone(*)	16- E-mail
	JOA	(31) 2103-5858	

Diagnóstico Oncológico

17- Data do Diagnóstico	18-CID10Principal(Opcional)	19-CID10(2)(Opcional)	20-CID10(3)(Opcional)	21-CID10(4)(Opcional)	29- Plano Terapêutico(*)	
01/01/2000	C50				CARBOPLATINA	
22-Estadiamento(*)	23-Tipo de Químio.(*)	24-Finalidade(*)	25-ECOG(*)	26-Tumor(*)	27-Nódulo(*)	28-Metástase(*)
NÃO SE APLI	OUTRAS LIN	CURATIVA	TOTALMENT	NAO SE APLI	NAO SE APLI	NAO SE APLI

30- Diagnóstico Cito/Histopatológico

CA MAMA

31- Informações relevantes

TRATAMENTOS ANTERIORES COM ZOLADEX

Tratamentos Anteriores

40- Cirurgia	41- Data da Realização	42- Área Irradiada	43- Data da Aplicação
MAMAS	01/10/2005	NÃO SE APLICA	

Dados Complementares

44- Observação/Justificativa

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 20/02/2020

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.

8 - Nome ANA		Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE	
Celular 3199			
Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia			
Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG	
Tipo de Guia ANEXO DE QUIMIOTERAPIA		2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa
4 - Número da Guia Referenciada(*) 4522899		Especialidade Executante(*) Clínica Médica	49 - Data de Atendimento(*) 12/02/2020
Dados do Beneficiário			
9- Peso (Kg)(*) 100,00	10- Altura (cm)(*) 1,80	11- Superfície Corporal (m2)(*) 70,00	
Dados do Profissional Solicitante			
Cd. na Operadora JOA	14- Nome Profissional Solicitante(*)	15- Telefone(*) (31) 2103-5858	16- E-mail
Diagnóstico Oncológico			
17- Data do Diagnóstico 01/01/2000	18-CID10Principal(Opcional) C50	19-CID10(2)(Opcional)	20-CID10(3)(Opcional)
21-CID10(4)(Opcional)	29- Plano Terapêutico(*) CARBOPLATINA		
22-Estadiamento(*) NÃO SE APLI	23-Tipo de Químio.(*) OUTRAS LIN	24-Finalidade(*) CURATIVA	25-ECOG(*) TOTALMENT
26-Tumor(*) NAO SE APLI	27-Nódulo(*) NAO SE APLI	28-Metástase(*) NAO SE APLI	
30- Diagnóstico Cito/Histopatológico CA MAMA		31- Informações relevantes TRATAMENTOS ANTERIORES COM ZOLADEX	
Tratamentos Anteriores			
40- Cirurgia MAMAS	41- Data da Realização 01/10/2005	42- Área Irradiada NÃO SE APLICA	43- Data da Aplicação
Dados Complementares			
44- Observação/Justificativa PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 20/02/2020			

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.

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

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

1. 1ª Linha
2. 2ª Linha
3. 3ª Linha
4. Outras linhas

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. Obs: 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. Obs: ordem numérica conforme código do termo.

1. T1
2. T2
3. T3
4. T4
5. T0
6. Tis
7. Tx
8. Não se aplica
9. Sem informação

Nódulo: Inserir código da classificação do nódulo. Obs: ordem numérica conforme código do termo.

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

Metástase: Inserir código da classificação da metástase. Obs: ordem numérica conforme código do termo.

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

8 - Nome ANA		Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE				
Celular 3199						
Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia						
Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/IMG				
Tipo de Guia ANEXO DE QUIMIOTERAPIA		2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa	4 - Número da Guia Referenciada(*) 4522899	Especialidade Executante(*) Clínica Médica	49 - Data de Atendimento(*) 12/02/2020	
Dados do Beneficiário						
9- Peso (Kg)(*) 100,00	10- Altura (cm)(*) 1,80	11- Superfície Corporal (m2)(*) 70,00				
Dados do Profissional Solicitante						
Cd. na Operadora	14- Nome Profissional Solicitante(*) JOA	15- Telefone(*) (31) 2103-5858	16- E-mail			
Diagnóstico Oncológico						
17- Data do Diagnóstico 01/01/2000	18-CID10Principal(Opcional) C50	19-CID10(2)(Opcional)	20-CID10(3)(Opcional)	21-CID10(4)(Opcional)	29- Plano Terapêutico(*) CARBOPLATINA	
22-Estadiamento(*) NÃO SE APLI	23-Tipo de Químico.(*) OUTRAS LIN	24-Finalidade(*) CURATIVA	25-ECOG(*) TOTALMENT	26-Tumor(*) NAO SE APLI	27-Nódulo(*) NAO SE APLI	28-Metástase(*) NAO SE APLI
30- Diagnóstico Cito/Histopatológico CA MAMA			31- Informações relevantes TRATAMENTOS ANTERIORES COM ZOLADEX			
40- Cirurgia MAMAS		41- Data da Realização 01/10/2005	42- Área Irradiada NÃO SE APLICA	43- Data da Aplicação		
Dados Complementares 44- Observação/Justificativa PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 28/02/2020						

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

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

8 - Nome		Plano	
ANA		2 - FUNDAFFEMG SAÚDE	
Celular			
3199- [REDACTED]			
Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia			
Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)	
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG	
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	4 - Número da Guia Referenciada(*)
ANEXO DE QUIMIOTERAPIA			4522899
Especialidade Executante(*)			49 - Data de Atendimento(*)
Clínica Médica			12/02/2020
Dados do Beneficiário			
9- Peso (Kg)(*)	10- Altura (cm)(*)	11- Superfície Corporal (m2)(*)	
100,00	1,80	70,00	
Dados do Profissional Solicitante			
Cd. na Operadora	14- Nome Profissional Solicitante(*)	15- Telefone(*)	16- E-mail
	JOA [REDACTED]	(31) 2103-5858	[REDACTED]
Diagnóstico Oncológico			
17- Data do Diagnóstico	18-CID10Principal(Opcional)	19-CID10(2)(Opcional)	20-CID10(3)(Opcional)
01/01/2000	C50		
21-CID10(4)(Opcional)			29- Plano Terapêutico(*)
			CARBOPLATINA
22-Estadiamento(*)	23-Tipo de Químio.(*)	24-Finalidade(*)	25-ECOG(*)
NÃO SE APLI	OUTRAS LIN	CURATIVA	TOTALMENT
26-Tumor(*)	27-Nódulo(*)	28-Metástase(*)	
NAO SE APLI	NAO SE APLI	NAO SE APLI	
30- Diagnóstico Cito/Histopatológico		31- Informações relevantes	
CA MAMA		TRATAMENTOS ANTERIORES COM ZOLADEX	
Tratamentos Anteriores			
40- Cirurgia	41- Data da Realização	42- Área Irradiada	43- Data da Aplicação
MAMAS	01/10/2005	NÃO SE APLICA	
Dados Complementares			
44- Observação/Justificativa			
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 20/02/2020			

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.

8 - Nome		Plano	
ANA		2 - FUNDAFFEMG SAÚDE	
Celular			
3199			
Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia			
Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)	
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG	
Tipo de Guia		4 - Número da Guia Referenciada(*)	
2 - Nº Guia no Prestador		4522899	
Guia Externa		Especialidade Executante(*)	
		Clínica Médica	
ANEXO DE QUIMIOTERAPIA		49 - Data de Atendimento(*)	
		12/02/2020	
Dados do Beneficiário			
9- Peso (Kg)(*)		10- Altura (cm)(*)	
100,00		1,80	
11- Superfície Corporal (m2)(*)			
70,00			
Dados do Profissional Solicitante			
Cd. na Operadora		14- Nome Profissional Solicitante(*)	
		JOA	
		15- Telefone(*)	
		(31) 2103-5858	
		16- E-mail	
Diagnóstico Oncológico			
17- Data do Diagnóstico		18-CID10Principal(Opcional)	
01/01/2000		C50	
19-CID10(2)(Opcional)		20-CID10(3)(Opcional)	
21-CID10(4)(Opcional)		29- Plano Terapêutico(*)	
		CARBOPLATINA	
22-Estadiamento(*)		23-Tipo de Químio.(*)	
NÃO SE APLI		OUTRAS LIH	
24-Finalidade(*)		25-ECOG(*)	
CURATIVA		TOTALMENT	
26-Tumor(*)		27-Nódulo(*)	
NAO SE APLI		NAO SE APLI	
28-Metástase(*)		NAO SE APLI	
30- Diagnóstico Cito/Histopatológico		31- Informações relevantes	
CA MAMA		TRATAMENTOS ANTERIORES COM ZOLADEX	
Tratamentos Anteriores			
40- Cirurgia		41- Data da Realização	
MAMAS		01/10/2005	
42- Área Irradiada		43- Data da Aplicação	
NÃO SE APLICA			
Dados Complementares			
44- Observação/Justificativa			
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 20/02/2020			

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

8 - Nome		Plano	
ANA		2 - FUNDAFFEMG SAÚDE	
Celular			
3199-5138873			
Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia			
Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)	
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG	
Tipo de Guia		4 - Número da Guia Referenciada(*)	
2 - Nº Guia no Prestador		4522899	
Guia Externa		Especialidade Executante(*)	
		Clínica Médica	
ANEXO DE QUIMIOTERAPIA		49 - Data de Atendimento(*)	
		12/02/2020	
Dados do Beneficiário			
9- Peso (Kg)(*)		10- Altura (cm)(*)	
100,00		1,80	
11- Superfície Corporal (m2)(*)			
70,00			
Dados do Profissional Solicitante			
Cd. na Operadora		14- Nome Profissional Solicitante(*)	
		JOA	
		15- Telefone(*)	
		(31) 2103-5858	
		16- E-mail	
Diagnóstico Oncológico			
17- Data do Diagnóstico		18-CID10Principal(Opcional)	
01/01/2000		C50	
19-CID10(2)(Opcional)		20-CID10(3)(Opcional)	
21-CID10(4)(Opcional)		29- Plano Terapêutico(*)	
		CARBOPLATINA	
22-Estadiamento(*)		23-Tipo de Químio.(*)	
NÃO SE APLI		OUTRAS LIH	
24-Finalidade(*)		25-ECOG(*)	
CURATIVA		TOTALMENT	
26-Tumor(*)		27-Nódulo(*)	
NAO SE APLI		NAO SE APLI	
28-Metástase(*)		NAO SE APLI	
30- Diagnóstico Cito/Histopatológico		31- Informações relevantes	
CA MAMA		TRATAMENTOS ANTERIORES COM ZOLADEX	
Tratamentos Anteriores			
40- Cirurgia		41- Data da Realização	
MAMAS		01/10/2005	
42- Área Irradiada		43- Data da Aplicação	
NÃO SE APLICA			
Dados Complementares			
44- Observação/Justificativa			
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 20/02/2020			

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.

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMO DE ASSISTENCIA E SAUDE		Local de Execução (*) 2883 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG				
Tipo de Guia ANEXO DE QUIMIOTERAPIA		2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa	4 - Número da Guia Referenciada(*) 4522899	Especialidade Executante(*) Clínica Médica	49 - Data de Atendimento(*) 12/02/2020	
Dados do Beneficiário						
9- Peso (Kg/(*)) 100,00	10- Altura (cm/(*)) 1,80	11- Superfície Corporal (m2/(*)) 70,00				
Dados do Profissional Solicitante						
Cd. na Operadora	14- Nome Profissional Solicitante(*) JOA	15- Telefone(*) (31) 2103-5858	16- E-mail			
Diagnóstico Oncológico						
17- Data do Diagnóstico 01/01/2000	18-CID10Principal(Opcional) C50	19-CID10(2)(Opcional)	20-CID10(3)(Opcional)	21-CID10(4)(Opcional)	29- Plano Terapêutico(*) CARBOPLATINA	
22-Estadiamento(*) NÃO SE APLI	23-Tipo de Químio.(*) OUTRAS LII	24-Finalidade(*) CURATIVA	25-ECOG(*) TOTALMENT	26-Tumor(*) NAO SE APLI	27-Nódulo(*) NAO SE APLI	28-Metástase(*) NAO SE APLI
30- Diagnóstico Cito/Histopatológico CA MAMA			31- Informações relevantes TRATAMENTOS ANTERIORES COM ZOLADEX			
Tratamentos Anteriores						
40- Cirurgia MAMAS	41- Data da Realização 01/10/2005	42- Área Irradiada NÃO SE APLICA		43- Data da Aplicação		
Dados Complementares						
44- Observação/Justificativa PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 20/02/2020						
45- Número de Ciclos Previstos(*) 10	46- Ciclo Atual(*) 1	47- Número de Dias do Ciclo Atual(*) 1	48- Intervalo entre Ciclos (em dias/(*)) 30			
Dados Adicionais da Guia						
Anexar Arquivo Complemento em Texto						

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

Complemento de texto: Permite inserir textos complementares.

Procedimentos Favoritos: Permite inserir procedimentos solicitados com mais frequência.

Diagnóstico Oncológico

17- Data do Diagnóstico 18-CID10Principal(Opcional) 19-CID10(2)(Opcional) 20-CID10(3)(Opcional) 21-CID10(4)(Opcional) 29- Plano Terapêutico(*)
 01/01/2000 C50 CARBOPLATINA

22-Estadiamento(*) 23-Tipo de Químio.(*) 24-Finalidade(*) 25-ECOG(*) 26-Tumor(*) 27-Nódulo(*) 28-Metástase(*)
 NÃO SE APLI OUTRAS LIM CURATIVA TOTALMENT NAO SE APLI NAO SE APLI NAO SE APLI

30- Diagnóstico Cito/Histopatológico 31- Informações relevantes
 CA MAMA TRATAMENTOS ANTERIORES COM ZOLADEX

Tratamentos Anteriores

40- Cirurgia 41- Data da Realização 42- Área Irradiada 43- Data da Aplicação
 MAMAS 01/10/2005 NÃO SE APLICA

Dados Complementares

44- Observação/Justificativa
 PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 20/02/2020

45- Número de Ciclos Previstos(*) 46- Ciclo Atual(*) 47- Número de Dias do Ciclo Atual(*) 48- Intervalo entre Ciclos (em dias)(*)
 10 1 1 30

Dados Adicionais da Guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

34 - Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	32- Data Prevista para Início da Administração(*)	36- Dosagem Total no Ciclo(*)	37- Unidade de Medida(*)	38- Via Adm(*)	39- Frequência(*)
000003503	1	20/02/2020	10.00	ML	INTRAIVEN	1

nenhum procedimento adicionado.

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.

Diagnóstico Oncológico

17- Data do Diagnóstico 18-CID10Principal(Opcional) 19-CID10(2)(Opcional) 20-CID10(3)(Opcional) 21-CID10(4)(Opcional) 29- Plano Terapêutico(*)
 01/01/2000 C50 CARBOPLATINA

22-Estadiamento(*) 23-Tipo de Químio.(*) 24-Finalidade(*) 25-ECOG(*) 26-Tumor(*) 27-Nódulo(*) 28-Metástase(*)
 NÃO SE API OUTRAS LI CURATIVA TOTALMENT NÃO SE API NÃO SE API NÃO SE API

30- Diagnóstico Cito/Histopatológico 31- Informações relevantes
 CA MAMA TRATAMENTOS ANTERIORES COM ZOLADEX

Tratamentos Anteriores

40- Cirurgia 41- Data da Realização 42- Área Irradiada 43- Data da Aplicação
 MAMAS 01/10/2005 NÃO SE APLICA

Dados Complementares

44- Observação/Justificativa
 PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 20/02/2020

45- Número de Ciclos Previstos(*) 46- Ciclo Atual(*) 47- Número de Dias do Ciclo Atual(*) 48- Intervalo entre Ciclos (em dias)(*)
 10 1 1 30

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo Complemento em Texto

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

34 - Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	32- Data Prevista para Início da Administração(*)	36- Dosagem Total no Ciclo(*)	37- Unidade de Medida(*)	38- Via Adm(*)	39- Frequência(*)
0000003503	1	20/02/2020	10.00	ML	INTRAVEN	1

Adicionar Procurar Remover

Nenhum procedimento adicionado.

Voltar Confirmar

Adicionar: Clicar em adicionar para inserir o medicamento na guia.

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

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

34 - Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	32- Data Prevista para Início da Administração(*)	36- Dosagem Total no Ciclo(*)	37- Unidade de Medida(*)	38- Via Adm(*)	39- Frequência(*)
	1					

Adicionar Procurar Remover

34 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade	Data Prevista para Início da Administração	Dosagem Total no Ciclo	Unidade de Medida	Via Adm	Frequência
0000003503	SOLUCAO CLORETO POTASSIO 19,1% 10ML	1	20/02/2020	10.00	ML	INTRAVENOSA	1

Voltar Confirmar

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

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

Diagnóstico Oncológico

17- Data do Diagnóstico 18-CID10Principal(Opcional) 19-CID10(2)(Opcional) 20-CID10(3)(Opcional) 21-CID10(4)(Opcional) 29- Plano Terapêutico(*)

01/01/2000 CS0 CARBOPLATINA

22-Estadiamento(*) 23-Tipo de Químio.(*) 24-Finalidade(*) 25-ECOG(*) 26-Tumor(*) 27-Nódulo(*) 28-Metástase(*)

NÃO SE APLI NÃO SE APLI CURATIVA TOTALMENT NÃO SE APLI NÃO SE APLI NÃO SE APLI

30- Diagnóstico Cito/Histopatológico 31- Informações relevantes

CA MAMA TRATAMENTOS ANTERIORES COM ZOLADEX

Tratamentos Anteriores

40- Cirurgia 41- Data da Realização 42- Área Irradiada 43- Data da Aplicação

MAMAS 01/10/2005 NÃO SE APLICA

Dados Complementares

44- Observação/Justificativa

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 20/02/2020

45- Número de Ciclos Previstos(*) 46- Ciclo Atual(*) 47- Número de Dias do Ciclo Atual(*) 48- Intervalo entre Ciclos (em dias)(*)

10 1 1 30

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Procedimentos Favoritos ★

Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

34 - Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	32- Data Prevista para Início da Administração(*)	36- Dosagem Total no Ciclo(*)	37- Unidade de Medida(*)	38- Via Adm(*)	39- Frequência(*)
0000003503	1	20/02/2020	10.00	ML	INTRAVEN	1

Adicionar Procurar Remover

Nenhum procedimento adicionado.

< Voltar **Confirmar**

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

Diagnóstico Oncológico

17- Data do Diagnóstico 18-CID10Principal(Opcional)
 01/01/2000 C50

22-Estadiamento(*) 23-Tipo de Químio.(*) 24-Finalidade
 NÃO SE APLICA OUTRAS LIN CURATIVO

30- Diagnóstico Cito/Histopatológico
 CA MAMA

Confirma a Emissão da Guia?

Procedimentos incluídos:

0000003503 SOLUCAO CLORETO POTASSIO 19,1% 10ML

Cancelar
Confirmar

Tratamentos Anteriores

40- Cirurgia 41- Data da Realização 42- Área Irradiada 43- Data da Aplicação
 MAMAS 01/10/2005 NÃO SE APLICA

Dados Complementares

44- Observação/Justificativa
 PROCEDIMENTO A SER REALIZADO EM 20/02/2020

45- Número de Ciclos Previstos(*) 46- Ciclo Atual(*) 47- Número de Dias do Ciclo Atual(*) 48- Intervalo entre Ciclos (em dias)(*)
 10 1 1 30

Dados Adicionais da Guia


Procedimentos Favoritos ★
 Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

◀ ▶

34 - Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	32- Data Prevista para Início da Administração(*)	36- Dosagem Total no Ciclo(*)	37- Unidade de Medida(*)	38- Via Adm(*)	39- Frequência(*)	
	1						
<input type="button" value="Adicionar"/> <input type="button" value="Procurar"/> <input type="button" value="Remover"/>							
34 - Código	Descrição do Procedimento	Quantidade	Data Prevista para Início da Administração	Dosagem Total no Ciclo	Unidade de Medida	Via Adm	Frequência
<input type="checkbox"/>	0000003503 SOLUCAO CLORETO POTASSIO 19,1% 10ML	1	20/02/2020	10.00	ML	INTRAVENOSA	1

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.

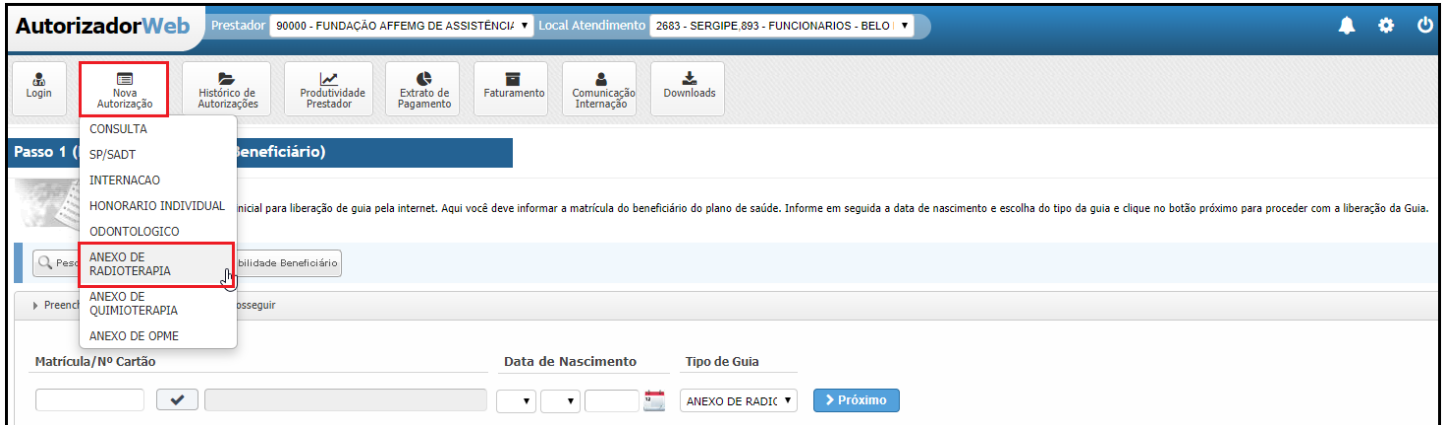
Situação da Guia S-90000-744



Motivo:
PROCEDIMENTO => 0000003503 - SOLUCAO CLORETO POTASSIO 19,1%
MENSAGEM=> AUTORIZACAO DO PROCEDIMENTO CONDICIONADO A AUDITORIA MEDICA. FAVOR AGUARDAR ANALISE DA AUDITORIA

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 **ANEXO DE RADIOTERAPIA**.



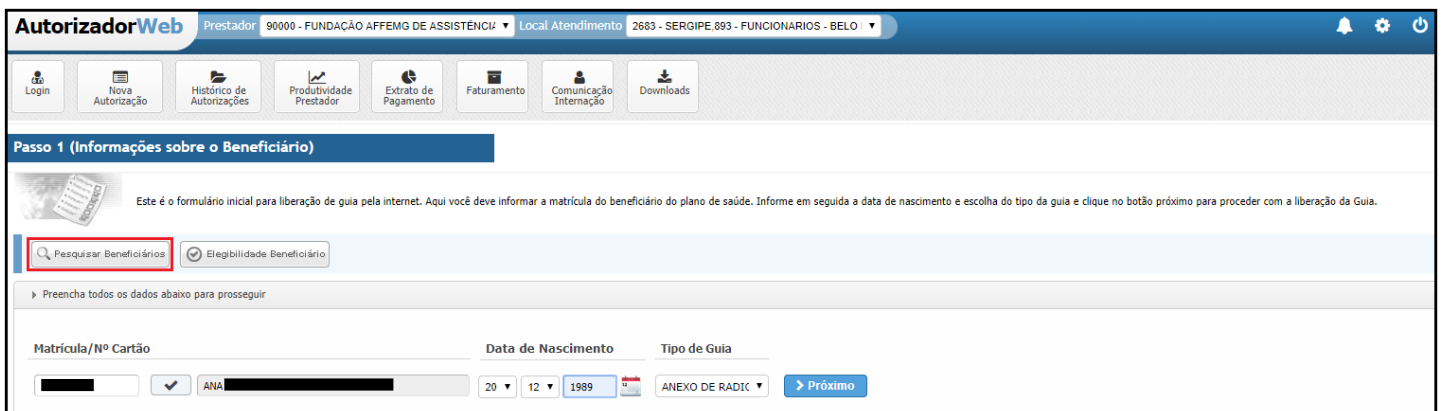
The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. At the top, there are navigation tabs for 'Prestador' (90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA) and 'Local Atendimento' (2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO). Below this is a menu bar with icons for 'Login', 'Nova Autorização', 'Histórico de Autorizações', 'Produtividade Prestador', 'Extrato de Pagamento', 'Faturamento', 'Comunicação Internação', and 'Downloads'. The 'Nova Autorização' menu is open, showing options: 'CONSULTA', 'SP/SADT', 'INTERNACAO', 'HONORARIO INDIVIDUAL', 'ODONTOLOGICO', 'ANEXO DE RADIOTERAPIA' (highlighted with a red box), 'ANEXO DE QUIMIOTERAPIA', and 'ANEXO DE OPME'. Below the menu, there are input fields for 'Matrícula/Nº Cartão', 'Data de Nascimento', and 'Tipo de Guia' (set to 'ANEXO DE RADIC'). A 'Próximo' button is visible at the bottom right.

Inserir matrícula e data de nascimento do beneficiário e clicar em próximo.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface at the 'Preencha todos os dados abaixo para prosseguir' step. The 'Pessoa Beneficiária' section is active. There are input fields for 'Matrícula/Nº Cartão' (with a dropdown for 'ANA'), 'Data de Nascimento' (with month and year dropdowns), and 'Tipo de Guia' (set to 'ANEXO DE RADIC'). A 'Próximo' button is visible at the bottom right.

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface at the 'Preencha todos os dados abaixo para prosseguir' step. The 'Pessoa Beneficiária' section is active. The 'Pesquisar Beneficiários' button is highlighted with a red box. There are input fields for 'Matrícula/Nº Cartão', 'Data de Nascimento', and 'Tipo de Guia' (set to 'ANEXO DE RADIC'). A 'Próximo' button is visible at the bottom right.

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

Pesquisa de Beneficiário

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Parâmetros para Pesquisa

Matrícula/Nº Cartão:

Nome do Beneficiário: ANA

CPF:

Beneficiários - (Clique no nome do beneficiário para selecionar)

Inserir data de nascimento e clicar em próximo.

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento: 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Downloads

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão: Data de Nascimento: 20 / 12 / 1989 Tipo de Guia: ANEXO DE RADIC

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.

8 - Nome: ANA Plano: 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Celular: 3199

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de radioterapia

Contratado Executante (*): 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAÚDE Local de Execução (*): 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia: 2 - Nº Guia no Prestador: ANEXO DE RADIOTERAPIA Guia Externa: 6 - Número da Guia Referenciada(*): Especialidade Executante(*): 35 - Data de Atendimento(*): 13/02/2020

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora: 11- Nome do Profissional Solicitante(*) 12- Telefone(*) 13- E-mail

Diagnóstico Oncológico

14- Data Diagnóstico 15- CID 10 Principal(Opcional) 16- CID 10 (2)(Opcional) 17- CID 10 (3)(Opcional) 18- CID 10 (4)(Opcional) 19- Diagnóstico Imagem 20- Estadamento(*) 21- ECOG(*) 22- Finalidade(*)

23- Diagnóstico Cito/Histopatológico 24- Informações relevantes

Tratamentos Anteriores

25- Cirurgia 26- Data Realização(Cirurgia) 27- Quimioterapia 28- Data Aplicação(Últ. Químio.)

Procedimentos Complementares

29- Número de Campos(*) 30- Dose por dia (em Gy/(*)) 31- Dose Total (em Gy/(*)) 32- Número de Dias(*) 33- Data Prevista Início da Administração(*)

Dados Complementares

34- Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Informações do beneficiário

Nome: Indica o nome do beneficiário.

Plano: Indica o plano do beneficiário (FUNDAFFEMG).

Celular: Indica o contato do beneficiário.

Verifique as informações do beneficiário

9 - Nome		Plano	
ANA		2 - FUNDAFFEMG SAÚDE	
Celular			
3199			

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de radioterapia

Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)									
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG									
Tipo de Guia		2 - Nº Guia no Prestador		Guia Externa		6 - Número da Guia Referenciada(*)		Especialidade Executante(*)		35 - Data de Atendimento(*)	
ANEXO DE RADIOTERAPIA						4522899		Clínica Médica		13/02/2020	

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora		11- Nome do Profissional Solicitante(*)		12- Telefone(*)		13- E-mail	
		JOAO		(31) 2103-5858			

Diagnóstico Oncológico

14- Data Diagnóstico		15- CID 10 Principal(Opcional)		16- CID 10 (2)(Opcional)		17- CID 10 (3)(Opcional)		18- CID 10 (4)(Opcional)		19- Diagnóstico Imagem		20- Estadiamento(*)		21- ECOG(*)		22- Finalidade(*)	
01/01/2003		C50								PET		IV		CAMINHA E E		CURATIVA	
23- Diagnóstico Cito/Histopatológico		24- Informações relevantes		25- Cirurgia		26- Data Realização(Cirurgia)		27- Quimioterapia		28- Data Aplicação(Últ. Químio.)							
CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR				NAO		01/10/2005		SIM		01/12/2019							

Procedimentos Complementares

29- Número de Campos(*)		30- Dose por dia (em Gy)(*)		31- Dose Total (em Gy)(*)		32- Número de Dias(*)		33- Data Prevista Início da Administração(*)	
10		10		10		10		10/03/2020	

Dados Complementares

34- Observação/Justificativa

EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo | Complemento em Texto

Informações mínimas para emissão da guia de ANEXO DE RADIOTERAPIA.

Contratado executante: Indica o código e a razão social do prestador junto a operadora.

Local de execução: Indica o endereço do prestador.

> Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome	Plano				
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE				
Celular					
3199-					

> Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de quimioterapia

Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)			
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE		2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG			
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	4 - Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	49 - Data de Atendimento(*)
ANEXO DE QUIMIOTERAPIA			4522899	Clinica Médica	12/02/2020

Dados do Beneficiário

9- Peso (Kg)(*) 10- Altura (cm)(*) 11- Superfície Corporal (m2)(*)

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora 14- Nome Profissional Solicitante(*) 15- Telefone(*) 16- E-mail

Diagnóstico Oncológico

17- Data do Diagnóstico 18-CID10Principal(Opcional) 19-CID10(2)(Opcional) 20-CID10(3)(Opcional) 21-CID10(4)(Opcional) 29- Plano Terapêutico(*)

22-Estadiamento(*) 23-Tipo de Químio.(*) 24-Finalidade(*) 25-ECOG(*) 26-Tumor(*) 27-Nódulo(*) 28-Metástase(*)

30- Diagnóstico Cito/Histopatológico 31- Informações relevantes

> Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome	Plano				
ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE				
Celular					
3199-					

> Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de radioterapia

Contratado Executante (*)		Local de Execução (*)			
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE		2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG			
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	6 - Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	35 - Data de Atendimento(*)
ANEXO DE RADIOTERAPIA			4522899	Clinica Médica	13/02/2020

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora 11- Nome do Profissional Solicitante(*) 12- Telefone(*) 13- E-mail

Diagnóstico Oncológico

14- Data Diagnóstico 15- CID 10 Principal(Opcional) 16- CID 10 (2)(Opcional) 17- CID 10 (3)(Opcional) 18- CID 10 (4)(Opcional) 19- Diagnóstico Imagem 20- Estadiamento(*) 21- ECOG(*) 22- Finalidade(*)

01/01/2003 C50 PET IV CAMINHA E E CURATIVA

23- Diagnóstico Cito/Histopatológico 24- Informações relevantes

CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR

Tratamentos Anteriores

25- Cirurgia
NAO

26- Data Realização(Cirurgia)
01/10/2005

27- Quimioterapia
SIM

28- Data Aplicação(Últ. Químio.)
01/12/2019

Procedimentos Complementares

29- Número de Campos(*) 30- Dose por dia (em Gy)(*) 31- Dose Total (em Gy)(*) 32- Número de Dias(*) 33- Data Prevista Início da Administração(*)

10 10 10 10 10/03/2020

Dados Complementares

34- Observação/Justificativa
EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Tipo de Guia: Indica o tipo de guia selecionado.

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

Guia Externa: Não se aplica.

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.

Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome ANA	Plano 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
Celular 3199-██████████	

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de radioterapia

Contratado Executante (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE	Local de Execução (*) 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG												
<table border="1"> <tr> <th>Tipo de Guia</th> <th>2 - Nº Guia no Prestador</th> <th>Guia Externa</th> <th>6 - Número da Guia Referenciada(*)</th> <th>Especialidade Executante(*)</th> <th>35 - Data de Atendimento(*)</th> </tr> <tr> <td>ANEXO DE RADIOTERAPIA</td> <td></td> <td></td> <td>4522899</td> <td>Clínica Médica</td> <td>13/02/2020</td> </tr> </table>		Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	6 - Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	35 - Data de Atendimento(*)	ANEXO DE RADIOTERAPIA			4522899	Clínica Médica	13/02/2020
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	Guia Externa	6 - Número da Guia Referenciada(*)	Especialidade Executante(*)	35 - Data de Atendimento(*)								
ANEXO DE RADIOTERAPIA			4522899	Clínica Médica	13/02/2020								
Dados do Profissional Solicitante													
Cd. na Operadora	11- Nome do Profissional Solicitante(*)	12- Telefone(*)	13- E-mail										
	JOAO ██████████	(31) 2103-5858											
Diagnóstico Oncológico													
14- Data Diagnóstico	15- CID 10 Principal(Opcional)	16- CID 10 (2)(Opcional)	17- CID 10 (3)(Opcional)	18- CID 10 (4)(Opcional)	19- Diagnóstico Imagem	20- Estadiamento(*)	21- ECOG(*)	22- Finalidade(*)					
01/01/2003	C50				PET	IV	CAMINHA E E	CURATIVA					
23- Diagnóstico Cito/Histopatológico		24- Informações relevantes				Tratamentos Anteriores							
CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR						25- Cirurgia NAO 26- Data Realização(Cirurgia) 01/10/2005 27- Quimioterapia SIM 28- Data Aplicação(Últ. Químio.) 01/12/2019							
Procedimentos Complementares													
29- Número de Campos(*)	30- Dose por dia (em Gy)(*)	31- Dose Total (em Gy)(*)	32- Número de Dias(*)	33- Data Prevista Início da Administração(*)									
10	10	10	10	10/03/2020									
Dados Complementares													
34- Observação/Justificativa EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO													
Dados Adicionais da Guia													
<input type="checkbox"/> Anexar Arquivo <input checked="" type="checkbox"/> Complemento em Texto													

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.

Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome: [REDACTED] Plano: 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE
 ATUA: [REDACTED]
 Celular: 3199-[REDACTED]

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de radioterapia

Contratado Executante (**): 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Execução (**): 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia: ANEXO DE RADIOTERAPIA 2 - Nº Guia no Prestador: [REDACTED] Guia Externa: [REDACTED] 6 - Número da Guia Referenciada(**): 4522899 Especialidade Executante(**): Clínica Médica 35 - Data de Atendimento(**): 13/02/2020

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora: [REDACTED] 11- Nome do Profissional Solicitante(**): JOAO [REDACTED] 12- Telefone(**): (31) 2103-5858 13- E-mail: [REDACTED]

Diagnóstico Oncológico

14- Data Diagnóstico: 01/01/2003 15- CID 10 Principal(Opcional): C50 16- CID 10 (2)(Opcional): [REDACTED] 17- CID 10 (3)(Opcional): [REDACTED] 18- CID 10 (4)(Opcional): [REDACTED] 19- Diagnóstico Imagem: PET 20- Estadiamento(**): IV 21- ECOG(**): CAMINHA E E 22- Finalidade(**): CURATIVA

23- Diagnóstico Cito/Histopatológico: CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR 24- Informações relevantes: [REDACTED]

Tratamentos Anteriores

25- Cirurgia: NAO
 26- Data Realização(Cirurgia): 01/10/2005
 27- Quimioterapia: SIM
 28- Data Aplicação(Ult. Químio.): 01/12/2019

Procedimentos Complementares

29- Número de Campos(**): 10 30- Dose por dia (em Gy)(**): 10 31- Dose Total (em Gy)(**): 10 32- Número de Dias(**): 10 33- Data Prevista Início da Administração(**): 10/03/2020

Dados Complementares

34- Observação/Justificativa: EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo | Complemento em Texto

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. Obs: ordem numérica conforme código do termo.

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. Obs: 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.

Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome: ANA
 3199: [REDACTED]

Plano: 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Celular: [REDACTED]

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de radioterapia

Contratado Executante (*): 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE
 Local de Execução (*): 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia: ANEXO DE RADIOTERAPIA
 2 - Nº Guia no Prestador: [REDACTED]
 Guia Externa: [REDACTED]
 6 - Número da Guia Referenciada(*): 4522899
 Especialidade Executante(*): Clínica Médica
 35 - Data de Atendimento(*): 13/02/2020

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora: [REDACTED]
 11- Nome do Profissional Solicitante(*): JOAO [REDACTED]
 12- Telefone(*): (31) 2103-5858
 13- E-mail: [REDACTED]

Diagnóstico Oncológico

14- Data Diagnóstico: 01/01/2003
 15- CID 10 Principal(Opcional): C50
 16- CID 10 (2)(Opcional): [REDACTED]
 17- CID 10 (3)(Opcional): [REDACTED]
 18- CID 10 (4)(Opcional): [REDACTED]
 19- Diagnóstico Imagem: PET
 20- Estadiamento(*): IV
 21- ECOG(*): CAMINHA E E
 22- Finalidade(*): CURATIVA

23- Diagnóstico Cito/Histopatológico: CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR

24- Informações relevantes: [REDACTED]

Tratamentos Anteriores

25- Cirurgia: NAO
 26- Data Realização(Cirurgia): 01/10/2005
 27- Quimioterapia: SIM
 28- Data Aplicação(Últ. Químio.): 01/12/2019

Procedimentos Complementares

29- Número de Campos(*): 10
 30- Dose por dia (em Gy)(*): 10
 31- Dose Total (em Gy)(*): 10
 32- Número de Dias(*): 10
 33- Data Prevista Início da Administração(*): 10/03/2020

Dados Complementares

34- Observação/Justificativa: EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo | Complemento em Texto

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.

Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome: AINA
 9 - Celular: 3199-
 Plano: 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de radioterapia

Contratado Executante (*): 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 Local de Execução (*): 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia: ANEXO DE RADIOTERAPIA
 2 - Nº Guia no Prestador:
 Guia Externa:
 6 - Número da Guia Referenciada(*): 4522899
 Especialidade Executante(*): Clínica Médica
 35 - Data de Atendimento(*): 13/02/2020

Dados do Profissional Solicitante
 Cd. na Operadora:
 11- Nome do Profissional Solicitante(*): JOAG
 12- Telefone(*): (31) 2103-5858
 13- E-mail:
 Q

Diagnóstico Oncológico
 14- Data Diagnóstico: 01/01/2003
 15- CID 10 Principal(Opcional): C50
 16- CID 10 (2)(Opcional):
 17- CID 10 (3)(Opcional):
 18- CID 10 (4)(Opcional):
 19- Diagnóstico Imagem: PET
 20- Estadiamento(*): IV
 21- ECOG(*):
 22- Finalidade(*): CAMINHA E E | CURATIVA

23- Diagnóstico Cito/Histopatológico: CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR
 24- Informações relevantes:
 25- Cirurgia: NAO
 26- Data Realização(Cirurgia): 01/10/2005
 27- Quimioterapia: SIM
 28- Data Aplicação(Últ. Químio.): 01/12/2019

Procedimentos Complementares
 29- Número de Campos(*): 10
 30- Dose por dia (em Gy)(*): 10
 31- Dose Total (em Gy)(*): 10
 32- Número de Dias(*): 10
 33- Data Prevista Início da Administração(*): 10/03/2020

Dados Complementares
 34- Observação/Justificativa: EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo | Complemento em Texto

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.

Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome: ANA
 Celular: 3199
 Plano: 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de radioterapia

Contratado Executante (*): 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 Local de Execução (*): 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia: ANEXO DE RADIOTERAPIA
 2 - Nº Guia no Prestador: []
 Guia Externa: []
 6 - Número da Guia Referenciada(*): 4522899
 Especialidade Executante(*): Clínica Médica
 35 - Data de Atendimento(*): 13/02/2020

Dados do Profissional Solicitante
 Cd. na Operadora: []
 11- Nome do Profissional Solicitante(*): JOAO
 12- Telefone(*): (31) 2103-5858
 13- E-mail: []

Diagnóstico Oncológico
 14- Data Diagnóstico: 01/01/2003
 15- CID 10 Principal(Opcional): C50
 16- CID 10 (2)(Opcional): []
 17- CID 10 (3)(Opcional): []
 18- CID 10 (4)(Opcional): []
 19- Diagnóstico Imagem: PET
 20- Estadiamento(*): IV
 21- ECOG(*): CAMINHA E E
 22- Finalidade(*): CURATIVA

23- Diagnóstico Cito/Histopatológico: CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR
 24- Informações relevantes: []
 Tratamentos Anteriores:
 25- Cirurgia: NAO
 26- Data Realização(Cirurgia): 01/10/2005
 27- Quimioterapia: SIM
 28- Data Aplicação(Últ. Químio.): 01/12/2019

Procedimentos Complementares
 29- Número de Campos(*): 10
 30- Dose por dia (em Gy)(*): 10
 31- Dose Total (em Gy)(*): 10
 32- Número de Dias(*): 10
 33- Data Prevista Início da Administração(*): 10/03/2020

Dados Complementares
 34- Observação/Justificativa: EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo | Complemento em Texto

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

Verifique as informações do beneficiário

8 - Nome: ANA
 Celular: 3199
 Plano: 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de anexo de radioterapia

Contratado Executante (*): 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 Local de Execução (*): 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia: ANEXO DE RADIOTERAPIA
 2 - Nº Guia no Prestador: []
 Guia Externa: []
 6 - Número da Guia Referenciada(*): 4522899
 Especialidade Executante(*): Clínica Médica
 35 - Data de Atendimento(*): 13/02/2020

Dados do Profissional Solicitante
 Cd. na Operadora: []
 11- Nome do Profissional Solicitante(*): JOAO
 12- Telefone(*): (31) 2103-5858
 13- E-mail: []

Diagnóstico Oncológico
 14- Data Diagnóstico: 01/01/2003
 15- CID 10 Principal(Opcional): C50
 16- CID 10 (2)(Opcional): []
 17- CID 10 (3)(Opcional): []
 18- CID 10 (4)(Opcional): []
 19- Diagnóstico Imagem: PET
 20- Estadiamento(*): IV
 21- ECOG(*): CAMINHA E E
 22- Finalidade(*): CURATIVA

23- Diagnóstico Cito/Histopatológico: CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR
 24- Informações relevantes: []
 Tratamentos Anteriores:
 25- Cirurgia: NAO
 26- Data Realização(Cirurgia): 01/10/2005
 27- Quimioterapia: SIM
 28- Data Aplicação(Últ. Químio.): 01/12/2019

Procedimentos Complementares
 29- Número de Campos(*): 10
 30- Dose por dia (em Gy)(*): 10
 31- Dose Total (em Gy)(*): 10
 32- Número de Dias(*): 10
 33- Data Prevista Início da Administração(*): 10/03/2020

Dados Complementares
 34- Observação/Justificativa: EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia
 Anexar Arquivo | Complemento em Texto

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.

Procedimentos Favoritos: Permite inserir procedimentos solicitados com maior frequência. Obs: Não se aplica. O Padrão TISS ANS não prevê inserção de procedimentos na guia de ANEXO DE RADIOTERAPIA.

Diagnóstico Oncológico								
14- Data Diagnóstico	15- CID 10 Principal(Opcional)	16- CID 10 (2)(Opcional)	17- CID 10 (3)(Opcional)	18- CID 10 (4)(Opcional)	19- Diagnóstico Imagem	20- Estadiamento(*)	21- ECOG(*)	22- Finalidade(*)
01/01/2003	C50				PET	IV	CAMINHA E E	CURATIVA
23- Diagnóstico Cito/Histopatológico			24- Informações relevantes			Tratamentos Anteriores		
CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR						25- Cirurgia NAO		
						26- Data Realização(Cirurgia) 01/10/2005		
						27- Quimioterapia SIM		
						28- Data Aplicação(Últ. Químio.) 01/12/2019		
Procedimentos Complementares								
29- Número de Campos(*)	30- Dose por dia (em Gy)(*)	31- Dose Total (em Gy)(*)	32- Número de Dias(*)	33- Data Prevista Início da Administração(*)				
10	10	10	10	10/03/2020				
Dados Complementares								
34- Observação/Justificativa EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO								
Dados Adicionais da Guia								
<input type="checkbox"/> Anexar Arquivo <input type="checkbox"/> Complemento em Texto								
Adicione os procedimentos desejados a guia DESCONSIDERAR CAMPOS ABAIXO, VISTO QUE O PADRÃO TISS ANS NÃO PREVÊ CAMPO DE PROCEDIMENTO EM GUIA DE ANEXO DE RADIOTERAPIA								
Procedimentos Favoritos ★ Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!								
<input type="button" value="+"/> <input type="button" value="0"/>								
Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	Data Prevista para Início da Administração(*)	Opções					
	1		<input type="button" value="Adicionar"/>	<input type="button" value="Procurar"/>	<input type="button" value="Remover"/>			
Nenhum procedimento adicionado.								
<input type="button" value="Voltar"/> <input type="button" value="Confirmar"/>								

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

Diagnóstico Oncológico

14- Data Diagnóstico 15- CID 10 Principal(Opcional) 16- CID 10 (2)(Opcional) 17- CID 10 (3)(Opcional) 18- CID 10 (4)(Opcional) 19- Diagnóstico Imagem 20- Estadiamento(*) 21- ECOG(*) 22- Finalidade(*)

01/01/2003 C50 PET IV CAMINHA E E CURATIVA

23- Diagnóstico Cito/Histopatológico 24- Informações relevantes

CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR

Tratamentos Anteriores

25- Cirurgia
NAO

26- Data Realização(Cirurgia)
01/10/2005

27- Quimioterapia
SIM

28- Data Aplicação(Últ. Químio.)
01/12/2019

Procedimentos Complementares

29- Número de Campos(*) 30- Dose por dia (em Gy)(*) 31- Dose Total (em Gy)(*) 32- Número de Dias(*) 33- Data Prevista Início da Administração(*)

10 10 10 10 10/03/2020

Dados Complementares

34- Observação/Justificativa
EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos

Cd.Procedimento(*)	Quantidade(*)	Data Prevista para Início da Administração(*)	Opções
	1		Adicionar Procurar Remover

Nenhum procedimento adicionado.

[Voltar](#) [Confirmar](#)

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

Dados do Profissional Solicitante

Cd. na Operadora 11- Nome do Profissional Solicitante(*) 12- Telefone(*) 13- E-mail

JOAO

Diagnóstico Oncológico

14- Data Diagnóstico 15- CID 10 Principal(Opcional) 16- CID 10 (2)(Opcional) 17- CID 10 (3)(Opcional) 18- CID 10 (4)(Opcional) 19- Diagnóstico Imagem 20- Estadiamento(*) 21- ECOG(*) 22- Finalidade(*)

01/01/2003 C50 CAMINHA E E CURATIVA

23- Diagnóstico Cito/Histopatológico 24- Informações relevantes

CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR

Tratamentos Anteriores

25- Cirurgia
NAO

26- Data Realização(Cirurgia)
01/10/2005

27- Quimioterapia

Confirma a Emissão da Guia?

[Cancelar](#) [Confirmar](#)

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



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador: **S-90000-746**

1 - Registro ANS 315567	3 - Número da Guia Referenciada 4522899	4 - Senha 4522959	5 - Data da Autorização 13/02/2020	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4522959
----------------------------	--------------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 28230043	8 - Nome ANA [REDACTED]	9 - Idade 30	10 - Sexo F
------------------------------------	----------------------------	-----------------	----------------

Dados do Profissional Solicitante

11 - Nome do Profissional Solicitante JOAO [REDACTED]	12 - Telefone 31 21035858	13 - E-mail [REDACTED]
----------------------------------------------------------	------------------------------	---------------------------

Diagnóstico Oncológico

14 - Data do diagnóstico 01/01/2003	15 - CID 10 Principal (Opcional) C50	16 - CID 10 (2) (Opcional)	17 - CID 10 (3) (Opcional)	18 - CID 10 (4) (Opcional)	19 - Diagnóstico por Imagem 6 - PET	20 - Estadiamento 4	21 - ECOG 2	22 - Finalidade 1
----------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------------------	------------------------	----------------	----------------------

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

CA DE MAMA COM METASTASE PULMONAR

24 - Informações relevantes

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia
NAO26 - Data da Realização
01/10/200527 - Quimioterapia
SIM28 - Data da Aplicação
01/12/2019

29 - Número de Campos 10	30 - Dose por dia (em Gy) 10	31 - Dose Total (em Gy) 10	32 - Número de Dias 10	33 - Data Prevista para Início da Administração 01/12/2019
-----------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------	---------------------------------------------------------------

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 **SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO**.

A captura de tela mostra a interface do sistema AutorizadorWeb. No topo, há uma barra de navegação com o nome do sistema e informações de usuário. Abaixo, há uma barra de ferramentas com ícones para Login, Nova Autorização, Histórico de Autorizações, Produtividade Prestador, Extrato de Pagamento, Faturamento, Comunicação Internação e Downloads. O menu "Nova Autorização" está aberto, mostrando opções como CONSULTA, SP/SADT, INTERNAÇÃO, HONORÁRIO INDIVIDUAL, ODONTOLÓGICO, ANEXO DE RADIOTERAPIA, ANEXO DE QUIMIOTERAPIA, ANEXO DE OPME e PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO. O formulário "Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)" está visível, com campos para Matrícula/Nº Cartão, Data de Nascimento e Tipo de Guia. O tipo de guia "PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO" está selecionado.

Inserir matrícula e data de nascimento do beneficiário e clicar em próximo.

A captura de tela mostra o formulário de solicitação de guia preenchido. O campo "Matrícula/Nº Cartão" contém "ANA" e "123456789". O campo "Data de Nascimento" contém "20/12/1989". O campo "Tipo de Guia" contém "PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO". O botão "Próximo" está visível.

Caso não possua a matrícula, clicar em pesquisar beneficiário.

A captura de tela mostra o formulário de solicitação de guia com o botão "Pesquisar Beneficiários" destacado por um retângulo vermelho. O formulário está preenchido com os mesmos dados da captura anterior.

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

Pesquisa de Beneficiário

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Parâmetros para Pesquisa

Matrícula/Nº Cartão:

Nome do Beneficiário:

CPF:

Beneficiários - (Clique no nome do beneficiário para selecionar)

Inserir data de nascimento e clicar em próximo.

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento: 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Downloads

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão: ANA [REDACTED]

Data de Nascimento: 20 / 12 / 1989

Tipo de Guia: PRORROGAÇÃO [REDACTED]

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

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento: 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Downloads

Pesquisa de Guias de Internação

Dados para Pesquisa

Nr. Guia	Data Emissão	Matrícula/Nº Cartão	Nome do Beneficiário	Ações
<input type="text"/>	<input type="text" value="13/01/2020"/>	<input type="text" value="13/02/2020"/>	<input type="text" value="ANA [REDACTED]"/>	<input type="button" value="Q Pesquisar"/>
Nr. Guia	Data Emissão	Data Execução Internação	Diárias	Ações
4522989	13/02/2020		2	<input type="button" value="Prorrogar"/>

Primeiro Anterior 1 Próximo Último

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

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Downloads](#)

Solicitação de Prorrogação de Internação

3-Nº Guia Internação: 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora: []

Dados do Beneficiário
 7-Nº da Carteira(*): 06 [] 8-Nome: ANA []

Dados do Contratado Solicitante
 9-Cd. na Operadora(*): 90000 10-Nome do Contratado(*): FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 Cd. na Operadora: [] 11-Nome do Profissional Solicitante(*): [] 12-Conselho Profissional(*): [] 13-Nº Conselho(*): [] 14-UF(*): [] 15-Cd. CBO/Especialidade(*): []

Dados da Internação
 16-Diárias Adicionais Solicitadas: [] 17-Tipo da Acomodação Solicitada: APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*): [] [Anexar Arquivos](#)

Procedimentos ou Itens Assistenciais
 20-Cd. Procedimento: [] 21-Descrição: [] 22-Qtde.Solic.: 1 +

20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.
Nenhum Procedimento adicionado		

27-Observação/Justificativa: [] 28-Data Solicitação(*): 13/02/2020

[Voltar](#) [Salvar](#)

Nº guia de internação: Indica número da guia inicial de solicitação de internação.

Nº guia atribuído operadora: Indica número que identifica a guia atribuído pela operadora.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Downloads](#)

Solicitação de Prorrogação de Internação

3-Nº Guia Internação: 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora: []

Dados do Beneficiário
 7-Nº da Carteira(*): 06 [] 8-Nome: ANA []

Dados do Contratado Solicitante
 9-Cd. na Operadora(*): 90000 10-Nome do Contratado(*): FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 Cd. na Operadora: [] 11-Nome do Profissional Solicitante(*): [] 12-Conselho Profissional(*): [] 13-Nº Conselho(*): [] 14-UF(*): [] 15-Cd. CBO/Especialidade(*): []

Dados da Internação
 16-Diárias Adicionais Solicitadas: [] 17-Tipo da Acomodação Solicitada: APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*): [] [Anexar Arquivos](#)

Procedimentos ou Itens Assistenciais
 20-Cd. Procedimento: [] 21-Descrição: [] 22-Qtde.Solic.: 1 +

20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.
Nenhum Procedimento adicionado		

27-Observação/Justificativa: [] 28-Data Solicitação(*): 13/02/2020

[Voltar](#) [Salvar](#)

Nº da carteira: Indica número da carteira do beneficiário na operadora.

Nome: Indica o nome do beneficiário.

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento: 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BEL

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Downloads](#)

Solicitação de Prorrogação de Internação

3-Nº Guia Internação: 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora: []

Dados do Beneficiário

7-Nº da Carteira(*): 050 [] 8-Nome: ANA []

Dados do Contratado Solicitante

9-Cd. na Operadora(*): 90000 10-Nome do Contratado(*): FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE

Cd. na Operadora: [] 11-Nome do Profissional Solicitante(*): [] 12-Conselho Profissional(*): [] 13-Nº Conselho(*): [] 14-UF(*): [] 15-Cd. CBO(Especialidade)(*): []

Dados da Internação

16-Diárias Adicionais Solicitadas: [] 17-Tipo da Acomodação Solicitada: APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*): [] Anexar Arquivos

Procedimentos ou Itens Assistenciais

20-Cd. Procedimento: [] 21-Descrição: [] 22-Qtde.Solic.: 1 +

20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.
Nenhum Procedimento adicionado		

27-Observação/Justificativa: [] 28-Data Solicitação(*): 13/02/2020

[Voltar](#) [Salvar](#)

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.

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento: 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BEL

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Downloads](#)

Solicitação de Prorrogação de Internação

3-Nº Guia Internação: 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora: []

Dados do Beneficiário

7-Nº da Carteira(*): 050 [] 8-Nome: ANA []

Dados do Contratado Solicitante

9-Cd. na Operadora(*): 90000 10-Nome do Contratado(*): FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE

Cd. na Operadora: [] 11-Nome do Profissional Solicitante(*): [] 12-Conselho Profissional(*): [] 13-Nº Conselho(*): [] 14-UF(*): [] 15-Cd. CBO(Especialidade)(*): []

Dados da Internação

16-Diárias Adicionais Solicitadas: [] 17-Tipo da Acomodação Solicitada: APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*): [] Anexar Arquivos

Procedimentos ou Itens Assistenciais

20-Cd. Procedimento: [] 21-Descrição: [] 22-Qtde.Solic.: 1 +

20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.
Nenhum Procedimento adicionado		

27-Observação/Justificativa: [] 28-Data Solicitação(*): 13/02/2020

[Voltar](#) [Salvar](#)

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

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.

1. Conselho Regional de Assistência Social (**CRAS**).
2. Conselho Regional de Enfermagem (**COREN**).
3. Conselho Regional de Farmácia (**CRF**).
4. Conselho Regional de Fonoaudiologia (**CRFA**).
5. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (**CREFITO**).
6. Conselho Regional de Medicina (**CRM**).
7. Conselho Regional de Nutrição (**CRN**).
8. Conselho Regional de Odontologia (**CRO**).
9. Conselho Regional de Psicologia (**CRP**).
10. Outros Conselhos.

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

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

29. **Rondônia** – RO - (Código do termo 11)
30. **Acre** – AC - (Código do termo 12)
31. **Amazonas** – AM - (Código do termo 13)
32. **Roraima** - RR - (Código do termo 14)
33. **Pará** – PA - (Código do termo 15)
34. **Amapá** – AP - (Código do termo 16)
35. **Tocantins** - TO - (Código do termo 17)
36. **Maranhão** – MA - (Código do termo 21)
37. **Piauí** – PI - (Código do termo 22)
38. **Ceará** – CE - (Código do termo 23)
39. **Rio Grande do Norte** – RN - (Código do termo 24)
40. **Paraíba** – PB - (Código do termo 25)
41. **Pernambuco** – PE - (Código do termo 26)
42. **Alagoas** – AL - (Código do termo 27)
43. **Sergipe** – SE - (Código do termo 28)
44. **Bahia** – BA - (Código do termo 29)
45. **Minas Gerais** – MG - (Código do termo 31)
46. **Espírito Santo** – ES - (Código do termo 32)
47. **Rio de Janeiro** – RJ - (Código do termo 33)
48. **São Paulo** – SP - (Código do termo 35)
49. **Paraná** – PR - (Código do termo 41)
50. **Santa Catarina** – SC - (Código do termo 42)
51. **Rio Grande do Sul** – RS - (Código do termo 43)
52. **Mato Grosso do Sul** – MS - (Código do termo 50)
53. **Mato Grosso** - MT - (Código do termo 51)

54. **Goiás** – GO - (Código do termo 52)
55. **Distrito Federal** – DF - (Código do termo 53)
56. **Países Estrangeiros** – EX - (Código do termo 98)

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

1. 201115 Geneticista
2. 203015 Pesquisador em biologia de microrganismos e parasitas
3. 213150 Físico médico
4. 221105 Biólogo
5. 223204 Cirurgião dentista - auditor
6. 223208 Cirurgião dentista - clínico geral
7. 223212 Cirurgião dentista - endodontista
8. 223216 Cirurgião dentista - epidemiologista
9. 223220 Cirurgião dentista - estomatologista
10. 223224 Cirurgião dentista - implantodontista
11. 223228 Cirurgião dentista - odontogeriatra
12. 223232 Cirurgião dentista - odontologista legal
13. 223236 Cirurgião dentista - odontogeriatra
14. 223240 Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista
15. 223244 Cirurgião dentista - patologista bucal
16. 223248 Cirurgião dentista - periodontista
17. 223252 Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial
18. 223256 Cirurgião dentista - protesista
19. 223260 Cirurgião dentista - radiologista
20. 223264 Cirurgião dentista - reabilitador oral
21. 223268 Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial
22. 223272 Cirurgião dentista de saúde coletiva
23. 223276 Cirurgião dentista - odontologia do trabalho
24. 223280 Cirurgião dentista - dentística
25. 223284 Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial
26. 223288 Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais
27. 223293 Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família
28. 223505 Enfermeiro
29. 223605 Fisioterapeuta geral
30. 223625 Fisioterapeuta respiratória
31. 223630 Fisioterapeuta neurofuncional

32. 223635 Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional
33. 223640 Fisioterapeuta osteopata
34. 223645 Fisioterapeuta quiropraxista
35. 223650 Fisioterapeuta acupunturista
36. 223655 Fisioterapeuta esportivo
37. 223660 Fisioterapeuta do trabalho
38. 223710 Nutricionista
39. 223810 Fonoaudiólogo
40. 223905 Terapeuta ocupacional
41. 223910 Ortoptista
42. 225103 Médico infectologista
43. 225105 Médico acupunturista
44. 225106 Médico legista
45. 225109 Médico Nefrologista
46. 225110 Médico alergista e imunologista
47. 225112 Médico neurologista
48. 225115 Médico angiologista
49. 225118 Médico nutrologista
50. 225120 Médico cardiologista
51. 225121 Médico oncologista clínico
52. 225122 Médico cancerologista pediátrico
53. 225124 Médico pediatra
54. 225125 Médico clínico
55. 225127 Médico pneumologista
56. 225130 Médico de família e comunidade
57. 225133 Médico psiquiatra
58. 225135 Médico dermatologista
59. 225136 Médico reumatologista
60. 225139 Médico sanitaria
61. 225140 Médico do trabalho
62. 225142 Médico da estratégia de saúde da família
63. 225145 Médico em medicina de trânsito
64. 225148 Médico anatomopatologista
65. 225150 Médico em medicina intensiva
66. 225151 Médico anesthesiologista
67. 225155 Médico endocrinologista e metabologista
68. 225160 Médico fisiatra
69. 225165 Médico gastroenterologista
70. 225170 Médico generalista
71. 225175 Médico geneticista
72. 225180 Médico geriatra

73. 225185 Médico Hematologista
74. 225195 Médico Homeopata
75. 225203 Médico em cirurgia vascular
76. 225210 Médico cirurgião cardiovascular
77. 225215 Médico cirurgião de cabeça e pescoço
78. 225220 Médico cirurgião do aparelho digestivo
79. 225225 Médico cirurgião geral
80. 225230 Médico cirurgião pediátrico
81. 225235 Médico cirurgião plástico
82. 225240 Médico cirurgião torácico
83. 225250 Médico ginecologista e obstetra
84. 225255 Médico Mastologista
85. 225260 Médico neurocirurgião
86. 225265 Médico oftalmologista
87. 225270 Médico ortopedista e traumatologista
88. 225275 Médico otorrinolaringologista
89. 225280 Médico proctologista
90. 225285 Médico urologista
91. 225290 Médico cancerologista cirúrgico
92. 225295 Médico cirurgião da mão
93. 225305 Médico citopatologista
94. 225310 Médico em endoscopia
95. 225315 Médico em medicina nuclear
96. 225320 Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
97. 225325 Médico patologista
98. 225330 Médico radioterapeuta
99. 225335 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
- 100.225340 Médico hemoterapeuta
- 101.225345 Médico hiperbarista
- 102.225350 Médico neurofisiologista
- 103.239425 Psicopedagogo
- 104.251510 Psicólogo clínico
- 105.251545 Neuropsicólogo
- 106.251550 Psicanalista
- 107.251605 Assistente social
- 108.322205 Técnico de enfermagem
- 109.322220 Técnico de enfermagem psiquiátrica

110.322225 Instrumentador cirúrgico
111.322230 Auxiliar de enfermagem
112.516210 Cuidador de idosos
113.223435 Farmacêutico industrial
114.223430 Farmacêutico em saúde pública
115.223415 Farmacêutico analista clínico
116.223405 Farmacêutico
117.223420 Farmacêutico de alimentos
118.223440 Farmacêutico toxicologista
119.223445 Farmacêutico hospitalar e clínico
120.223425 Farmacêutico práticas integrativas e complementares
121.223565 Enfermeiro da estratégia de saúde da família
122.223560 Enfermeiro sanitaria
123.223555 Enfermeiro puericultor e pediátrico
124.223550 Enfermeiro psiquiátrico
125.223545 Enfermeiro obstétrico
126.223540 Enfermeiro neonatologista
127.223535 Enfermeiro nefrologista
128.223530 Enfermeiro do trabalho
129.223525 Enfermeiro de terapia intensiva
130.223520 Enfermeiro de centro cirúrgico
131.223515 Enfermeiro de bordo
132.223510 Enfermeiro auditor
133.223570 Perfusionista
134.223705 Dietista
135.223845 Fonoaudiólogo em voz
136.223830 Fonoaudiólogo em linguagem
137.223825 Fonoaudiólogo em disfagia
138.223835 Fonoaudiólogo em motricidade orofacial
139.223840 Fonoaudiólogo em saúde coletiva
140.223820 Fonoaudiólogo em audiologia
141.223815 Fonoaudiólogo educacional
142.225154 Médico antroposófico
143.999999 CBO do prestador solicitante desconhecido ou não informado

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento: 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Downloads

Solicitação de Prorrogação de Internação

3-Nº Guia Internação: 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora: []

Dados do Beneficiário
 7-Nº da Carteira(*): 0060 8-Nome: ANA

Dados do Contrato Solicitante
 9-Cd. na Operadora(*): 90000 10-Nome do Contratado(*): FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAÚDE

Dados da Internação
 11-Nome do Profissional Solicitante(*): JOAO 12-Conselho Profissional(*): CRM 13-Nº Conselho(*): 12365 14-UF(*): MG 15-Cd. CBO/Especialidade(*): Cardiologia

Dados da Internação
 16-Diárias Adicionais Solicitadas: 02 17-Tipo de Acomodação Solicitada: APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*): PNEUMONIA Anexar Arquivos

Procedimentos ou Itens Assistenciais
 20-Cd. Procedimento: 60000651 21-Descrição: DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD 22-Qtde.Solic.: 1

20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.
Nenhum Procedimento adicionado		

27-Observação/Justificativa: [] 28-Data Solicitação(*): 13/02/2020

< Voltar Salvar

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

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

1. **Quarto Privativo / Particular** - (Código do termo 02)
2. **Apartamento de Luxo da Maternidade** - (Código do termo 09)
3. **Apartamento de Luxo da Psiquiatria** - (Código do termo 10)
4. **Apartamento de Luxo** - (Código do termo 11)
5. **Apartamento Simples** - (Código do termo 12)
6. **Apartamento Standard** - (Código do termo 13)
7. **Apartamento Suíte** - (Código do termo 14)
8. **Apartamento com Alojamento Conjunto** - (Código do termo 15)
9. **Apartamento para Paciente com Obesidade Mórbida** - (Código do termo 16)
10. **Apartamento Simples da Maternidade** - (Código do termo 17)
11. **Apartamento Simples de Psiquiatria** - (Código do termo 18)
12. **Apartamento Suíte da Maternidade** - (Código do termo 19)
13. **Apartamento Suíte de Psiquiatria** - (Código do termo 20)
14. **Berçário Normal** - (Código do termo 21)
15. **Berçário Patológico / Prematuro** - (Código do termo 22)
16. **Enfermaria de 3 Leitos da Maternidade** - (Código do termo 25)
17. **Enfermaria de 4 ou mais Leitos da Maternidade** - (Código do termo 26)
18. **Hospital Dia Apartamento** - (Código do termo 27)
19. **Hospital Dia Enfermaria** - (Código do termo 28)
20. **Hospital Dia Psiquiatria** - (Código do termo 29)
21. **Quarto Coletivo de 2 Leitos da Maternidade** - (Código do termo 30)

22. Enfermaria de 3 Leitos - (Código do termo 31)
23. Enfermaria de 4 ou mais Leitos - (Código do termo 32)
24. Enfermaria com Alojamento Conjunto - (Código do termo 33)
25. Quarto Privativo / Particular da Maternidade - (Código do termo 36)
26. Quarto Privativo / Particular de Psiquiatria - (Código do termo 37)
27. Semi UTI Adulto Geral - (Código do termo 38)
28. Semi UTI Coronariana - (Código do termo 39)
29. Semi UTI Neonatal - (Código do termo 40)
30. Quarto coletivo de 2 Leitos - (Código do termo 41)
31. Quarto com Alojamento Conjunto - (Código do termo 43)
32. Semi UTI Neurológica - (Código do termo 44)
33. Semi UTI Infantil / Pediátrica - (Código do termo 45)
34. Semi UTI Queimados - (Código do termo 46)
35. Unidade de Transplante de Medula Óssea - (Código do termo 47)
36. Unidade de Transplante em Geral - (Código do termo 48)
37. Apartamento Standard da Maternidade - (Código do termo 49)
38. Apartamento Standard de Psiquiatria (Código do termo 50)
39. UTI Adulto Geral - (Código do termo 51)
40. UTI infantil / Pediátrica - (Código do termo 52)
41. UTI Neonatal - (Código do termo 53)
42. Unidade para Tratamento Radioativa - (Código do termo 56)
43. UTI Coronariana - (Código do termo 57)
44. UTI Neurológica - (Código do termo 58)
45. UTI Queimados - (Código do termo 59)

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

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

AutorizadorWeb

Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMO DE ASSISTÊNC
Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

Login
Nova Autorização
Histórico de Autorizações
Produtividade Prestador
Extrato de Pagamento
Faturamento
Comunicação Internação
Downloads

Solicitação de Prorrogação de Internação

3-Nº Guia Internação 4522989	6-Nº Guia Atribuído Operadora
7-Nº da Carteira(*) 060	8-Nome ANA
9-Cd. na Operadora(*) 90000	10-Nome do Contratado(*) FUNDAÇÃO AFFEMO DE ASSISTENCIA E SAÚDE
Cd. na Operadora	11-Nome do Profissional Solicitante(*) JOAO
	12-Conselho Profissional(*) CRM
	13-Nº Conselho(*) 12365
	14-UF(*) MG
	15-Cd. CBO/Especialidade(*) Cardiologia
16-Diárias Adicionais Solicitadas 02	17-Tipo de Acomodação Solicitada APARTAMENTO STANDARD
	18-Indicação Clínica(*) PNEUMONIA

Anexar Arquivos

20-Cd. Procedimento 60000651	21-Descrição DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	22-Qtde.Solic. 1
20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.
Nenhum Procedimento adicionado		

27-Observação/Justificativa	28-Data Solicitação(*) 13/02/2020
-----------------------------	--------------------------------------

< Voltar
Salvar

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.

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento: 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

3-Nº Guia Internação: 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora

Dados do Beneficiário: 7-Nº da Carteira(*): 056 8-Nome: ANA

Dados do Contratado Solicitante: 9-Cd. na Operadora(*): 90000 10-Nome do Contratado(*): FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAÚDE

11-Nome do Profissional Solicitante(*): JOAO 12-Conselho Profissional(*): CRM 13-Nº Conselho(*): 12365 14-UF(*): MG 15-Cd. CBO/Especialidade(*): Cardiologia

Dados da Internação: 16-Diárias Adicionais Solicitadas: 02 17-Tipo de Acomodação Solicitada: APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*): PNEUMONIA

Procedimentos ou Itens Assistenciais: 20-Cd. Procedimento: 60000651 21-Descrição: DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD 22-Qtde.Solic.: 1

27-Observação/Justificativa: 28-Data Solicitação(*): 13/02/2020

[Voltar](#) [Salvar](#)

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

AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento: 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

3-Nº Guia Internação: 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora

Dados do Beneficiário: 7-Nº da Carteira(*): 056 8-Nome: ANA

Dados do Contratado Solicitante: 9-Cd. na Operadora(*): 90000 10-Nome do Contratado(*): FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAÚDE

11-Nome do Profissional Solicitante(*): JOAO 12-Conselho Profissional(*): CRM 13-Nº Conselho(*): 12365 14-UF(*): MG 15-Cd. CBO/Especialidade(*): Cardiologia

Dados da Internação: 16-Diárias Adicionais Solicitadas: 02 17-Tipo de Acomodação Solicitada: APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*): PNEUMONIA

Procedimentos ou Itens Assistenciais: 20-Cd. Procedimento: 60000651 21-Descrição: DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD 22-Qtde.Solic.: 1

27-Observação/Justificativa: 28-Data Solicitação(*): 13/02/2020

[Voltar](#) [Salvar](#)

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Downloads](#)

Solicitação de Prorrogação de Internação





3-Nº Guia Internação 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora

Dados do Beneficiário
 7-Nº da Carteira(*) 060 ANA

Dados do Contratado Solicitante
 9-Cd. na Operadora(*) 90000 10-Nome do Contratado(*) FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 11-Nome do Profissional Solicitante(*) JOAO 12-Conselho Profissional(*) CRM 13-Nº Conselho(*) 12365 14-UF(*) MG 15-Cd. CBO/Especialidade(*) Cardiologia

Dados da Internação
 16-Diárias Adicionais Solicitadas 02 17-Tipo da Acomodação Solicitada APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*) PNEUMONIA [Anexar Arquivos](#)

Procedimentos ou Itens Assistenciais
 20-Cd. Procedimento 21-Descrição 22-Qtde.Solic. 1 +

20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.	
60000651	DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	1	   

27-Observação/Justificativa 28-Data Solicitação(*) 13/02/2020

[Voltar](#) [Salvar](#)

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

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Downloads](#)

Solicitação de Prorrogação de Internação













3-Nº Guia Internação 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora

Dados do Beneficiário
 7-Nº da Carteira(*) 060 ANA

Dados do Contratado Solicitante
 9-Cd. na Operadora(*) 90000 10-Nome do Contratado(*) FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 11-Nome do Profissional Solicitante(*) JOAO 12-Conselho Profissional(*) CRM 13-Nº Conselho(*) 12365 14-UF(*) MG 15-Cd. CBO/Especialidade(*) Cardiologia

Dados da Internação
 16-Diárias Adicionais Solicitadas 02 17-Tipo da Acomodação Solicitada APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*) PNEUMONIA [Anexar Arquivos](#)

Procedimentos ou Itens Assistenciais
 20-Cd. Procedimento 21-Descrição 22-Qtde.Solic. 1 +

20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.	
60000651	DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	1	   
40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	1	   
40901203	US - ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE OU ESCROTO OU PÊNIS OU CRÂNIO)	1	   

27-Observação/Justificativa 28-Data Solicitação(*) 13/02/2020

[Voltar](#) [Salvar](#)

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Interação Downloads

Solicitação de Prorrogação de Internação

3-Nº Guia Internação 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora

Dados do Beneficiário
 7-Nº da Carteira(*) 068 ANA

Dados do Contratado Solicitante
 9-Cd. na Operadora(*) 90000 10-Nome do Contratado(*) FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 Cd. na Operadora JOAO 11-Nome do Profissional Solicitante(*) 12-Conselho Profissional(*) CRM 13-Nº Conselho(*) 12365 14-UF(*) MG 15-Cd. CBO/Especialidade(*) Cardiologia

Dados da Internação
 16-Diárias Adicionais Solicitadas 02 17-Tipo de Acomodação Solicitada APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*) PNEUMONIA Anexar Arquivos

Procedimentos ou Itens Assistenciais
 20-Cd. Procedimento 21-Descrição 22-Qtde.Solic. 1 +

20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.
40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	1
40901203	US - ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE OU ESCROTO OU PÊNIS OU CRÂNIO)	1

27-Observação/Justificativa 28-Data Solicitação(*) 13/02/2020

Voltar Salvar

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. Obs: campo preenchido automaticamente pelo sistema.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Interação Downloads

Solicitação de Prorrogação de Internação

3-Nº Guia Internação 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora

Dados do Beneficiário
 7-Nº da Carteira(*) 068 ANA

Dados do Contratado Solicitante
 9-Cd. na Operadora(*) 90000 10-Nome do Contratado(*) FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
 Cd. na Operadora JOAO 11-Nome do Profissional Solicitante(*) 12-Conselho Profissional(*) CRM 13-Nº Conselho(*) 12365 14-UF(*) MG 15-Cd. CBO/Especialidade(*) Cardiologia

Dados da Internação
 16-Diárias Adicionais Solicitadas 02 17-Tipo de Acomodação Solicitada APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*) PNEUMONIA Anexar Arquivos

Procedimentos ou Itens Assistenciais
 20-Cd. Procedimento 21-Descrição 22-Qtde.Solic. 1 +

20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.
40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	1
40901203	US - ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE OU ESCROTO OU PÊNIS OU CRÂNIO)	1

27-Observação/Justificativa 28-Data Solicitação(*) 13/02/2020

Voltar Salvar

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

Salvar: Permite salvar guia.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Interação](#)
[Downloads](#)

Solicitação de Prorrogação de Internação









3-Nº Guia Internação 4522989 6-Nº Guia Atribuído Operadora

Dados do Beneficiário
 7-Nº da Carteira(*) 066 8-Nome ANA

Dados do Contratado Solicitante
 9-Cd. na Operadora 90000 10-Nome do Contratado(*) FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAUDE
 11-Nome do Profissional Solicitante(*) JOAO 12-Conselho Profissional(*) CRM 13-Nº Conselho(*) 12365 14-UF(*) MG 15-Cd. CBO/Especialidade(*) Cardiologia

Dados da Internação
 16-Diárias Adicionais Solicitadas 02 17-Tipo de Acomodação Solicitada APARTAMENTO STANDARD 18-Indicação Clínica(*) PNEUMONIA [Anexar Arquivos](#)

Procedimentos ou Itens Assistenciais
 20-Cd. Procedimento 21-Descrição 22-Qtde.Solic. +

20-Cd. Procedimento	21-Descrição	22-Qtde.Solic.	
40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENALIS)	1	   
40901203	US - ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE OU ESCROTO OU PÊNIS OU CRÂNIO)	1	   

27-Observação/Justificativa 28-Data Solicitação(*) 13/02/2020

[< Voltar](#) [✓ Salvar](#)

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

Situação da Guia S-90000-752

 **Em análise**

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

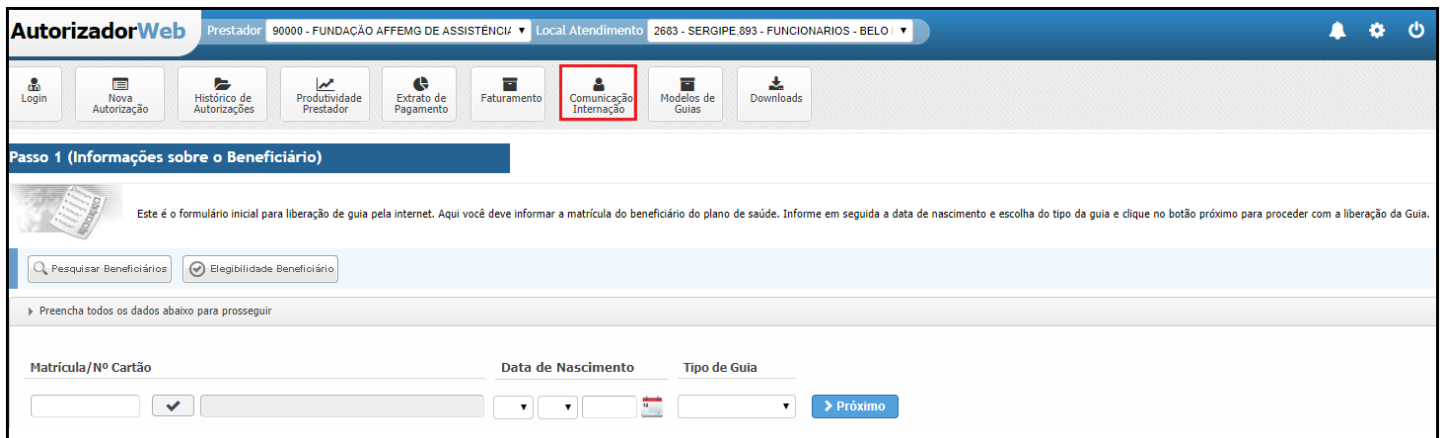
[< Voltar](#)

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

14. COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALTA.

Nas solicitações de internação eletiva, a FUNDAFFEMG-Saúde emitirá uma autorização prévia com base na data provável da internação, portanto, o prestador de serviço credenciado deverá comunicar a operadora as datas de internação e de alta, como mecanismo de registro da entrada e saída do beneficiário no estabelecimento de saúde.

Acessar o menu **comunicação de internação**.



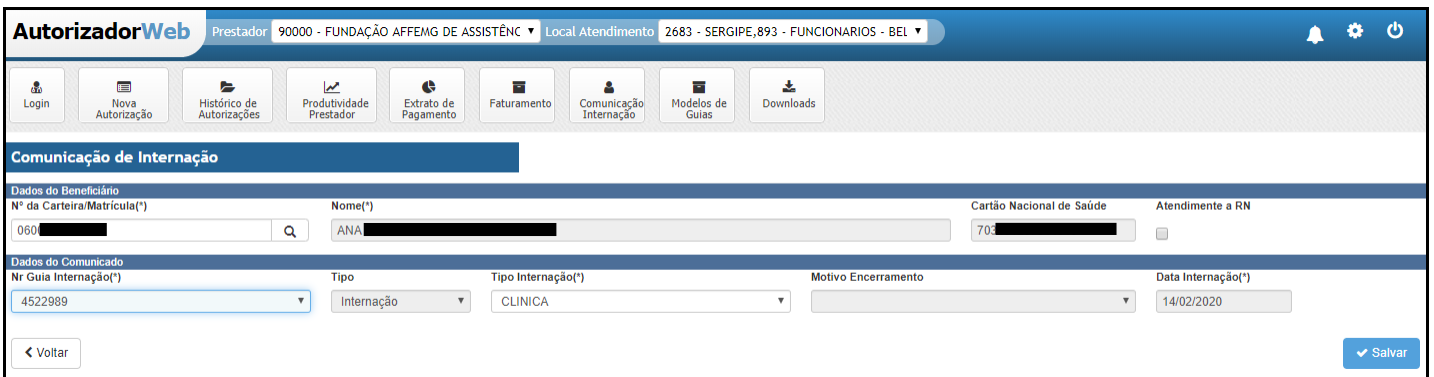
The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. At the top, there is a navigation bar with the following information: Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA; Local Atendimento: 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO. Below this is a menu with icons for Login, Nova Autorização, Histórico de Autorizações, Produtividade Prestador, Extrato de Pagamento, Faturamento, Comunicação Internação (highlighted with a red box), Modelos de Guias, and Downloads. The main content area is titled 'Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)'. It contains a description: 'Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.' Below this, there are two input fields: 'Pesquisar Beneficiários' and 'Elegibilidade Beneficiário'. A section titled 'Preencha todos os dados abaixo para prosseguir' contains three input fields: 'Matricula/Nº Cartão', 'Data de Nascimento', and 'Tipo de Guia'. A 'Próximo' button is located at the bottom right of this section.

Clicar em + comunicar internação



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. At the top, the navigation bar is the same as in the previous screenshot. Below it is a menu with icons for Login, Nova Autorização, Histórico de Autorizações, Produtividade Prestador, Extrato de Pagamento, Faturamento, Comunicação Internação, Modelos de Guias, and Downloads. The main content area is titled 'Histórico de Comunicação de Internação/Alta'. It contains a section 'Dados para Pesquisa' with several input fields: 'Nr. Guia', 'Data Internação', 'Matricula/Nº Cartão', 'Nome do Beneficiário', and 'Exibir apenas sem Data Alta?'. A search button 'Pesquisar' and a '+ Comunicar Internação' button (highlighted with a red box) are located to the right. Below this is a table with columns: 'Código', 'Beneficiário', 'Nr. Guia', 'Data Internação', 'Data Alta', 'Tipo Internação', and 'Ações'. At the bottom right, there is a green checkmark icon and the text 'Comunicar Alta' and 'Visualizar'.

Inserir matrícula do beneficiário e clicar em ENTER para exibir dados do mesmo.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. At the top, the navigation bar is the same as in the previous screenshots. Below it is a menu with icons for Login, Nova Autorização, Histórico de Autorizações, Produtividade Prestador, Extrato de Pagamento, Faturamento, Comunicação Internação, Modelos de Guias, and Downloads. The main content area is titled 'Comunicação de Internação'. It contains two sections: 'Dados do Beneficiário' and 'Dados do Comunicado'. The 'Dados do Beneficiário' section has four input fields: 'Nº da Carteira/Matrícula(*)', 'Nome(*)', 'Cartão Nacional de Saúde', and 'Atendimento a RN'. The 'Dados do Comunicado' section has five input fields: 'Nr Guia Internação(*)', 'Tipo', 'Tipo Internação(*)', 'Motivo Encerramento', and 'Data Internação(*)'. A 'Voltar' button is located at the bottom left, and a 'Salvar' button is located at the bottom right.

Selecione o no campo Nr Guia Internação a guia a ser comunicada.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Modelos de Guias](#)
[Downloads](#)

Comunicação de Internação

Dados do Beneficiário

Nº da Carteira/Matrícula(*) 060 [REDACTED] Nome(*) ANA [REDACTED] Cartão Nacional de Saúde 703 [REDACTED] Atendimento a RN

Dados do Comunicado

Nr Guia Internação(*) 4522989 Tipo Internação Tipo Internação(*) CLINICA Motivo Encerramento Data Internação(*) 14/02/2020

[Voltar](#) [Salvar](#)

Verificar se o tipo de internação está de acordo e clicar em salvar.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Modelos de Guias](#)
[Downloads](#)

Comunicação de Internação

Dados do Beneficiário

Nº da Carteira/Matrícula(*) 060 [REDACTED] Nome(*) ANA [REDACTED] Cartão Nacional de Saúde 703 [REDACTED] Atendimento a RN

Dados do Comunicado

Nr Guia Internação(*) 4522989 Tipo Internação Tipo Internação(*) CLINICA Motivo Encerramento Data Internação(*) 14/02/2020

[Voltar](#) [Salvar](#)

Comunicação de internação confirmada.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Modelos de Guias](#)
[Downloads](#)

Comunicação de Internação

Dados do Beneficiário

Nº da Carteira/Matrícula(*) 060 [REDACTED] Nome(*) ANA [REDACTED] Cartão Nacional de Saúde 703 [REDACTED] Atendimento a RN

Dados do Comunicado

Nr Guia Internação(*) 4522989 Tipo Internação Tipo Internação(*) CLINICA Motivo Encerramento Data Internação(*) 14/02/2020

Comunicação concluída com sucesso!

[Voltar](#) [Editar](#) [Salvar](#)

Editar: Permite realizar alterações dentro da comunicação.

Voltar: Permite voltar a tela de comunicação.

Para comunicar a alta do paciente, acesse o menu **comunicação de internação**.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Modelos de Guias](#)
[Downloads](#)

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)


Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

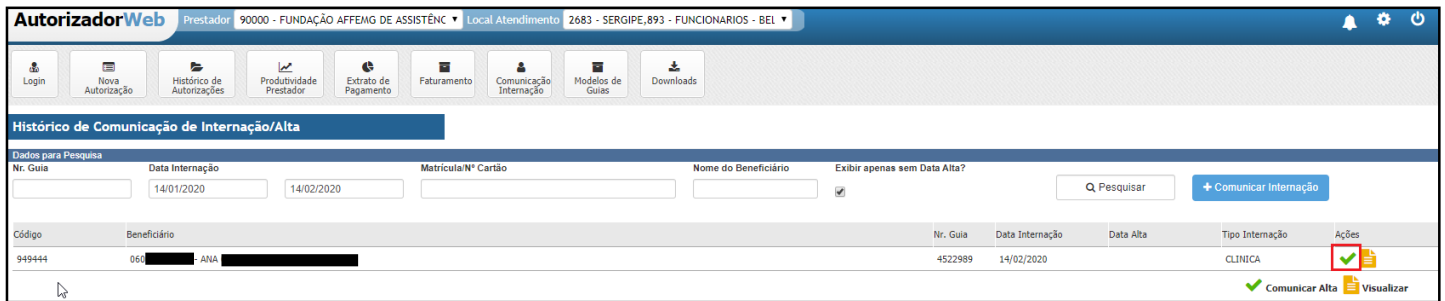
Elegibilidade Beneficiário

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão Data de Nascimento Tipo de Guia

[Próximo](#)

Selecionar a guia e clicar no ícone  comunicar alta.



AutorizadorWeb Prestador: 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento: 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BEL


Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Modelos de Guias Downloads

Histórico de Comunicação de Internação/Alta

Dados para Pesquisa

Nr. Guia: Data Internação: Matrícula/Nº Cartão: Nome do Beneficiário: Exibir apenas sem Data Alta?

Q Pesquisar + Comunicar Internação

Código	Beneficiário	Nr. Guia	Data Internação	Data Alta	Tipo Internação	Ações
949444	060 [REDACTED] - ANA [REDACTED]	4522989	14/02/2020		CLINICA	 

Comunicar Alta Visualizar

Inserir o motivo de encerramento da internação e clicar em salvar.

1. Alta Curado (Código do Termo 11)
2. Alta Melhorado (Código do Termo 12)
3. Alta a pedido (Código do Termo 14)
4. Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente (Código do Termo 15)
5. Alta por Evasão (Código do Termo 16)
6. Alta por outros motivos (Código do Termo 18)
7. Alta de Paciente Agudo em Psiquiatria (Código do Termo 19)
8. Permanência, por características próprias da doença (Código do Termo 21)
9. Permanência, por intercorrência (Código do Termo 22)
10. Permanência, por impossibilidade sócio familiar (Código do Termo 23)
11. Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células – doador vivo (Código do Termo 24)
12. Permanência, por Processo de doação de órgãos, tecidos e células – doador morto (Código do Termo 25)
13. Permanência, por mudança de Procedimento (Código do Termo 26)
14. Permanência, por reoperação (Código do Termo 27)
15. Permanência, outros motivos (Código do Termo 28)
16. Transferido para outro estabelecimento (Código do Termo 31)
17. Transferência para Internação Domiciliar (Código do Termo 32)
18. Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente (Código do Termo 41)
19. Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML (Código do Termo 42)
20. Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO. (Código do Termo 43)
21. Encerramento Administrativo (Código do Termo 51)
22. Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido (Código do Termo 61)
23. Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido (Código do Termo 62)
24. Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido (Código do Termo 63)
25. Alta da mãe/puérpera com óbito fetal (Código do Termo 64)
26. Óbito da gestante e do concepto (Código do Termo 65)
27. Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido (Código do Termo 66)
28. Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido (Código do Termo 67)

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Modelos de Guias Downloads

Comunicação de Alta

Dados do Beneficiário

Nº da Carteira/Matricula(*) Nome(*) Cartão Nacional de Saúde Atendimento a RN

060 ANA

Dados do Comunicado

Guia Internação Tipo Tipo Internação(*) Motivo Encerramento(*) Data Internação(*) Data Alta(*)

4522989 Alta CLINICA 14/02/2020 14/02/2020

< Voltar Salvar

Comunicação confirmada.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNC Local Atendimento 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BEL

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Modelos de Guias Downloads

Comunicação de Alta

Dados do Beneficiário

Nº da Carteira/Matricula(*) Nome(*) Cartão Nacional de Saúde Atendimento a RN

060 ANA

Dados do Comunicado

Guia Internação Tipo Tipo Internação(*) Motivo Encerramento(*) Data Internação(*) Data Alta(*)

4522989 Alta CLINICA ALTA CURADO 14/02/2020 14/02/2020

< Voltar Salvar

Comunicação concluída com sucesso!

Voltar Editar

15. REFERENCIAMENTO DE GUIAS

O referenciamento é o vínculo de guia secundária 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.

Guias e permissões de vínculos	
Guia Principal	Guia Secundária
SP/SADT	Anexo de OPME
	Anexo de Quimioterapia
	Anexo de Radioterapia
	Outras despesas
Internação	Solicitação prorrogação de internação
	Anexo de OPME
	Anexo de Quimioterapia
	Anexo de Radioterapia
	Outras despesas
	Resumo de Internação
	Honorário individual

16. 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.

17. 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.

Prestador Solicitação (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Atendimento (*) 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa 3 - Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 22 - Data de Atendimento(*)

SP/SADT 40901122 - US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento

13 - Cód. Operador 90000

Cód. Operador

21 - Caráter de Atendimento ELETIVO

32 - Tipo de Atendimento EXAME AMBULATORIAL

58 - Observações APENDICITE

Dados Adicionais

Anexar

Procedimentos

Você não adicionou nenhum procedimento.

25 - Cód. Procedimento

40901122 1 Adicionar Procurar Remover

Nenhum procedimento adicionado.

Voltar Estou Ciente Confirmar

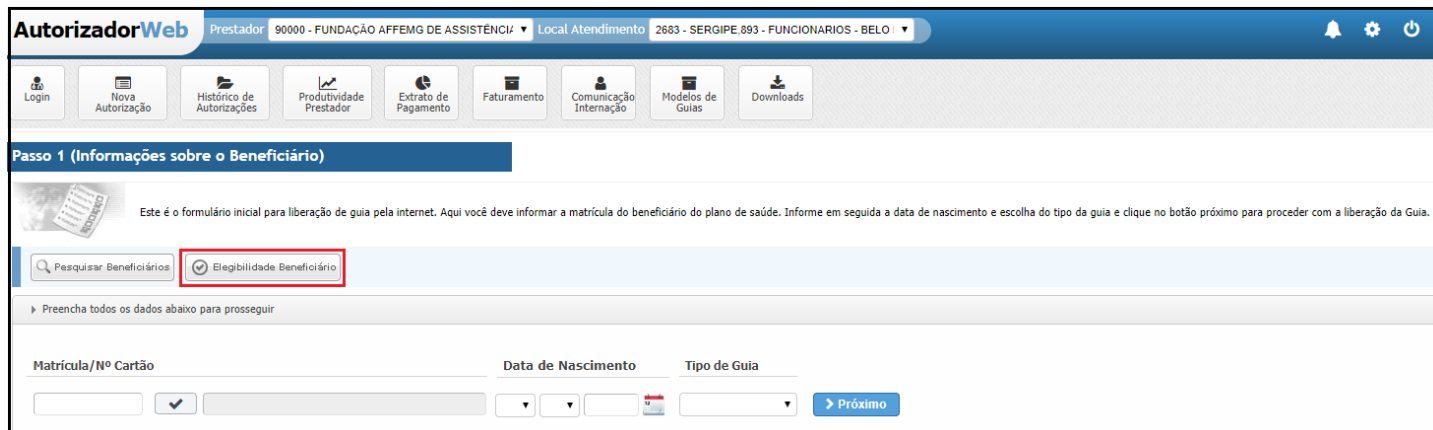
Para ler as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde, acesse:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp61/Anexo_II_DUT_Rol_2018_final_26.06.2017.pdf

18. VERIFICAÇÃO DE ELEGIBILIDADE.

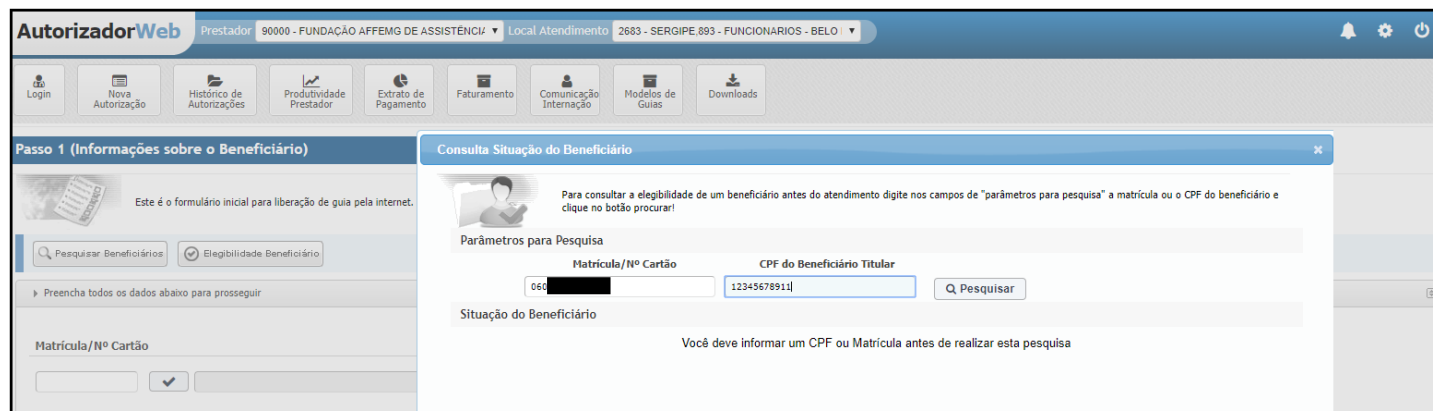
A verificação de elegibilidade tem por finalidade informar ao prestador se o beneficiário encontra-se elegível ou não para o atendimento. Ressaltamos que a elegibilidade do beneficiário não dispensa a guia de autorização. O atendimento ou procedimento só será considerado autorizado, ou não, após a emissão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

Clicar na opção elegibilidade beneficiário na tela principal.



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface. At the top, there is a header with the provider name '90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA' and the local address '2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO'. Below the header is a navigation bar with icons for Login, Nova Autorização, Histórico de Autorizações, Produtividade Prestador, Extrato de Pagamento, Faturamento, Comunicação Internação, Modelos de Guias, and Downloads. The main content area is titled 'Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)'. It contains a search bar with two options: 'Pesquisar Beneficiários' and 'Elegibilidade Beneficiário', which is highlighted with a red box. Below the search bar, there are input fields for 'Matrícula/Nº Cartão', 'Data de Nascimento', and 'Tipo de Guia', followed by a 'Próximo' button.

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



The screenshot shows the 'AutorizadorWeb' interface with a search results window open. The window is titled 'Consulta Situação do Beneficiário'. It contains a search bar with two options: 'Pesquisar Beneficiários' and 'Elegibilidade Beneficiário'. Below the search bar, there are input fields for 'Matrícula/Nº Cartão' and 'CPF do Beneficiário Titular'. The 'CPF do Beneficiário Titular' field contains the value '12345678911'. A 'Pesquisar' button is visible. Below the search bar, there is a section titled 'Situação do Beneficiário' with the text 'Você deve informar um CPF ou Matrícula antes de realizar esta pesquisa'.

Na sequência será exibida a situação do beneficiário.

- Login
- Nova Autorização
- Histórico de Autorizações
- Produtividade Prestador
- Extrato de Pagamento
- Faturamento
- Comunicação Internação
- Modelos de Guias
- Downloads

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. A

▶ Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão

Consulta Situação do Beneficiário

Para consultar a elegibilidade de um beneficiário antes do atendimento digite nos campos de "parâmetros para pesquisa" a matrícula ou o CPF do beneficiário e clique no botão procurar!

Parâmetros para Pesquisa

Matrícula/Nº Cartão CPF do Beneficiário Titular

Situação do Beneficiário

Matrícula	Carteirinha	Nome do Beneficiário	Carências	Autorizado
28	060	ANA	1. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA 2. PARTO 3. TRATAMENTOS SERIADOS 4. CONSULTAS E EXAMES SIMPLES 5. INTERNAÇÃO/CIRURGIA/EXAMES ESPECIAIS	LIBERADA LIBERADA LIBERADA SIM LIBERADA LIBERADA

19. 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**.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCI/ Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização **Histórico de Autorizações** Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Interação Modelos de Guias Downloads

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Pesquisar Beneficiários Elegibilidade Beneficiário

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão Data de Nascimento Tipo de Guia

Próximo

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

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCI/ Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização **Histórico de Autorizações** Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Interação Modelos de Guias Downloads

Consulta Histórico de Solicitações de Guia

Dados para Pesquisa

Operadora FUNDIAFFEMG - SIMULACAO

Senha Nº Transação Nº Solicitação Guia Tipo de Atendimento Período Situação Matrícula/Nº Cartão Nome do Beneficiário Q Pesquisar

Senha	Nº Solicitação Guia	Nº Transação	Tipo de Atendimento	Beneficiário	Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações
*****	S-90000-752	2002000038	PRORROGACAO DE INTERNACAO	28/06/2020	14/02/2020		Em Análise/Em Estudo	🖨️ 📄 🗑️ 🗨️ 📄 + info
4522989	S-90000-748	2002000034	SOLICITACAO DE INTERNACAO	28/06/2020	13/02/2020	13/02/2020	Autorizada	🖨️ 📄 🗑️ 🗨️ 📄 + info
4522959	S-90000-746	2002000031	ANEXO DE RADIOTERAPIA	28/06/2020	13/02/2020	13/02/2020	Autorizada	🖨️ 📄 🗑️ 🗨️ 📄 + info
*****	S-90000-743	2002000027	ANEXO DE OPME	28/06/2020	12/02/2020		Em Análise/Em Estudo	🖨️ 📄 🗑️ 🗨️ 📄 + info
*****	S-90000-742	2002000026	ANEXO DE OPME	28/06/2020	12/02/2020		Em Análise/Em Estudo	🖨️ 📄 🗑️ 🗨️ 📄 + info
*****	S-90000-741	2002000025	SOLICITACAO DE INTERNACAO	28/06/2020	12/02/2020		Em Análise/Em Estudo	🖨️ 📄 🗑️ 🗨️ 📄 + info
4522889	S-90000-739	2002000024	SP/SADT	28/06/2020	12/02/2020	12/02/2020	Autorizada	🖨️ 📄 🗑️ 🗨️ 📄 + info
*****	S-90000-744	2002000028	ANEXO DE QUIMIOTERAPIA	28/06/2020	12/02/2020		Em Análise/Em Estudo	🖨️ 📄 🗑️ 🗨️ 📄 + info
4522879	S-90000-738	2002000023	SP/SADT	28/06/2020	11/02/2020	11/02/2020	Autorizada	🖨️ 📄 🗑️ 🗨️ 📄 + info
4522859	S-90000-735	2002000021	CONSULTA	28/06/2020	11/02/2020	11/02/2020	Autorizada	🖨️ 📄 🗑️ 🗨️ 📄 + info

Total : 10 (página 1 de 1)

Enviada p/ cobrança Enviada p/ cobrança parcial Imprimir Guia Download Guia Cancelar Guia Anexos da Guia Chat Operadora Complementar Guia + info Mais Informações

Existem filtros que permitem localizar a guia de forma mais específica.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Modelos de Guias Downloads

Consulta Histórico de Solicitações de Guia

Dados para Pesquisa

Operadora: FUNDAFFEMG - SIMULACAO

Senha Nº Transação Nº Solicitação Guia Tipo de Atendimento Período Situação Matrícula/Nº Cartão Nome do Beneficiário

Todos 14/01/2020 a 14/02/2020 Todos Q Pesquisar

Senha	Nº Solicitação Guia	Nº Transação	Tipo de Atendimento	Beneficiário	Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações
*****	S-90000-752	2002000038	PRORROGACAO DE INTERNACAO	28/03/0600 - ANA	14/02/2020		Em Análise/Em Estudo	
4522989	S-90000-748	2002000034	SOLICITACAO DE INTERNACAO	28/03/0600 - ANA	13/02/2020	13/02/2020	Autorizada	
4522959	S-90000-746	2002000031	ANEXO DE RADIOTERAPIA	28/03/0600 - ANA	13/02/2020	13/02/2020	Autorizada	
*****	S-90000-743	2002000027	ANEXO DE OPME	28/03/0600 - ANA	12/02/2020		Em Análise/Em Estudo	
*****	S-90000-742	2002000026	ANEXO DE OPME	28/03/0600 - ANA	12/02/2020		Em Análise/Em Estudo	
*****	S-90000-741	2002000025	SOLICITACAO DE INTERNACAO	28/03/0600 - ANA	12/02/2020		Em Análise/Em Estudo	
4522889	S-90000-739	2002000024	SP/SADT	28/03/0600 - ANA	12/02/2020	12/02/2020	Autorizada	
*****	S-90000-744	2002000028	ANEXO DE QUIMIOTERAPIA	28/03/0600 - ANA	12/02/2020		Em Análise/Em Estudo	
4522879	S-90000-738	2002000023	SP/SADT	28/03/0600 - ANA	11/02/2020	11/02/2020	Autorizada	
4522859	S-90000-735	2002000021	CONSULTA	28/03/0600 - ANA	11/02/2020	11/02/2020	Autorizada	

Total : 10 (página 1 de 1)

Enviada p/ cobrança Enviada p/ cobrança parcial Imprimir Guia Download Guia Cancelar Guia Anexos da Guia Chat Operadora Complementar Guia Mais Informações

Senha: Permite filtrar pela senha de autorização da guia.

Nº da transação: Permite filtrar pelo nº 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.

Matrícula/Nº 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.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Modelos de Guias Downloads

Consulta Histórico de Solicitações de Guia

Dados para Pesquisa

Operadora: FUNDAFFEMG - SIMULACAO

Senha Nº Transação Nº Solicitação Guia Tipo de Atendimento Período Situação Matrícula/Nº Cartão Nome do Beneficiário

SP/SADT 14/01/2020 a 14/02/2020 Autorizado Q Pesquisar

Senha	Nº Solicitação Guia	Nº Transação	Tipo de Atendimento	Beneficiário	Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações
4522889	S-90000-739	2002000024	SP/SADT	28/03/0600 - ANA	12/02/2020	12/02/2020	Autorizada	
4522879	S-90000-738	2002000023	SP/SADT	28/03/0600 - ANA	11/02/2020	11/02/2020	Autorizada	

Total : 2 (página 1 de 1)

Enviada p/ cobrança Enviada p/ cobrança parcial Imprimir Guia Download Guia Cancelar Guia Anexos da Guia Chat Operadora Complementar Guia Mais Informações

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCI/ Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Modelos de Guias](#)
[Downloads](#)

Consulta Histórico de Solicitações de Guia

Dados para Pesquisa

Operadora: FUNDAFFEMG - SIMULACAO

Senha: Nº Transação: Nº Solicitação Guia: Tipo de Atendimento: SP/SADT Período: 14/01/2020 a 14/02/2020 Situação: Autorizado Matrícula/Nº Cartão: Nome do Beneficiário: [Q Pesquisar](#)

Senha	Nº Solicitação Guia	Nº Transação	Tipo de Atendimento	Beneficiário	Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações
4522889	S-90000-739	2002000024	SP/SADT	282 [REDACTED] /0600 [REDACTED] - ANA [REDACTED]	12/02/2020	12/02/2020	Autorizada	
4522879	S-90000-738	2002000023	SP/SADT	282 [REDACTED] /0600 [REDACTED] - ANA [REDACTED]	11/02/2020	11/02/2020	Autorizada	

Total : 2 (página 1 de 1)

[Enviada p/ cobrança](#)
[Enviada p/ cobrança parcial](#)
[Imprimir Guia](#)
[Download Guia](#)
[Cancelar Guia](#)
[Anexos da Guia](#)
[Chat Operadora](#)
[Complementar Guia](#)
[+ info](#)
[Mais Informações](#)

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

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCI/ Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

[Login](#)
[Nova Autorização](#)
[Histórico de Autorizações](#)
[Produtividade Prestador](#)
[Extrato de Pagamento](#)
[Faturamento](#)
[Comunicação Internação](#)
[Modelos de Guias](#)
[Downloads](#)

Consulta Histórico de Solicitações de Guia

Dados para Pesquisa

Operadora: FUNDAFFEMG - SIMULACAO

Senha: Nº Transação: Nº Solicitação Guia: Tipo de Atendimento: SP/SADT Período: 14/01/2020 a 14/02/2020 Situação: Autorizado Matrícula/Nº Cartão: Nome do Beneficiário: [Q Pesquisar](#)


Senha	Nº Solicitação Guia	Nº Transação	Tipo de Atendimento	Beneficiário	Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações
4522889	S-90000-739	2002000024	SP/SADT	282 [REDACTED] /0600 [REDACTED] - ANA [REDACTED]	12/02/2020	12/02/2020	Autorizada	
4522879	S-90000-738	2002000023	SP/SADT	282 [REDACTED] /0600 [REDACTED] - ANA [REDACTED]	11/02/2020	11/02/2020	Autorizada	

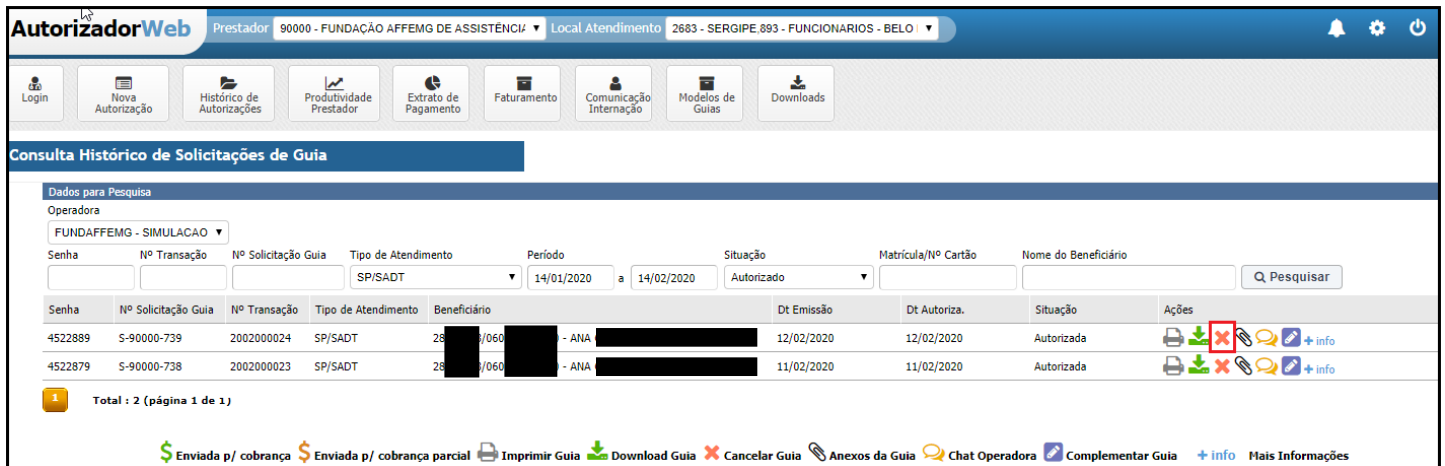
Total : 2 (página 1 de 1)

[Enviada p/ cobrança](#)
[Enviada p/ cobrança parcial](#)
[Imprimir Guia](#)
[Download Guia](#)
[Cancelar Guia](#)
[Anexos da Guia](#)
[Chat Operadora](#)
[Complementar Guia](#)
[+ info](#)
[Mais Informações](#)

20. 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.















AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Consultar Histórico de Solicitações de Guia

Dados para Pesquisa

Operadora: FUNDAFFEMG - SIMULACAO

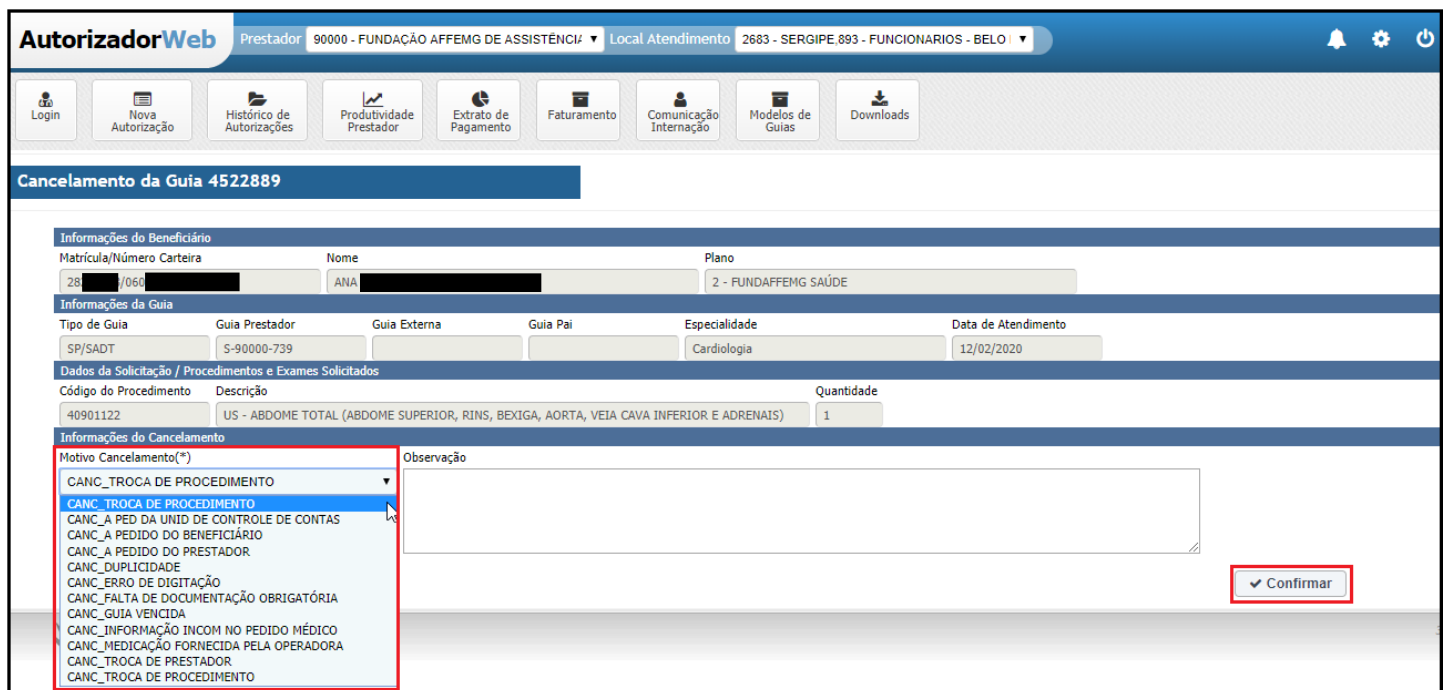
Senha: [] Nº Transação: [] Nº Solicitação Guia: [] Tipo de Atendimento: SP/SADT Período: 14/01/2020 a 14/02/2020 Situação: Autorizado Matrícula/Nº Cartão: [] Nome do Beneficiário: [] Pesquisar

Senha	Nº Solicitação Guia	Nº Transação	Tipo de Atendimento	Beneficiário	Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações
4522889	S-90000-739	2002000024	SP/SADT	28.../060... - ANA...	12/02/2020	12/02/2020	Autorizada	     
4522879	S-90000-738	2002000023	SP/SADT	28.../060... - ANA...	11/02/2020	11/02/2020	Autorizada	     

Total: 2 (página 1 de 1)

Enviada p/ cobrança Enviada p/ cobrança parcial Imprimir Guia Download Guia **Cancelar Guia** Anexos da Guia Chat Operadora Complementar Guia + info Mais Informações

Inserir o motivo do cancelamento e clicar em confirmar.



AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Cancelamento da Guia 4522889

Informações do Beneficiário

Matrícula/Número Carteira: 28.../060... Nome: ANA... Plano: 2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Informações da Guia

Tipo de Guia: SP/SADT Guia Prestador: S-90000-739 Guia Externa: [] Guia Pai: [] Especialidade: Cardiologia Data de Atendimento: 12/02/2020

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

Código do Procedimento: 40901122 Descrição: US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENALS) Quantidade: 1

Informações do Cancelamento

Motivo Cancelamento(*)
CANC_TROCA DE PROCEDIMENTO
CANC_A PED DA UNID DE CONTROLE DE CONTAS
CANC_A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO
CANC_A PEDIDO DO PRESTADOR
CANC_DUPLICIDADE
CANC_ERRO DE DIGITAÇÃO
CANC_FALTA DE DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA
CANC_GUIA VENCIDA
CANC_INFORMAÇÃO INCOM NO PEDIDO MÉDICO
CANC_MEDICAÇÃO FORNECIDA PELA OPERADORA
CANC_TROCA DE PRESTADOR
CANC_TROCA DE PROCEDIMENTO

Observação: []

Havendo observações referentes a cancelamento da guia, estas deverão ser inseridas no campo observação antes da confirmação.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Modelos de Guias Downloads

Cancelamento da Guia 4522889

Informações do Beneficiário

Matrícula/Número Carteira	Nome	Plano
28 / 060	ANA	2 - FUNDAFFEMG SAÚDE

Informações da Guia

Tipo de Guia	Guia Prestador	Guia Externa	Guia Pai	Especialidade	Data de Atendimento
SP/SADT	S-90000-739			Cardiologia	12/02/2020

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

Código do Procedimento	Descrição	Quantidade
40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENALIS)	1

Informações do Cancelamento

Motivo Cancelamento(*)

- CANC_TROCA DE PROCEDIMENTO
- CANC_TROCA DE PROCEDIMENTO
- CANC_A PED DA UNID DE CONTROLE DE CONTAS
- CANC_A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO
- CANC_A PEDIDO DO PRESTADOR
- CANC_DUPLICIDADE
- CANC_ERRO DE DIGITAÇÃO
- CANC_FALTA DE DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA
- CANC_GUIA VENCIDA
- CANC_INFORMAÇÃO INCOM NO PEDIDO MÉDICO
- CANC_MEDICAÇÃO FORNECIDA PELA OPERADORA
- CANC_TROCA DE PRESTADOR
- CANC_TROCA DE PROCEDIMENTO

Observação

Confirmar

Após a efetivação do cancelamento, será exibida uma mensagem informando que a guia foi cancelada com sucesso.

AutorizadorWeb Prestador 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA Local Atendimento 2683 - SERGIPE.893 - FUNCIONARIOS - BELO

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Internação Modelos de Guias Downloads

Aviso de Cancelamento

Cancelamento da guia 4522889 efetuado com sucesso!

< Anterior + Nova Guia

Anterior: Permite voltar a tela de histórico de autorizações.

+ Nova guia: Permite criar nova guia.

21. 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.

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias** para criá-los.

Prestador Solicitação (*) Local de Atendimento (*)
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa 3 - Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT 14/02/2020

Dados do Beneficiário
 12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)

21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica

32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta

58 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

25 - Cd.Procedimento(*) 27 - Quantidade(*) Opções
1

Nenhum procedimento adicionado.

Para anexar um documento clicar na opção anexar arquivo.

Preencha as informações mínimas para emissão da guia de SP/SADT

Modelos de Guia
Você ainda não criou nenhum modelo para este tipo de guia! Se julgar necessário, acesse o menu **Modelos de Guias** para criá-los.

Prestador Solicitação (*) Local de Atendimento (*)
90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE 2683 - SERGIPE, 893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa 3 - Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 22 - Data de Atendimento(*)
SP/SADT 14/02/2020

Dados do Beneficiário
 12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)
90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)

21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica

32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta

58 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Adicione os procedimentos desejados a guia

Procedimentos Favoritos ★
Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos! Você não adicionou nenhum procedimento aos seus favoritos!

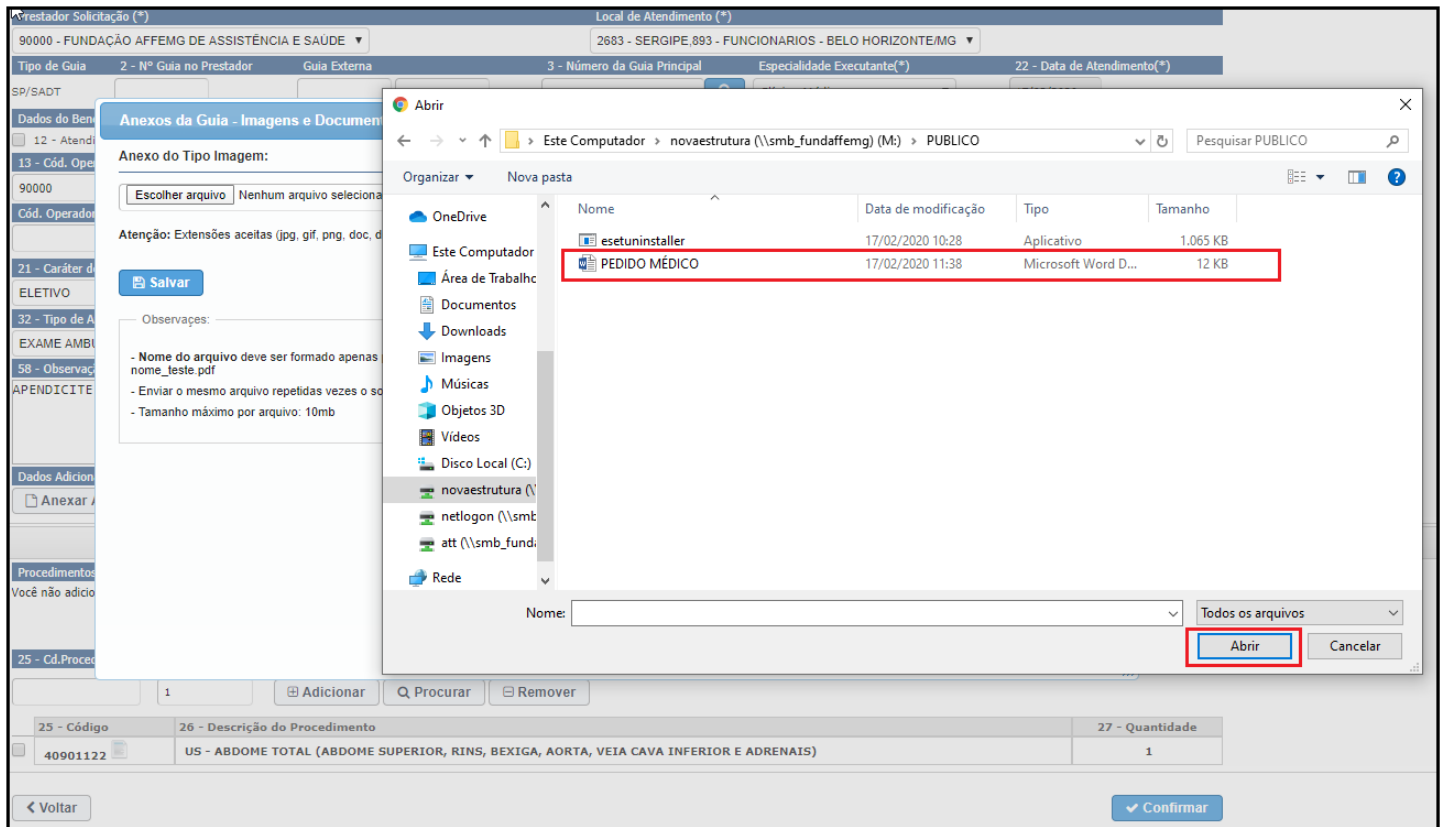
25 - Cd.Procedimento(*) 27 - Quantidade(*) Opções
1

Nenhum procedimento adicionado.

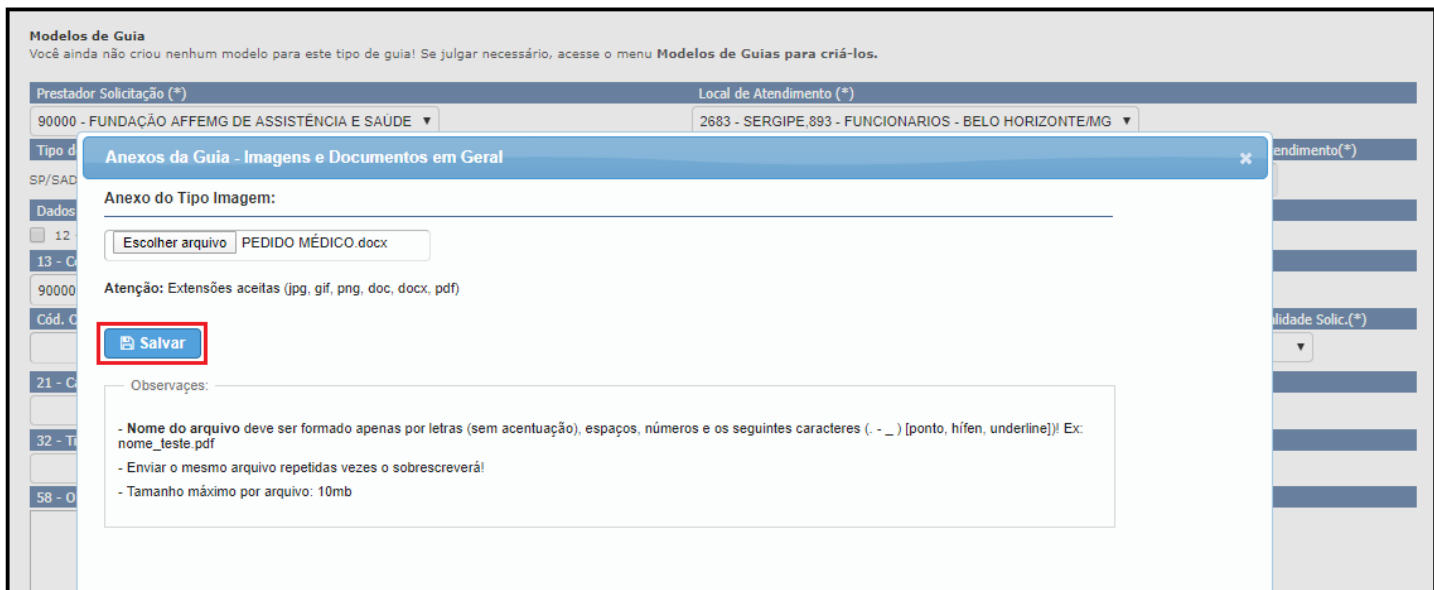
Clicar em escolher arquivo.




Selecionar documento e clicar em abrir.

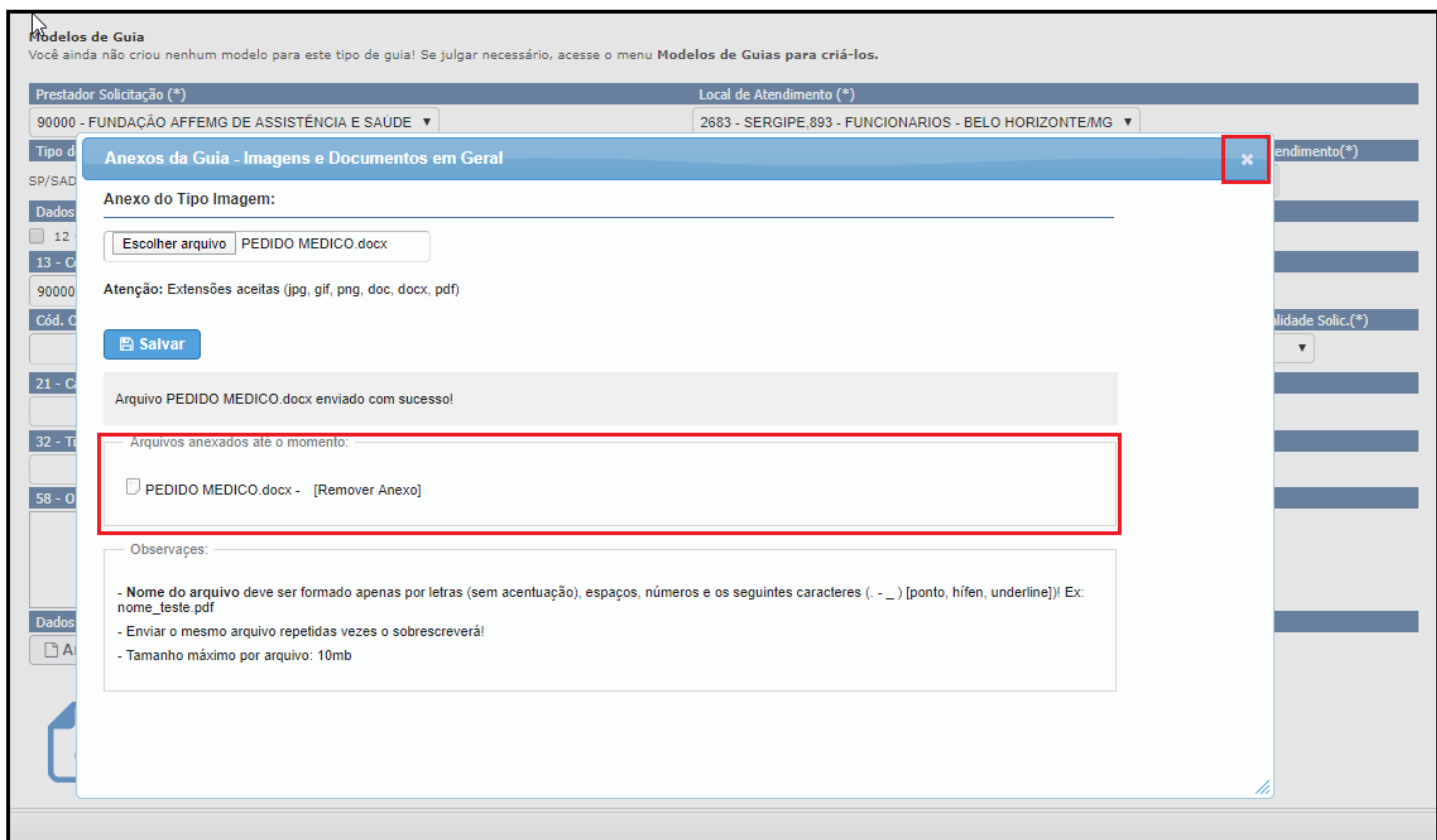


Clicar em salvar.



Caso haja mais documentos a inserir, repetir o processo.

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



Para inserir informações complementares à guia, clicar em complemento em texto.

Prestador Solicitação (*) 90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE Local de Atendimento (*) 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa 3 - Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 22 - Data de Atendimento(*) 14/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)

90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)

21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica

32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta

58 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo **Complemento em Texto**

Arquivos adicionados a esta guia

PEDIDO MEDICO.docx - [Remover Anexo]

Inserir informações e clicar em salvar.

90000 - FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 2683 - SERGIPE,893 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE/MG

Tipo de Guia 2 - Nº Guia no Prestador Guia Externa 3 - Número da Guia Principal Especialidade Executante(*) 22 - Data de Atendimento(*) 14/02/2020

Dados do Beneficiário

12 - Atendimento a Recém-nascido

13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)

90000 FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) 16 - Conselho(*) 17 - Nº Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)

21 - Caráter do Atendimento(*) 23 - Indicação Clínica

32 - Tipo de Atendimento TISS 33 - Indicação de Acidente (*) 34 - Tipo Consulta

58 - Observação/Justificativa

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo **Complemento em Texto**

Arquivos adicionados a esta guia

PEDIDO MEDICO.docx - [Remover Anexo]

Complemento em Texto da Guia

Complemento do Tipo Texto:

ESTAMOS AO AGUARDAR DO FORNECEDOR ENVIAR O ORÇAMENTO DO MATERIAL PARA ENVIARMOS AO PLANO.
GENTILEZA AGUARDAR

Atenção: Máximo de 4000 caracteres


Salvar

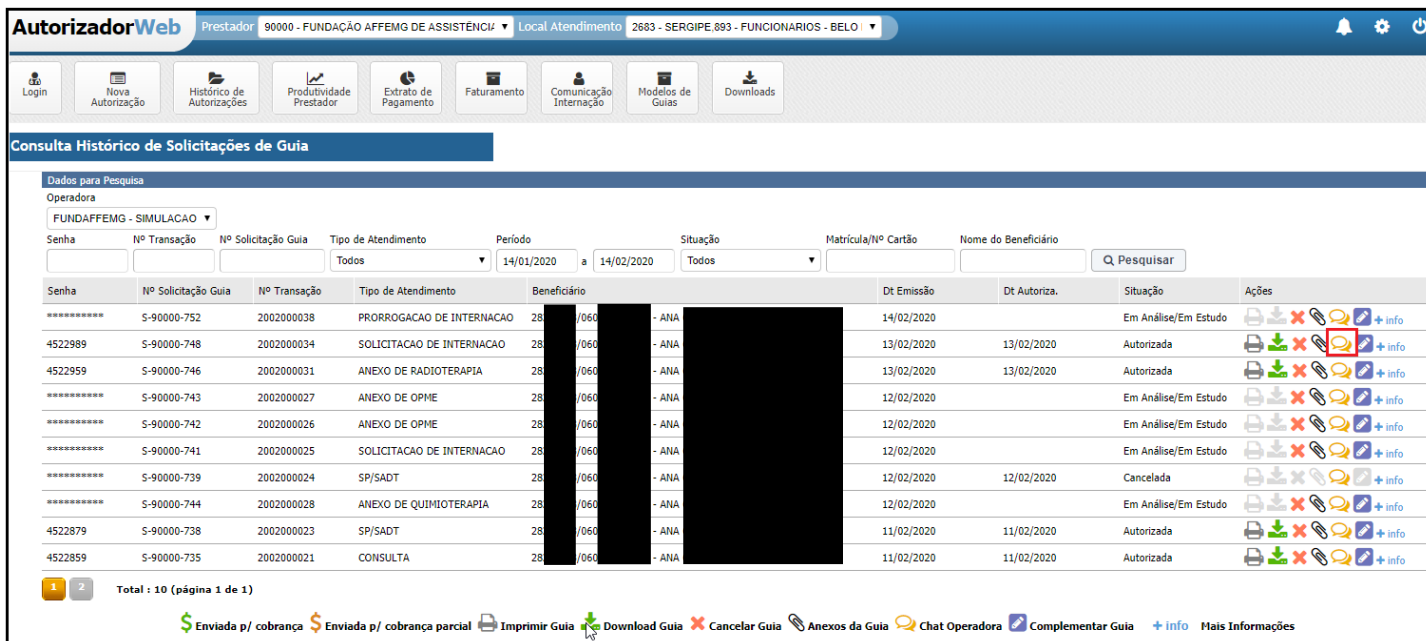
Voltar Confirmar



















































22. CHAT

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

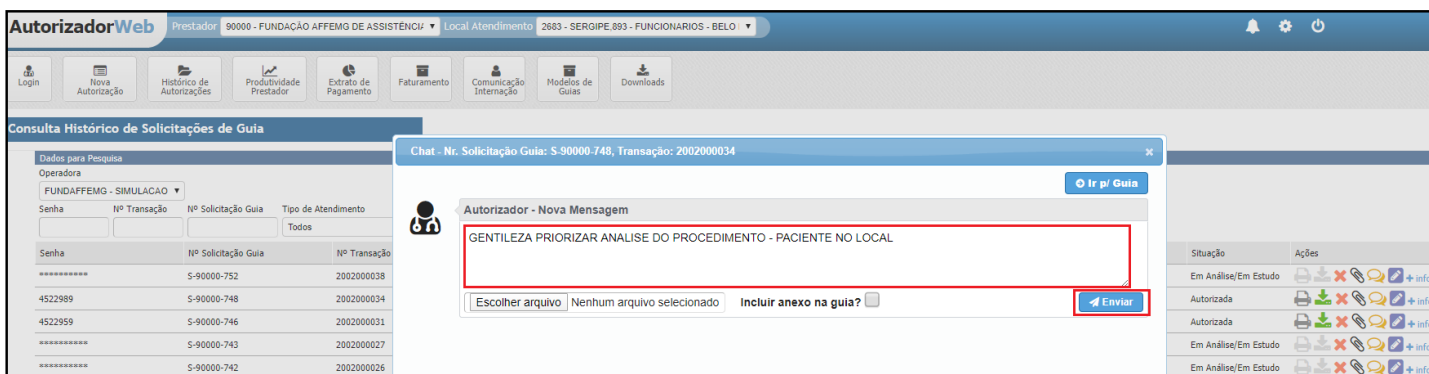
Para enviar mensagem para a operadora, o prestador deverá acessar o historico de autorizações, selecionar guia e clicar

 Chat Operadora



Senha	Nº Solicitação Guia	Nº Transação	Tipo de Atendimento	Beneficiário	Dt Emissão	Dt Autoriza.	Situação	Ações
*****	S-90000-752	2002000038	PRORROGACAO DE INTERNACAO	28 /06/2020	- ANA	14/02/2020	Em Análise/Em Estudo	    
4522989	S-90000-748	2002000034	SOLICITACAO DE INTERNACAO	28 /06/2020	- ANA	13/02/2020	Autorizada	    
4522959	S-90000-746	2002000031	ANEXO DE RADIOTERAPIA	28 /06/2020	- ANA	13/02/2020	Autorizada	    
*****	S-90000-743	2002000027	ANEXO DE OPME	28 /06/2020	- ANA	12/02/2020	Em Análise/Em Estudo	    
*****	S-90000-742	2002000026	ANEXO DE OPME	28 /06/2020	- ANA	12/02/2020	Em Análise/Em Estudo	    
*****	S-90000-741	2002000025	SOLICITACAO DE INTERNACAO	28 /06/2020	- ANA	12/02/2020	Em Análise/Em Estudo	    
*****	S-90000-739	2002000024	SP/SADT	28 /06/2020	- ANA	12/02/2020	Cancelada	    
*****	S-90000-744	2002000028	ANEXO DE QUIMIOTERAPIA	28 /06/2020	- ANA	12/02/2020	Em Análise/Em Estudo	    
4522879	S-90000-738	2002000023	SP/SADT	28 /06/2020	- ANA	11/02/2020	Autorizada	    
4522859	S-90000-735	2002000021	CONSULTA	28 /06/2020	- ANA	11/02/2020	Autorizada	    

Inserir mensagem e clicar em enviar.



Chat - Nr. Solicitação Guia: S-90000-748, Transação: 2002000034

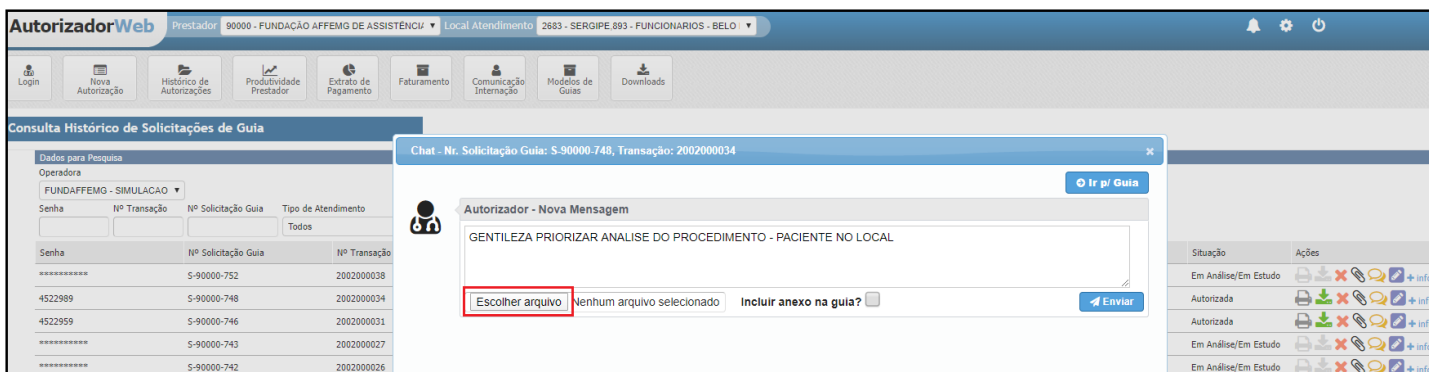
Autorizador - Nova Mensagem

GENTILEZA PRIORIZAR ANALISE DO PROCEDIMENTO - PACIENTE NO LOCAL

Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado Incluir anexo na guia?

Enviar

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



Chat - Nr. Solicitação Guia: S-90000-748, Transação: 2002000034

Autorizador - Nova Mensagem

GENTILEZA PRIORIZAR ANALISE DO PROCEDIMENTO - PACIENTE NO LOCAL

Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado Incluir anexo na guia?

Enviar

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

Chat - Nr. Solicitação Guia: S-90000-748, Transação: 2002000034

Autorizador - Nova Mensagem

GENTILEZA PRIORIZAR ANALISE DO PROCEDIMENTO - PACIENTE NO LOCAL

Escolher arquivo | Nenhum arquivo selecionado | **Incluir anexo na guia? [X]** | Enviar

Senha	Nº Transação	Nº Solicitação Guia	Tipo de Atendimento
*****	S-90000-752		Todos
4522989	S-90000-748	2002000034	
4522959	S-90000-746	2002000031	
*****	S-90000-743	2002000027	
*****	S-90000-742	2002000026	

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

Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula 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 com a liberação da Guia.

Matrícula/Nº Cartão: [] [✓] Data de Nascimento: [] [] [] [] Tipo de Guia: []

> Próximo

Clique para abrir caixa de mensagem.

Mensagens Prestador x Operadora

Clique em um chat para visualizar as mensagens.

1 Guia Nr. Solicitação: S-90000-748, Transação: 2002000034 - SOLICITACAO DE INTERNACAO | Beneficiário: 28230043/060000134200 - ANA CLAUDIA APARECIDA DE PAULA 4522989 14/02/2020 15:29

1 Total : 1 (página 1 de 1)

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

- Login
- Nova Autorização
- Histórico de Autorizações
- Produtividade Prestador
- Extrato de Pagamento
- Faturamento
- Comunicação Internação
- Modelos de Guias
- Downloads

Mensagens Prestador x Operadora

Chat - Nr. Solicitação Guia: S-90000-748, Transação: 2002000034

Ir p/ Guia



Autorizador - Nova Mensagem

Escreva aqui sua mensagem...

Escolher arquivo

Nenhum arquivo selecionado

Incluir anexo na guia?

Enviar



Operadora: mensagem enviada por ANA CLAUDIA APARECIDA DE PAULA às 14/02/2020 15:29

INSERIR PEDIDO MEDICO

23. DÚVIDAS FREQUENTES

1 - Qual o prazo de validade do pedido médico?

Resposta: 30 dias.

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

Resposta: 90 dias.

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

Resposta: O plano FUNDAFFEMG-Saúde não tem objeção quanto ao formato do pedido medico, EXCETO pedidos de múltipla escolha (Marcar X).

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 - Quais são os prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde?

Resposta: Vide tabela a seguir.

Prazos máximos de atendimento

Após o período de carência, o beneficiário terá direito ao atendimento, conforme segmentação do plano (se odontológico ou médico-hospitalar; se ambulatorial ou hospitalar com ou sem obstetrícia; se referência), e este atendimento deverá ocorrer dentro dos prazos máximos.

Confira os prazos máximos para atendimento:

Serviços	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

8 – Onde encontro a diretriz de utilização (DUT) de procedimentos?

Resposta: II ANEXO - ans.gov.br

9 - Onde encontro o ROL de procedimentos?

Resposta: I ANEXO - ans.gov.br

10 - 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.

11 - Para quais procedimentos é necessário que o beneficiário solicite autorização junto à operadora?

Resposta: Nenhum, não é necessário encaminhar o beneficiário até a sede da operadora. O Autorizador Web é o meio mais rápido e seguro de se obter autorização de atendimento e procedimentos para o beneficiário, ficando a cargo do prestador realizar as solicitações.

12 - A FUNDAFFEMG-Saúde disponibiliza pré-senha para atendimento?

Resposta: Não. Todo atendimento deve ser solicitado via Autorizador Web sem necessidade de pré-senha. Ressaltamos que atendimento de alta complexidade deve ser solicitado previamente à operadora.

13 - 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.

14 – Posso solicitar OPME na guia SPSADT?

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

15 – Posso solicitar medicamento em guia de Anexo de OPME?

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

16- Qual é a diferença entre atendimento de urgência e de emergência?

Conforme a Lei que regulamenta os planos de saúde (Lei nº 9.656/98), casos de emergência são aqueles em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente. Por exemplo, um infarto do coração.

Os casos de urgência são aqueles resultantes de acidentes pessoais (por exemplo, uma fratura causada por uma queda) ou de complicações na gravidez.