



DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE  
SECRETARIA EXECUTIVA DO PRÓ-SAÚDE

# MANUAL DO AUTORIZADOR

Manual de Orientação Técnica e Administrativa ao Prestador de Serviços do  
Programa de Assistência à Saúde da Câmara dos Deputados (PRÓ-SAÚDE)

**EDIÇÃO 2023**

# SUMÁRIO

<b>PARTE I: ORIENTAÇÕES GERAIS.....</b>	<b>4</b>
<b>O Autorizador WEB.....</b>	<b>5</b>
<b>Cobertura Assistencial.....</b>	<b>7</b>
<b>Procedimentos não cobertos.....</b>	<b>8</b>
<b>Autorização Prévia (Senhas).....</b>	<b>9</b>
<b>Orientações Gerais sobre Internações.....</b>	<b>12</b>
<b>Orientações Gerais sobre OPME.....</b>	<b>13</b>
<b>Documentação necessária para autorização.....</b>	<b>15</b>
<b>Atendimentos de Urgência ou Emergência.....</b>	<b>16</b>
<b>PARTE II: ROTINAS ESPECÍFICAS.....</b>	<b>18</b>
<b>Odontologia.....</b>	<b>19</b>
<b>Consultas.....</b>	<b>22</b>
<b>SP/SADT (Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia).....</b>	<b>24</b>
SP/SADT Simples.....	24
SP/SADT com OPME.....	27
Anexo de OPME em SP/SADT.....	34
Radioterapia e Quimioterapia Ambulatoriais.....	38
Radioterapia Ambulatorial.....	38
Quimioterapia Ambulatorial.....	43
Solicitação de Complemento de Tratamento.....	48
Solicitação com Guia Principal.....	51
<b>Internações.....</b>	<b>54</b>
Internação Eletiva e Prorrogação.....	54
Solicitação.....	54
Prorrogação.....	58
Internação com OPME.....	61
Internação com Radioterapia e Quimioterapia.....	66
Radioterapia.....	69
Quimioterapia.....	72
Solicitação de Complemento de Tratamento.....	76
Anexo de OPME em Internação.....	79
Radioterapia em Internação.....	83
Quimioterapia em Internação.....	85
<b>Oncologia.....</b>	<b>96</b>
Radioterapia Ambulatorial.....	96
Quimioterapia Ambulatorial.....	101
Radioterapia em Internação.....	83
Quimioterapia em Internação.....	88
Anexos em Internação.....	103
<b>Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).....</b>	<b>108</b>
Internação com OPME.....	61
SP/SADT com OPME.....	27
Anexo de OPME em Internação.....	79
Anexo de OPME em SP/SADT.....	34
<b>Fluxo de Comunicação e Reconsideração de Senhas.....</b>	<b>110</b>
Comunicações.....	110
Consulta das Negativas (Senhas Negadas ou Autorizadas Parcialmente).....	111
Reconsideração de Guia de Autorização Concluída.....	113

# APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de padronizar e facilitar os procedimentos referentes à identificação e à elegibilidade de beneficiários e aos de regulação médica (autorizações), o Pró-Saúde oferece aos seus prestadores o presente Manual. Nele estão disponíveis, de maneira acessível e amigável, orientações sobre a vasta gama de procedimentos cobertos pelo Pró-Saúde, com tutoriais de fácil compreensão e localização.

O Manual está dividido em duas partes: Orientações Gerais e Rotinas Específicas. Na primeira, constam informações sobre o funcionamento geral do Pró-Saúde (cobertura, elegibilidade, fluxo geral de procedimentos) e do sistema Autorizador WEB. Na segunda parte, há diversos tutoriais de procedimentos específicos, para consulta do prestador.

É importante frisar que o Pró-Saúde se rege, além das normas contratuais, pelas disposições, rotinas e tabelas constantes deste Manual, e não se responsabiliza por procedimentos realizados fora dos marcos estabelecidos.

Contamos com a colaboração e integração do credenciado para garantir o melhor fluxo nas autorizações e negociação contratuais visando eficiência e satisfação dos nossos beneficiários e das partes envolvidas na prestação dos serviços em saúde.

## SOBRE O PRÓ-SAÚDE

O Programa de Assistência à Saúde da Câmara dos Deputados (PRÓ-SAÚDE), proporciona assistência médica complementar aos servidores e parlamentares da Câmara dos Deputados e a seus dependentes, com vistas à prevenção, ao tratamento, à reabilitação e à recuperação da saúde, mediante modelo associativista, de caráter estritamente social.

CANAIS DE ATENDIMENTO  
AO PRESTADOR

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
0800-729-2326  
(OPÇÃO 2, PRESTADORES)

E-MAIL  
docscredenciamento@camara.leg.  
br

SITE  
prosaude.camara.leg.br

# **PARTE I:**

# **Orientações Gerais**

# INTRODUÇÃO

A solicitação de procedimentos de qualquer natureza será realizada exclusivamente pelo Autorizador WEB, conforme as instruções deste Manual. Essa disposição aplica-se, inclusive, a procedimentos que não exigem autorização prévia, caso em que a senha de autorização servirá para verificar a elegibilidade do beneficiário e, em caso afirmativo, autorizará o procedimento automaticamente.

Em caso de inoperância do sistema, ou qualquer outro tipo de impossibilidade ou inconsistência técnica, o prestador deverá,

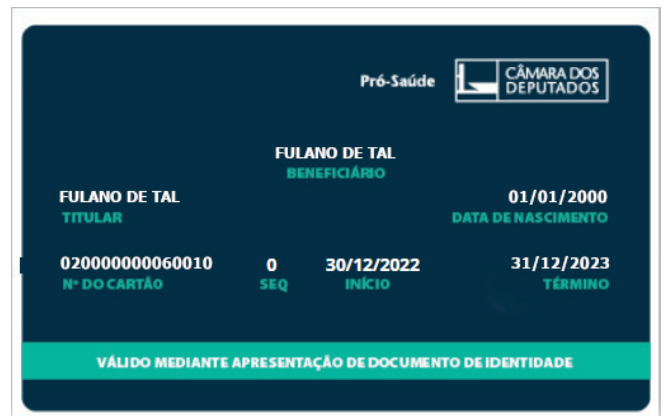
excepcionalmente, entrar em contato com a Central de Relacionamento (0800-729-2326), para obter orientações.

Importante frisar que, em caso de procedimentos que não exigem autorização prévia e que sejam solicitados em conjunto com procedimentos que têm exigência de regulação médica, a autorização só se dará ao fim da análise do conjunto dos procedimentos. Sugerimos cadastrar pedidos separados para procedimentos com autorização imediata e procedimentos que exigem regulação médica.

## IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Para a realização de procedimentos ou pedidos de autorização prévia, é obrigatória a apresentação do cartão do beneficiário dentro da validade e de documento oficial com foto. O cartão do beneficiário é oferecido apenas na modalidade digital, pelo portal do Pró-Saúde ou pelo aplicativo para dispositivos móveis (disponível na Apple App Store e na Google Play Store). Todavia, poderá ser aceita versão impressa do cartão, caso o beneficiário tenha optado por imprimi-lo.

Endereço do Portal do Pró-Saúde: [prosau-de.camara.leg.br](https://prosau-de.camara.leg.br)



## O AUTORIZADOR WEB

O sistema autorizador permite solicitar autorização, verificar o status das guias, cancelar guias, confirmar internação e alta, consultar prestadores, beneficiários e eventos, realizar prorrogação de diárias, imprimir guias avulsas no padrão TISS, anexar documentos, entre ou-

tros. É importante frisar que o Pró-Saúde opera apenas com autorizações eletrônicas, mas as guias assinadas pelo beneficiário deverão ser digitalizadas e enviadas para fins de faturamento, conforme detalhado no Manual de Faturamento.

O Autorizador WEB está disponível no seguinte endereço:

[camara.bennercloud.com.br/Autorizador](http://camara.bennercloud.com.br/Autorizador)

Na ocasião do credenciamento, será gerada o acesso à ferramenta, com envio de nome de usuário e senha provisória. Recomendamos que a senha inicial seja alterada já no primeiro acesso, conforme imagens ao lado.

## LOGIN

Após a alteração da senha, basta digitar o nome de usuário e a nova senha e clicar em "Entrar". Na impossibilidade de acesso, solicitar login e senha, via e-mail, para [docscredenciamento.das@camara.leg.br](mailto:docscredenciamento.das@camara.leg.br), informando o número do CNPJ.

## ATENDIMENTO POR E-MAIL

O prestador poderá ainda utilizar o canal de atendimento para assuntos relacionados à prestação de serviços na área de assistência médica e odontológica, e-mail: [docscredenciamento.das@camara.leg.br](mailto:docscredenciamento.das@camara.leg.br).

Esse canal de atendimento está disponível para:

- Manutenção cadastral (credenciamentos, suspensão de atendimento, extensões de credenciamento, descredenciamento) dos prestadores de serviços do Pró-Saúde;
- Atualização dos documentos de habilitação e funcionamento do estabelecimento de saúde;
- Atualização do corpo clínico;
- Análise técnica/administrativa da documentação para fins de formalização de termos/contratos de credenciamento com prestadores, conforme regras estabelecidas pelo Pró-Saúde.
- Solicitação para alteração de condições contratuais

Identificação

Informe seu usuário e senha de acesso ao sistema.

Usuário: 61590410000124

Senha: [oculto]

Entrar

[Esqueci minha senha](#)

Benner VES - 2006.213.16.11

Identificação

Informe seu usuário e senha de acesso ao sistema.

Senha atual [ ]

Nova senha [ ]

Confirmação [ ]

Alterar

**Sua senha expirou**

Benner VES - 2006.213.16.11

## ATENÇÃO

Caso a senha seja digitada incorretamente 3 (três) vezes, não será possível recuperá-la via e-mail.

Nesse caso, o prestador deverá entrar em contato com o Call Center ou enviar e-mail para o reset de senha.

# COBERTURA ASSISTENCIAL

Estão incluídos na cobertura do Pró-Saúde, todos os serviços do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dos normativos do Programa de Saúde do Câmara dos Deputados – Pró-Saúde.

O Pró-Saúde oferece uma única modalidade de plano e sua segmentação de cobertura é do tipo Ambulatorial, mais hospitalar com obstetrícia, mais odontológico. O Pró-Saúde adota para acomodação hospitalar de seus Beneficiários o padrão apartamento (quarto privativo com banheiro).

- Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- Tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;
- Internações hospitalares, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, a critério do médico assistente;
- Assistência psiquiátrica;
- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- Cobertura de taxas (previstas em contrato), incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- Cobertura de despesas de acompanhante de idoso com idade superior a 60 anos, de crianças e adolescentes menores de 18 anos; de portadores de necessidades especiais e das gestantes em trabalho de parto, durante e após o parto.
- Remoção para outro centro clínico, quando caracterizada a emergência e a inexistência de condições técnicas locais;
- Cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;
- Cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- o cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;
- o cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;
- Assistência psicossocial;
- Home Care

# PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

## Estão excluídos da Cobertura Assistencial do Pró-Saúde:

- Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo órgão competente de fiscalização da medicina, procedimentos antiéticos, ou que não sejam respaldados pela Medicina Baseada em Evidências (“MBE”);
  - Cirurgias de redesignação sexual;
  - Inseminação artificial, e procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos de apoio a esta técnica;
  - Produtos para saúde ou técnicas ainda não reconhecidos ou registrados pelos órgãos competentes de fiscalização;
  - Tratamentos clínicos, cirúrgicos, ou de qualquer natureza, relativos a rejuvenescimento e perda de peso com finalidade estética, em suas várias modalidades;
  - Aparelhos estéticos de substituição, óculos, lentes de contato, aparelhos destinados ao controle da apneia do sono, como CPAP e similares, e aparelhos ortopédicos;
  - Tratamento em clínicas de emagrecimento estético, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
  - Gastos hospitalares extraordinários, inclusive os referentes a acompanhante;
  - Despesas com medicamentos e outros produtos farmacêuticos para uso domiciliar ou ambulatorial (consultório), assim compreendidos aqueles que não requeiram administração assistida, não necessitem de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado, ou cujo uso não seja exclusivamente hospitalar, disponíveis para aquisição por pessoas físicas em farmácias de acesso público, ressalvados os antineoplásicos orais e a medicação fornecida no âmbito de assistência domiciliar (home care), ressalvados casos de programas especiais de assistências aos beneficiários, para determinados distúrbios de saúde, definidos e regulamentados pelo Conselho Diretor;
  - Medicamentos registrados na Anvisa prescritos para uso diverso do previsto em bula, caráter off label, salvo quando existente parecer favorável da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (Conitec);
  - Tratamentos clínicos ou cirúrgicos realizados fora do País, salvo, sob a forma de ressarcimento, quando inexistentes ou esgotados os recursos no País, mediante indicação médica, prévia avaliação da unidade administrativa de assistência à saúde e parecer favorável da auditoria médica oficial;
  - Próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como os não registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou os que, ainda que reconhecidos pela agência fiscalizadora, possuam similar nacional de desempenho semelhante ou superior devidamente atestado em parecer da auditoria médica oficial;
- Clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar;
- Despesas com produtos farmacêuticos contraídos fora do atendimento médico ou período de internação hospitalar;
  - Medicamentos para tratamento domiciliar e utilizados em regime ambulatorial a exceção de antineoplásicos;

- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados ou cuja indicação não esteja prevista em bula;
- Atendimento por profissionais não inscritos nos órgãos fiscalizadores da respectiva profissão, aplicação de técnicas não reconhecidas por esses órgãos, ou procedimentos que contrariem o seu código de ética;
- Transporte para outras localidades e hospedagem;
- Remoções aéreas;
- Enfermagem em caráter particular, incluindo cuidadores de pessoas;

Ressarcimento de qualquer despesa realizada em instituição credenciada, exceto para itens com cobertura prevista pelo Programa, mas não contratados junto à instituição credenciada.

## **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA (SENHAS)**

Todos os procedimentos, inclusive consultas, devem ser solicitados através do AUTORIZADOR WEB. O prestador deve utilizar a ferramenta autorizadora para preenchimento da Guia de acordo com a modalidade do atendimento.

Para alguns serviços e procedimentos será necessária análise prévia da solicitação pela auditoria, evitando a realização de procedimentos irregulares ou que não preencham os pré-requisitos das Diretrizes de Utilização ou que não façam parte do Rol de Serviços da ANS.

As guias com serviços e procedimentos que não demandam Autorização Prévia, serão automaticamente autorizadas, desde que o beneficiário seja elegível. Essa senha de autorização é necessária apenas para a verificação de elegibilidade

Nas guias contendo procedimento ou serviço que exija análise médica mais detalhada, conhecida como Regulação Médica, o sistema apresentará o status da Guia com "Em análise" e a conclusão de análise obedecerá aos prazos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

O procedimento com autorização automática solicitados em conjunto com procedimentos que exigem Regulação Médica só serão autorizados após a análise dos demais procedimentos. Caso necessário, o prestador deverá gerar guias separadas, quando possível.

As guias autorizadas apresentam a logomarca própria do Pró-Saúde o que permite a impressão pelo credenciado com os dados impressos de prestador, beneficiário, senha e procedimentos/quantitativos autorizados, faltando apenas a identificação da data de efetiva realização e assinatura do paciente.

A senha de autorização prévia é emitida com base na codificação de serviços, conforme disposto na Tabela própria do Pró-Saúde prevista em contrato com o credenciado, e tem validade por 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da sua emissão.

## Prazos da Garantia de Atendimento

**Imediato: Urgência/Emergência** – Quando caracterizado pelo Médico Assistente (profissional que atende o beneficiário) deve ser tratado de forma imediata.

**Em até 3 dias úteis** – Alguns serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial, exemplo: Dímero D.

**Em até 10 dias úteis** – Serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial. Exemplos: Quimioterapia, tratamentos realizados por sessão (Reabilitação).

**Em até 21 dias úteis** – Procedimentos de Alta Complexidade e Regime de Internação Eletiva, geralmente possuem materiais especiais.

**Importante:** Estes são prazos máximos, mas o Pró-Saúde tem concluído a análise dos pedidos em prazos médios bem inferiores, garantindo agilidade aos prestadores e satisfação aos nossos beneficiários, conforme o quadro abaixo.

Serviços	Prazos máximos de atendimento ANS (em dias úteis)	Câmara - Pró Saúde (em dias úteis)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3	2
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10	2 dias úteis (S/ OPME) 4 dias úteis (C/ OPME)
Atendimento em regime de internação eletiva sem OPME	21	2
Atendimento em regime de internação coletiva com OPME	21	7
Urgência e emergência	Imediato	Imediato
Domiciliar (Home Care)	Prazo não previsto	2

### Procedimentos que Necessitam de Regulação Médica

Segue uma relação de procedimentos frequentes que exigem autorização prévia. A lista é apenas exemplificativa, e outros procedimentos podem, também, necessitar de regulação médica.

- Angiografias; CAPD e hemodiálise ambulatorial;
- Cintilografias;
- Cirurgias ambulatoriais;
- Cirurgias com necessidade de internação hospitalar;
- Curativos seriados ambulatoriais.
- Day clinic e internação em curta permanência (até 6 horas).
- Hemoterapia ambulatorial;
- Intercorrência cirúrgica em internações clínicas;
- Medicina hiperbárica;
- Oxigenoterapia hiperbárica;
- Polissonografias;
- Procedimentos e serviços médicos invasivos.
- Procedimentos realizados por via endoscópica ou vídeo assistidos, tais como en-

doscopia digestiva alta, colonoscopia, toracoscopia, nasofibrolaringoscopia, mediastinoscopia e artroscopia;

- Prorrogação de internação;
- Punção biópsia guiada por imagem;
- Quaisquer procedimentos ambulatoriais que demandem cobrança de auxiliares, anestesistas ou acomodação em day clinic;
- Quimioterapia e radioterapia;
- Remoção inter-hospitalar e, em eventualidades específicas, de alta hospitalar;
- Tratamentos com medicamentos de alto custo (retrovirais, imunobiológicos, etc);
- Uso de OPME;
- Quaisquer outros exames ou procedimentos ambulatoriais que tenham diretriz de utilização no Rol da ANS.

## Terapias por Sessão

O tratamento continuado é a assistência por meio de cuidados permanentes, prestados fora do regime de internação hospitalar por prestador credenciado. Tais procedimento incluem:

- Acupuntura;
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Psicologia;
- Psiquiatria;
- Terapia ocupacional.
- RPG
- Pilates
- Hidroterapia

Para execução dos tratamentos continuados o prestador deve preencher a guia de serviços de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) e o beneficiário deve assinar a cada sessão realizada. Deverá ser criada uma guia de serviços SADT, **para cada conjunto de no máximo 10 sessões.**

Para os serviços de **acupuntura, fisioterapia, RPG, pilates e hidroterapia**, o Pró-Saúde exige a solicitação médica com indicação para o tratamento, bem como, reavaliação a cada três meses dos profissionais assistentes com emissão de relatório com evolução do tratamento. Esta documentação deverá ser encaminhada no pedido de autorização e no envio da conta a ser faturada.

Para os tratamentos de **fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional** o beneficiário deverá se submeter a consulta com esses profissionais para indicação do tratamento terapêutico. Esses profissionais deverão reavaliar a evolução do tratamento a cada três meses com emissão de relatório detalhado. Este relatório deverá ser encaminhado junto com o envio da conta a ser faturada.

**O Pró-Saúde não concede cobertura para os tratamentos de equinoterapia e equoterapia**

# ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE INTERNAÇÕES

Para a realização de internações eletivas há sempre a necessidade de solicitação de autorização prévia. As autorizações de internação, renovação e prorrogação serão concedidas através do Autorizador Web.

## Eventos Vinculados à Internação

Estão sujeitas a autorização prévia, mediante a obtenção de senhas específicas, os seguintes eventos vinculados à internação:

- prorrogação do período previamente liberado;
- remoção para tratamentos/exames em outro prestador;
- uso de órteses, próteses ou materiais especiais – OPME, independente do valor
- uso de medicações especiais e de alto custo
- intercorrência cirúrgica em internações clínicas.

Não há necessidade de autorização prévia para exames, tratamentos, medicamentos simples e materiais descartáveis (simples) requeridos no decorrer da internação.

As autorizações serão concedidas diretamente aos prestadores que as solicitarem, após análise administrativa e técnica. Junto à solicitação médica deverão ser anexados relatórios médicos ou exames pertinentes elucidativos sempre que o prestador julgar necessário para facilitar o processo de Regulação Médica.

## Internação em Urgência e Emergência

Nos casos de internação de urgência e emergência, a autorização de internação deverá ser solicitada em até 24 (vinte e quatro) horas úteis através do AUTORIZADOR WEB, sem prejuízo da Pró-Saúde optar por avaliar a internação de urgência e emergência por meio de auditoria in loco.

# ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE OPME

Para utilização de órteses, próteses e materiais especiais de implante cirúrgico (OPME) é sempre necessária a solicitação prévia de autorização, salvo em caso de urgência e emergência (vide orientações específicas para procedimentos de urgência e emergência)

Em eventos eletivos, a solicitação de autorização e a respectiva documentação deverá ser anexada diretamente pelo prestador, via AUTORIZADOR WEB, utilizando-se a GUIA INTERNAÇÃO COM OPME ou se solicitada posteriormente ao evento principal, utilizar a GUIA ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE OPME, em um prazo mínimo de 7 (sete) dias úteis de antecedência da data prevista da internação.

O Programa de Saúde – Pró Saúde se reserva ao direito de compra direta de órteses, próteses e materiais (OPME) especiais de alto custo junto a fornecedores. Caso não seja efetuada compra direta, os referidos materiais só poderão ser utilizados mediante a prévia e formal autorização através de senha.

A indicação de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) para ser utilizada em procedimento médico é de competência do médico assistente. Tal indicação deverá ser justificada clinicamente, sendo-lhe, porém, vedado exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos

## Medicamentos Especiais e de Alto Custo

Os medicamentos considerados especiais e/ou de alto custo, para uso ambulatorial ou no transcorrer de uma internação, quando cobertos, necessitam de autorização prévia pelo **Pró-Saúde**.

Para a autorização é necessário que o credenciado envie no momento da solicitação relatório médico com a prescrição, justificativa médica, dose diária e tempo de tratamento.

Os medicamentos deverão ser prescritos pelo princípio ativo, e, caso possuam valor superior a R\$ 1.000,00 (mil reais) **em dose unitária** necessitarão de autorização do **Pró-Saúde**.

Exemplos de medicamentos considerados especiais:

- Quimioterápicos e adjuvantes de tratamento oncológico (todos);
- Demais imunomoduladores; anticorpos monoclonais e imunobiológicos;
  - o Albumina
  - o Surfactante
  - o Interferons alfa e beta
  - o Zoladex
  - o Tsh recombinante/Alfatirotropina (Thyrogen)
  - o Abciximab Reopro
  - o Ácido zoledrônico (Zometa/aclasta)
  - o Alteplase (Actilyse)
  - o Amifostina (Ethyol)
  - o Anfotericina B (Abelcet, amphocil)
  - o Complexo lipídico
  - o Anfotericina B Ambisome
  - o Lipossomal
  - o Anidulafungina (Ecalta)
  - o Antiinibidor dos fatores VIII e IX (Feiba)
  - o Antitrombina III (Kybernin)
  - o Atosibano (Tractocile)
  - o Drotrecogina alfa (Xigris)
  - o Eritropoetina (Eprex, hemax, recormon, alfaepoetina, eritromax)
  - o Estreptoquinase (Streptase)

- o Infiximab (Remicade)
- o Interleucina (Proleukin)

**Importante:** Outros medicamentos que venham a ser incorporados na prática médica e na cobertura do Pró Saúde e/ou cujo valor do tratamento total **exceda R\$ 1.000,00 em dose unitária** também são sujeitos á autorização prévia.

A guia para solicitar autorização é a mesma do anexo OPME.

# DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA AUTORIZAÇÃO

Durante a análise, nossos profissionais auditores trabalham para preservar a saúde do beneficiário e garantir o cumprimento das Diretrizes dos órgãos reguladores, evitando a realização de procedimentos irregulares ou contraindicados e/ou a utilização de materiais inadequados. Para subsidiar a análise das solicitações apresentamos uma relação com documentação mínima obrigatória, caso a caso.

## Procedimentos/eventos que necessitam de autorização prévia:

- Pedido do profissional assistente - nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, data da solicitação, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, CPF do profissional, bem como seu telefone e e-mail.;
- Laudo de exames complementares que justifiquem a realização do procedimento;
- Exames de imagem, quando houver;
- Relatório médico detalhado.

## Utilização de Orteses, próteses, materiais especiais e medicamentos de alto custo:

- Pedido Médico - nome completo da paciente, idade, procedimento solicitado com justificativa, data provável do ato cirúrgico, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, o CPF do profissional; bem como seu telefone e e-mail.
- Descrição técnica dos materiais indicados e suas respectivas quantidades (Características: tipo, matéria-prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como, de todo o instrumental compatível necessário e adequado à execução do procedimento;
- **Tempo de uso previsto, em caso de tratamento temporário;**
- **Três orçamentos da órtese, da prótese ou do implemento médico-hospitalar;**
- **Prescrição do medicamento pelo princípio ativo.**

## Laqueadura Tubária:

- Pedido Médico - nome completo da paciente, idade, procedimento solicitado com justificativa, data provável do ato cirúrgico, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional, bem como seu telefone e e-mail.
- Laudo de exames relacionados à solicitação, quando houver.
- Relatório médico detalhado, informando sobre: o risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto. o na realização durante o período de parto ou aborto, informar a quantidade de cesarianas anteriores e se são sucessivas ou não.
- **Termo de Declaração e Compromisso.**

## Procedimentos Odontológicos:

- A documentação dependerá do tipo de procedimento solicitado. Consulte o portal do Pró-Saúde no link <https://prosaude.camara.leg.br/credenciados/tabelas/> e será possível conhecer a documentação exigida por procedimento constante na tabela de cobertura odontológica.

# ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Conforme disposto em preceito legal, é vedado mecanismos de Regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência e em atendimento a legislação, o Pró-Saúde orienta quanto a não necessidade de obtenção e autorização prévia nestas situações, mesmo que os procedimentos que venham a ser executados exijam autorização, conforme este manual.

O processo de elegibilidade é realizado durante a emissão da guia de consulta de pronto socorro.

Em caso de urgência ou emergência que implique a necessidade de internação imediata ou intervenção cirúrgica, bem a realização dos serviços relacionados no item 6.2, ou seja, que requer autorização prévia, o credenciado tem o prazo de 24 (vinte e quatro) horas úteis, após o atendimento inicial, para regularizar a solicitação da senha. O Credenciado deve se atentar aos prazos previstos para encaminhamento dos pedidos de autorizações, em caso de realização de procedimentos ou serviços sem autorização prévia, o Pró-Saúde aplicará glosa total, caso não seja identificada pertinência técnica.

O atendimento inicial de urgência ou emergência só pode ser realizado por prestadores credenciados para este fim, devendo ser também faturados via WEB.

## Uso de OPMEs na urgência ou emergência

Nas solicitações de autorizações envolvendo o uso de OPMEs em procedimento de urgência, a relação de materiais e demais documentações deverão ser enviadas com a justificativa da adoção da alternativa eleita para avaliação da auditoria médica.

Nesses casos o prestador deverá ainda encaminhar:

- a) Pedido médico, acompanhado da justificativa;
- b) Descrição dos materiais com suas especificações e número do registro na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária);
- c) Exames comprobatórios;
- d) Orçamento para itens com valor unitário ou total superior a R\$ 1.500,00;
- e) Relatório Cirúrgico;
- f) Relação dos materiais (OPME) utilizados no procedimento junto com seus respectivos lares;

Deverão ser considerados como OPME e, portanto, sujeitos a prévia autorização (senha), todos os materiais especiais independente do valor mínimo e que estiverem incluídos na listagem de materiais implantáveis da ANS; Estiverem classificados como PRÓTESE na tabela da SIMPRO; Estiverem classificados como MATERIAIS DE SÍNTESE na tabela da SIMPRO, exceto fios de sutura.

Outros: curativos especiais (com hidrocolóide, hidrogel, alginato, polímero, carvão, vácuo), cateteres de longa permanência; agulhas e kits de biópsia, agulhas de dissecação, colas biológicas, bombas de analgesia, morfina de qualquer tipo, splints nasais, entre outros.

A indicação de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) para ser utilizada em procedimento médico é de competência do médico assistente. Tal indicação deverá ser justificada clinicamente, sendo-lhe, porém, vedado exigir fornecedor ou marca comerciais exclusivos

## Uso de Medicamentos Especiais na urgência ou emergência

Os medicamentos deverão ser prescritos pelo princípio ativo, e, caso possuam valor superior a R\$ 1.000,00 (mil reais) em dose unitária necessitarão de autorização do Pró-Saúde.

O Pró-Saúde não remunera:

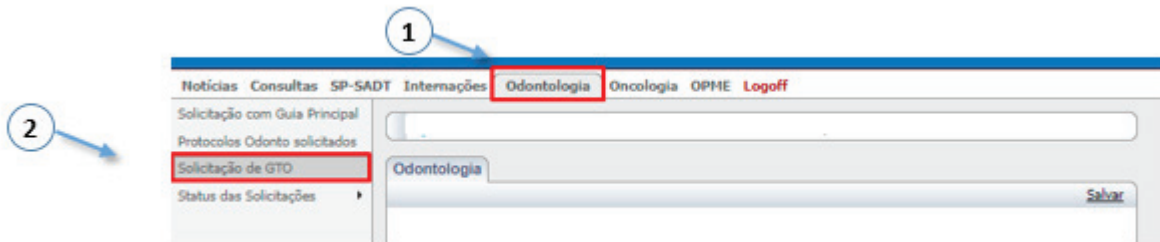
- a) Medicamentos manipulados;
- b) Medicamento sem registro na Anvisa, bem como, o uso de medicamento sem a finalidade terapêutica prevista na bula, ou seja, prescrição médica para outras terapêuticas que não constam originalmente na bula (medicamento off label).

# **PARTE II: ROTINAS ESPECÍFICAS**

# SOLICITAÇÃO DE GTO (GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO)

Para uso exclusivo nas cobranças de procedimentos odontológicos.

Selecione a aba Odontologia (1) e, em seguida, selecione a opção "Solicitação de GTO" (2);

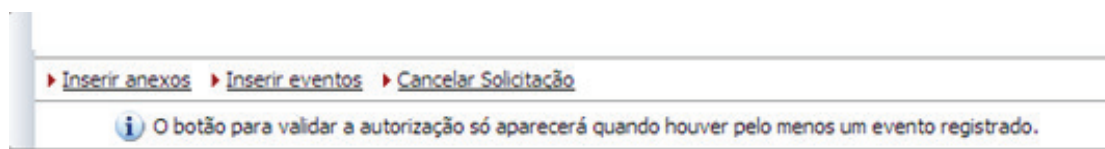


Preencher a solicitação na ordem de cima para baixo da esquerda para direita. Os campos em vermelho são obrigatórios. Depois de preenchidos clicar no botão [Salvar], no topo da tela de solicitação da Solicitação.

# ODONTOLOGIA

CAMPO	OBSERVAÇÃO
1	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone de Contato e e-mail de contato.
2	Preencher com o número da guia do prestador.
3	Número do Cartão do Beneficiário. Após digitar, apertar a tecla [ENTER] do teclado para o sistema buscar o beneficiário. É possível buscar com os 12 primeiros dígitos do número do cartão. Os dados do Beneficiário aparecerão preenchidos nos campos abaixo. Fazer a confirmação dos mesmos para continuar o preenchimento.
4	O campo "Prestador" já com o nome cadastrado no CPF ou CNPJ utilizado para acessar o sistema. Caso não preencher com o nome cadastrado no CPF ou CNPJ utilizado para acessar o sistema.
5	Dados do dentista que solicitou o procedimento. Preenchimento obrigatório. Obs: O campo CBOS se refere a especialidade do médico solicitante. Para facilitar a busca, utilize o símbolo % antes do início do nome. Ex.: %cardio ou %neuro.
6	Dados do profissional que está realizando o procedimento. Preenchimento obrigatório. Obs: O campo CBOS se refere a especialidade do médico solicitante. Para facilitar a busca, utilize o símbolo % antes do início do nome. Ex.: %cardio ou %neuro.
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamento Odontológico: Procedimentos odontológicos gerais</li> <li>- Ortodontia: Procedimentos para correções dentárias através de aparelhos ortodônticos.</li> <li>- Exame Radiológico: Exames Radiológicos Gerais</li> <li>- Urgência/Emergência: Atendimento de Urgência/Emergência</li> </ul>

Após salvo, aparecerá, acima da solicitação, os botões para inserir eventos, anexos ou cancelar a solicitação.



Para inserir eventos, basta clicar na opção "Inserir Eventos". Uma nova página se abrirá.

Preencher campo Descrição/Código com o código TUSS e o campo Quantidade. Para cada procedimento Odontológico, deve ser colocado o local onde o procedimento será feito (Arcada, Semi Arcada, Segmento, Dente, Face) de acordo com o tipo de procedimento solicitado.

Caso haja mais algum procedimento a ser lançado, clicar em Salvar/Novo. Caso a Autorização seja apenas para um evento, clicar em Salvar. Neste caso o sistema volta para a tela com os dados da autorização.

The screenshot shows a window titled "Procedimento/Evento". At the top right, there are buttons for "Salvar", "Salvar / Novo", and "Cancelar". Below the title bar is a text input field labeled "Descrição/Código\*" with a search icon on the right. Underneath this field is a note: "\* Observação: Para realizar a busca pelo código do evento, é necessário utilizar pontuação. (ex: 1.01.01.012)". Below the note are two input fields: "Estrutura" and "Quantidade". The "Quantidade" field contains the number "1". At the bottom of the window, there is a note: "\* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório".

O botão Validar/Salvar só aparece quando existem eventos inseridos na Solicitação.

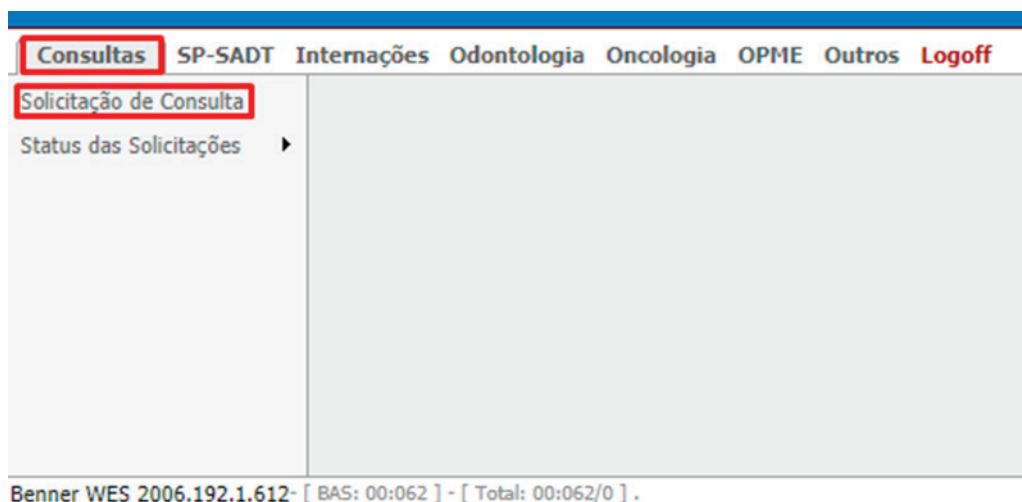
Caso haja a necessidade de incluir alguma documentação, clicar em Inserir Anexos.

O processo é semelhante ao Inserir eventos. Para incluir apenas um documento, clicar em Salvar, ou caso queira incluir mais de um documento, clicar em Salvar/Novo. Lembre-se de clicar em Salvar para que o anexo seja incluído.

# CONSULTAS

Essa opção deve ser utilizada para consultas eletivas realizadas em clínicas, ambulatórios, consultórios médicos e hospitais (em atendimento ambulatorial), inclusive especialidades paramédicas cobertas pelo Pró-Saúde.

Selecione a aba de **Consulta** e após o selecione a opção **Solicitação de Consulta**.



Preencha a solicitação na ordem de cima para baixo, da esquerda para direita. Os campos em vermelho são obrigatórios. Depois do preenchimento, clique no botão **Salvar** que se encontra no início da tela de solicitação.

O formulário de **Solicitação de Consulta** contém os seguintes campos e seções:

- Dados da Solicitação:** **Nº da guia no Prestador** (campo obrigatório em vermelho).
- Dados do Beneficiário:** **Cartão de Identificação** (campo obrigatório em vermelho), **Atendimento ao RN** (checkbox), **Nome**, **Data de Nasc.**, **CPF**, **Nome Mãe**, **Plano**.
- Dados do Contratado/Credenciado:** **Prestador** (campo obrigatório em vermelho), **CNPJ/CPF**.
- Dados do Profissional Executante:** **Nome**, **Conselho Profissional** (campo obrigatório em vermelho), **UF Conselho**, **Número no conselho**, **CBO** (campo obrigatório em vermelho).

Botões de ação: **Validar**, **Salvar**, **Novo**.

**Dados do Atendimento**

Caráter de Atendimento: Eletivo

Data de atendimento: 26/02/2021 (dd/mm/aaaa)

Indicador de Acidente: Não Acidente

Tipo de consulta: Por Encaminhamento

Procedimento: \_\_\_\_\_

Código do Procedimento: \_\_\_\_\_

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	INSTRUÇÕES
Nº da Guia do Prestador	Preencher com o número da guia do prestador.
Dados do Beneficiário	Número do Cartão do Beneficiário. Após digitar, aperte a tecla [ENTER] do teclado para o sistema buscar o beneficiário. É possível buscar com os 12 primeiros dígitos do número do cartão. Os dados do beneficiário aparecerão preenchidos nos campos abaixo. Para continuar o preenchimento, confirme os dados. <b>Obs.:</b> Marcar a opção "Atendimento ao RN" somente nas situações em que o atendimento é feito para filhos de beneficiários, recém-nascidos, com até 30 dias de vida.
Dados do Contratado/Credenciado	Preencher com o nome cadastrado no CPF ou CNPJ utilizado para acessar o sistema.
Dados do Profissional Executante	Dados do profissional que irá executar o atendimento ao beneficiário. Preenchimento obrigatório. <b>Obs.:</b> O campo CBOS se refere a especialidade do médico solicitante. Para facilitar a busca, utilize o símbolo % antes do início do nome. Ex.: %cardio ou %neuro.
Data do Atendimento	Data que será realizado o atendimento.
Indicador de Acidente	Motivo que levou o atendimento do Beneficiário: Não acidente, Trânsito, Outros e Trabalho;
Tipo de Consulta	Primeira, seguimento, pré-natal ou por encaminhamento.
Procedimento	Código TUSS da Consulta. Exemplo: 1.01.01.012 - Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

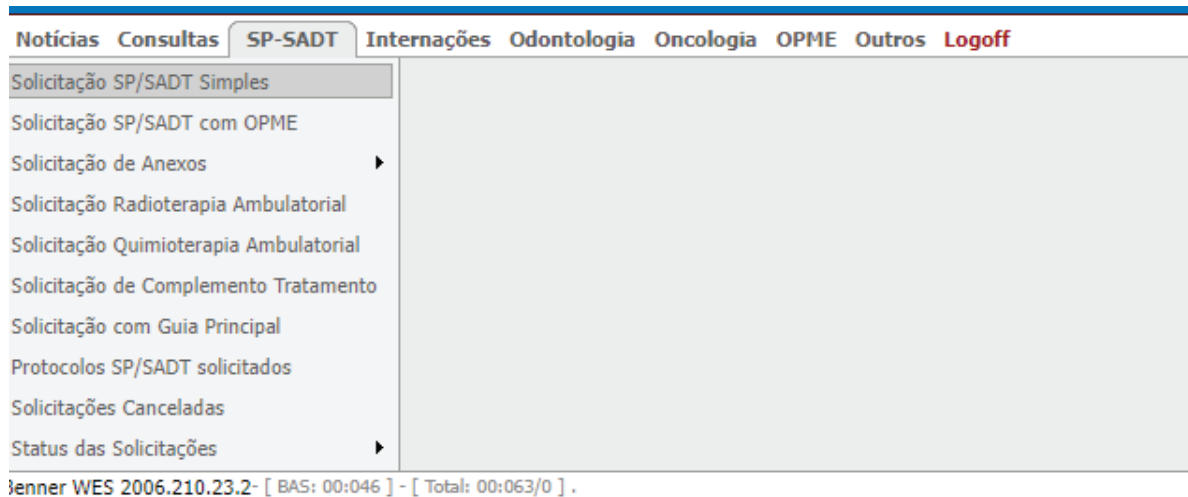
Após o preenchimento, clique no botão **Validar**

Solicitação de Consulta

Validar Salvar / Novo

# SOLICITAÇÃO DE SP/SADT (SERVIÇO PROFISSIONAL/ SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA)

Utilizada para cobranças de diversos tipos de eventos tais como: remoção, pequenas cirurgias, terapias em geral, consultas (quando da presença de outros eventos adicionais), exames, atendimento domiciliar ou até SADT de paciente internado incluindo quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS). Além disso, o campo permite realizar consultas diversas, incluir procedimentos vinculados a guias já existentes, incluir anexos adicionais ou solicitar complemento de tratamento.



## Solicitação SP/SADT Simples

Selecionar a aba de SP-SADT e após o selecionar a opção **Solicitação de SP/SADT Simples** (v. print acima)

Preencher a solicitação na ordem de cima para baixo da esquerda para direita. Os campos em vermelho são obrigatórios. Depois de preenchidos clicar no botão **Salvar**, na parte superior direita da janela.

Guia de solicitação SP/SADT [Salvar](#) [Salvar / Novo](#)

---

**Contato (Dados para retorno)**

**Nome**  **Telefone**

**Email**

**Dados da Solicitação**

**Nº da guia no Prestador**

CAMPO	OBSERVAÇÃO
Contato	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone de contato e e-mail de contato.
Dados da Solicitação	Preencher com o número da guia do prestador.

**Dados do Beneficiário**

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

**Cartão de Identificação**    Atendimento ao RN

Nome

Nome Social


Data Nasc.

Nome Mãe

CPF

Plano

**Dados do Contratado**

**Prestador**  



CPF/CNPJ

É Solicitante  Sim  Não


CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Dados do Beneficiário</b>	Número do Cartão do Beneficiário. Após digitar, apertar a tecla [ENTER] do teclado para o sistema buscar o beneficiário. É possível buscar com os 12 primeiros dígitos do número do cartão. Os dados do Beneficiário aparecerão preenchidos nos campos abaixo. Fazer a confirmação para continuar o preenchimento. <b>(Obs.:</b> Marcar a opção "Atendimento ao RN" (recém nato)) somente nas situações aonde o atendimento é feito para filhos de Beneficiários com até 30 dias de vida.
<b>Dados do Contratado</b>	Preencher com o nome cadastrado no CPF ou CNPJ utilizado para acessar o sistema.

**Dados do Profissional Solicitante**

**Nome**

**Conselho**   **UF Conselho**  

**Num. Conselho**

**CBOS**  

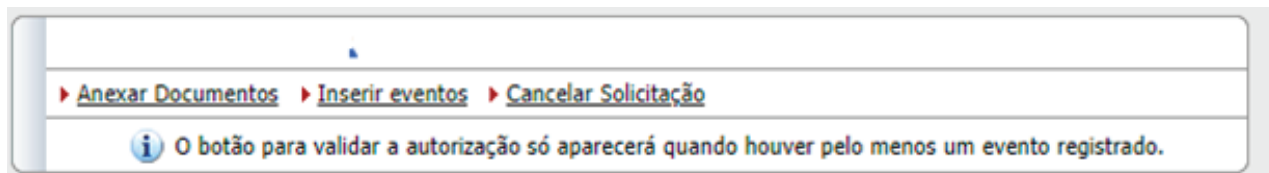
CAMPO	OBSERVAÇÃO
Dados do Profissional Solicitante	Dados do médico que solicitou o procedimento. Preenchimento obrigatório. Obs.: O campo CBOS se refere a especialidade do médico solicitante. Para facilitar a busca, utilize o símbolo % antes do início do nome. Ex.: %cardio ou %neuro.

Dados do Atendimento

Caráter do Atendimento	Eletivo	Data do atendimento	19/07/2023
Condição de Atendimento	<input type="radio"/> Paciente NÃO no local <input type="radio"/> Paciente no local <input type="radio"/> Paciente internado		
Cobertura Especial	(nenhum)		
Tipo de atendimento			
Indicador de Acidente			
Tipo de consulta	Primeira Consulta		
Indicação Clínica			

CAMPO	OBSERVAÇÃO
Caráter do Atendimento	<p>- <b>ELETIVO</b>: Para os procedimentos previamente agendados;</p> <p>- <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</b>: Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</p> <p><b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
Data do Atendimento	Data provável do atendimento
Condição de Atendimento	<p>- <b>Paciente não no Local</b>: quando o Beneficiário não está presente, para solicitações feitas antes da data da realização do procedimento;</p> <p>- <b>Paciente no Local</b>: nos casos de a solicitação ser feita com o paciente já presente no local da realização do procedimento;</p> <p>- <b>Paciente Internado</b>: para Beneficiários que se encontrem internados</p>
Tipo de Atendimento	Tipo de atendimento a ser realizado: Exames, Terapias, Pequenas Cirurgias, etc...
Indicador de Acidente	<b>Motivo que levou o atendimento do Beneficiário:</b> Não acidente, Trânsito, Outros e Trabalho;
Indicação Clínica	Indicação clínica para o procedimento

Após salvo, aparecerá acima da Solicitação os botões para anexar documentos, inserir eventos ou cancelar a solicitação.



Para inserir eventos, clique na opção **"Inserir Eventos"**. Uma nova página se abrirá. Preencha o campo **"Descrição/Código"** com o código TUSS ou código próprio e o campo Quantidade. Caso haja mais algum procedimento a ser lançado, clique em **"Salvar/Novo"**. Caso seja o único ou último evento, clicar em **"Salvar"**. Neste caso o sistema volta para a tela com os dados da autorização.

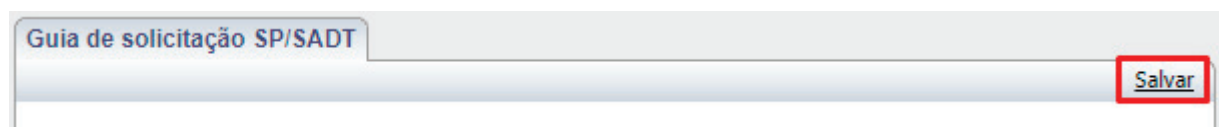
O botão **"Validar/Salvar"** só aparece quando existem eventos inseridos na Solicitação.

Caso haja a necessidade de incluir alguma documentação, clique em **"Inserir Anexos"**. O processo é semelhante ao Inserir eventos. Após incluir e classificar o documento, clique em **"Salvar"**, se for o único ou último documento, ou **"Salvar/Novo"**, se houver mais documentos para incluir.

## Solicitação SP/SADT com OPME

Selecione a aba de SP-SADT e, em seguida, selecione a opção **"Solicitação de SP/SADT com OPME"**.

Preencha a solicitação na ordem de cima para baixo, da esquerda para direita. Os campos em vermelho são obrigatórios. Depois do preenchimento, clique no botão **"Salvar"**, na parte superior direita da janela.



Dados a serem preenchidos:

Guia de solicitação SP/SADT
[Salvar](#) [Salvar / Novo](#)

**Contato (Dados para retorno)**

Nome  Telefone

Email

**Dados da Solicitação**

Nº da guia no Prestador

CAMPO	OBSERVAÇÃO
Contato	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone de contato e e-mail de contato.
Dados da Solicitação	Preencher com o número da guia do prestador.

### Dados do Beneficiário

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Cartão de Identificação   Atendimento ao RN

Nome

Nome Social

Data Nasc.

Nome Mãe

CPF

Plano

### Dados do Contratado




Prestador

CPF/CNPJ

É Solicitante  Sim  Não







CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Dados do Beneficiário</b>	Número do Cartão do Beneficiário. Após digitar, apertar a tecla [ENTER] do teclado para o sistema buscar o beneficiário. É possível buscar com os 12 primeiros dígitos do número do cartão. Os dados do Beneficiário aparecerão preenchidos nos campos abaixo. Fazer a confirmação para continuar o preenchimento. <b>(Obs.:</b> Marcar a opção "Atendimento ao RN" (recém nato)) somente nas situações aonde o atendimento é feito para filhos de Beneficiários com até 30 dias de vida.
<b>Dados do Contratado</b>	Preencher com o nome cadastrado no CPF ou CNPJ utilizado para acessar o sistema.

#### Dados do Profissional Solicitante

<b>Nome</b>	<input type="text"/>
<b>Conselho</b>	<input type="text"/> 
<b>UF Conselho</b>	<input type="text"/> 
<b>Num. Conselho</b>	<input type="text"/>
<b>CBOS</b>	<input type="text"/> 

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Dados do Profissional Solicitante</b>	Dados do médico que solicitou o procedimento. Preenchimento obrigatório. Obs.: O campo CBOS se refere a especialidade do médico solicitante. Para facilitar a busca, utilize o símbolo % antes do início do nome. Ex.: %cardio ou %neuro.

#### Dados do Atendimento

<b>Caráter do Atendimento</b>	<input type="text" value="Eletivo"/> 	<b>Data do atendimento</b>	<input type="text" value="19/07/2023"/>  (dd/mm/aaaa)
Condição de Atendimento	<input type="radio"/> Paciente NÃO no local <input type="radio"/> Paciente no local		
	<input type="radio"/> Paciente internado		
Cobertura Especial	<input type="text" value="(nenhum)"/> 		
<b>Tipo de atendimento</b>	<input type="text"/> 		
<b>Indicador de Acidente</b>	<input type="text"/> 		
Tipo de consulta	<input type="text" value="Primeira Consulta"/> 		
Indicação Clínica	<input type="text"/>		

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Caráter do Atendimento</b>	- <b>ELETIVO</b> : Para os procedimentos previamente agendados; - <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</b> : Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;  <b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.
<b>Data do Atendimento</b>	Data provável do atendimento
<b>Condição de Atendimento</b>	- <b>Paciente não no Local</b> : quando o Beneficiário não está presente, para solicitações feitas antes da data da realização do procedimento; - <b>Paciente no Local</b> : nos casos de a solicitação ser feita com o paciente já presente no local da realização do procedimento; - <b>Paciente Internado</b> : para Beneficiários que se encontrem internados
<b>Tipo de Atendimento</b>	Tipo de atendimento a ser realizado: Exames, Terapias, Pequenas Cirurgias, etc...
<b>Indicador de Acidente</b>	<b>Motivo que levou o atendimento do Beneficiário:</b> Não acidente, Trânsito, Outros e Trabalho;
<b>Indicação Clínica</b>	Indicação clínica para o procedimento

Para inserir eventos basta clicar na opção “**Inserir Eventos**”. Uma nova página abrirá. Preencha campo Descrição/Código com o código TUSS ou **código próprio** e o campo Quantidade. Caso haja mais algum procedimento a ser lançado, clique em “**Salvar/Novo**”. Caso a autorização seja apenas para um evento, clique em Salvar. Neste caso o sistema voltará para a tela com os dados da autorização.

O botão “**Validar/Salvar**” só aparece quando existem eventos inseridos na solicitação.

Após salvo, aparecerá acima da solicitação os botões para anexar documentos, inserir anexos - OPME ou cancelar a solicitação.

CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... hernani.neto |

▶ [Cancelar Solicitação](#) ▶ [Anexar Documentos](#) ▶ [Editar anexos - OPME](#) ▶ [Inserir eventos](#)

## Anexar Documentos

Após clicar na opção, preencha o campo **"Tipo de Documento"**, clicando na lupa e escolhendo a opção desejada. Em seguida, anexe o arquivo, clicando no ícone em forma de pasta

Para finalizar a anexação de documentos, clique em **"Salvar"**. Para anexar mais documentos, clique em **"Salvar/Novo"**.

## Anexo de OPME

Após clicar na opção **"Anexo – OPME"**, preencha os campos restantes (os demais são de preenchimento automático). Os campos em vermelho são de preenchimento obrigatório.

- (1) Cirurgia realizada ("Sim" ou "Não")
- (2) Data da Previsão/Realização
- (3) Justificativa Técnica
- (4) Especificação de Material (preenchimento facultativo)
- (5) Observação (preenchimento facultativo)
- (6) Após o preenchimento, clicar em **"Salvar"**.

Surgirá uma nova tela, com as opções "**SOLICITAR OPME**" e "**SOLICITAR OPME SEM CODIFICAÇÃO**"

## SOLICITAR OPME

Preencha os campos obrigatórios

- (1) Descrição/ANVISA (clique na "lupa" para pesquisar)
- (2) Opção (clique na "lupa" para pesquisar)
- (3) Qtd. Solicitada (quantidade requisitada do OPME em questão)

(nulo) > (nulo) > SOLICITAR OPME

CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... | hernani.neto |

**Salvar** **Salvar/Incluir Novo** **Cancelar**

Código Tabela 19

Tabela TUSS - Materiais

Código do Material

**Descrição / ANVISA**

Descrição/ Ref. material no fabricante

**Opção**

Registro ANVISA

Vencimento Registro

Marca / Responsável

**Qtd. Solicitada** VI Unit. Solicitado

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Ao final, clique em "**Salvar**", se for o único ou último OPME solicitado, ou "**Salvar/Incluir Novo**", se houver mais OPMEs para incluir.

## SOLICITAR OPME SEM CODIFICAÇÃO

**Atenção:** nesse caso é obrigatório o preenchimento do campo "**Registro Anvisa**".

Preencha os campos obrigatórios:


- (1) Descrição/Ref. Material no fabricante
- (2) Opção (clique na "lupa" para pesquisar)
- (3) Registro Anvisa
- (4) Qtd. Solicitada (quantidade requisitada do OPME em questão)

Geral

Salvar Salvar/Incluir Novo Cancelar

**Alerta: Conforme estabelecido nas regras de padronização da ANS para eventos não codificados pela TUSS é obrigatório o preenchimento do campo "Registro ANVISA".**

Descrição/ Ref. material no fabricante

Opção  

Registro ANVISA

Autorização Funcionamento

Qtd.Solicitada  VI Unit. Solicitado

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Ao final, clique em "**Salvar**", se for o único ou último OPME solicitado, ou "**Salvar/Incluir Novo**", se houver mais OPMEs para incluir.

## INSERIR EVENTOS


Preencha os campos obrigatórios

(1) Procedimento (clique na "lupa" para pesquisar)

(2) Qtd. Solic. (quantidade de realizações do procedimento em questão)


Geral

Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Procedimento**  

\* Observação: Para realizar a busca pelo código do evento, é necessário utilizar pontuação. (ex: 1.01.01.012)

Cód. Proced.  **Qtd. Solic.**

Código tabela  

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Ao final, clique em **“Salvar”**, se for o único ou último evento solicitado, ou **“Salvar/Novo”**, se houver mais eventos para incluir.

### Observação:

Após a inclusão de OPMEs, o campo **“Anexos-OPME”** passará a aparecer como **“Editar anexos – OPME”**. Nessa situação, para incluir novos OPMEs deverá ser escolhida essa opção e, depois, em **“inserir novo”** conforme abaixo.

## Anexo de OPME em SP/SADT

Utilize essa opção sempre que for constatada a necessidade de OPME em procedimentos SP/SADT. Ao selecionar a opção no menu lateral, passe o mouse sobre **“Solicitação de Anexos”** e clique em **“Anexo de OPME em SP/SADT”**.

Será solicitado o número da Guia Principal. Preencha e clique em **“Continuar”**, para acessar a tela abaixo:

(Nota: essa função também está disponível na aba **“OPME”**, na opção **“Anexo de OPME em SP/SADT”**.)

A interface 'Geral' apresenta um formulário com o seguinte conteúdo:

- Um botão 'Continuar' no canto superior direito.
- Um campo de entrada rotulado 'Número da Guia Principal (Referenciada)' em vermelho.
- Uma linha de separação horizontal.
- Um asterisco e o texto '\* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório'.



Preencha com as informações de contato do prestador solicitante e o número da guia do prestador.

A interface 'Principal' apresenta um formulário com o seguinte conteúdo:

- Um botão 'Continuar' no canto superior direito.
- Um cabeçalho 'Contato (Dados para retorno)'.
- Campos de entrada para 'Nome', 'Telefone' e 'Email'.
- Um cabeçalho 'Dados da Solicitação'.
- Campos de entrada para 'Número da Guia Principal (Referenciada)' (contendo o valor 4717) e 'Nº da guia no Prestador'.
- Um cabeçalho 'Dados do Beneficiário'.


**Solicitante**

Nome


Conselho   UF Conselho  

Num. Conselho  Telefone


E-mail

CBOS  

**Dados do Atendimento**

Caráter de Atendimento  Data do Atendimento   (dd/mm/aaaa)

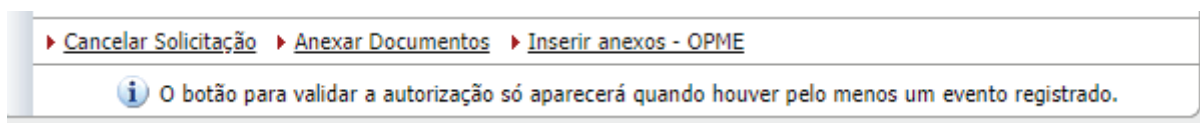
Condição de Atendimento  Paciente NÃO no local  Paciente no local  Paciente internado

Tipo de atendimento  

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

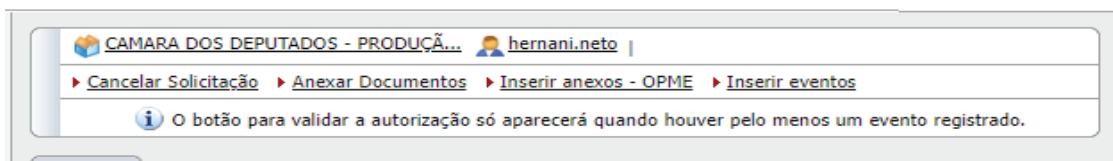
CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Dados do Profissional Solicitante</b>	Dados do profissional que solicitou o procedimento. Preenchimento obrigatório. <b>Obs.:</b> O campo CBOS se refere a especialidade do médico solicitante. Para facilitar a busca, utilize o símbolo % antes do início do nome. Ex.: %cardio ou %neuro.
<b>Caráter do Atendimento</b>	- <b>ELETIVO:</b> Para os procedimentos previamente agendados; - <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:</b> Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência; <b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.
<b>Data do Atendimento</b>	Data provável do atendimento
<b>Condição de Atendimento</b>	- <b>Paciente não no Local:</b> quando o beneficiário não está presente, para solicitações feitas antes da data da realização do procedimento; - <b>Paciente no Local:</b> nos casos de a solicitação ser feita com o paciente já presente no local da realização do procedimento; - <b>Paciente Internado:</b> para beneficiários que se

Após o preenchimento, clique em **“Continuar”**. Em seguida, aparecerão os dados impostados e o seguinte menu superior aparecerá.



Clique em **“Inserir anexos – OPME”**, e aparecerá a tela abaixo. Preencha as informações obrigatórias (**“Data da Previsão/Realização”** e **“Justificativa Técnica”**). Em seguida, clique em **“Salvar”**, para ir à próxima tela. Nela, aparecerá o menu superior atualizado.

Escolha a opção adequada e preencha conforme as instruções abaixo.



## SOLICITAR OPME

Preencha os campos obrigatórios

(4) Descrição/ANVISA (clique na “lupa” para pesquisar)

(5) Opção (clique na “lupa” para pesquisar)

(6) Qtd. Solicitada (quantidade requisitada do OPME em questão)

(nulo) > (nulo) > SOLICITAR OPME

CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... | hernani.neto |

**Geral** Salvar Salvar/Incluir Novo Cancelar

Código Tabela 19

Tabela

Código do Material

**Descrição / ANVISA**

Descrição/ Ref. material no fabricante

**Opção**

Registro ANVISA

Vencimento Registro

Marca / Responsável

**Qtd. Solicitada**  **VI Unit. Solicitado**

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Ao final, clique em **“Salvar”**, se for o único ou último OPME solicitado, ou **“Salvar/Incluir Novo”**, se houver mais OPMEs para incluir. De volta ao menu superior, clique em **“Continuar”**, quando não houver mais OPME a inserir.

Observação:

Após a inclusão de OPMEs, o campo Anexos-OPME passará a aparecer como **“Editar anexos – OPME”**. Nessa situação, para incluir novos OPMEs deverá ser escolhida essa opção e, depois, **“inserir novo”** conforme abaixo. Também nesse ponto aparecerá a opção **“Validar”**.

## SOLICITAR OPME SEM CODIFICAÇÃO

**Atenção:** nesse caso é obrigatório o preenchimento do campo **"Registro Anvisa"**.

Preencha os campos obrigatórios:

- (1) Descrição/Ref. Material no fabricante
- (2) Opção (clique na "lupa" para pesquisar)
- (3) Registro Anvisa
- (4) Qtd. Solicitada (quantidade requisitada do OPME em questão)

Salvar Salvar/Incluir Novo Cancelar

**Alerta: Conforme estabelecido nas regras de padronização da ANS para eventos não codificados pela TUSS é obrigatório o preenchimento do campo "Registro ANVISA".**

Descrição/ Ref. material no fabricante

Opção

Registro ANVISA

Autorização Funcionamento

Qtd. Solicitada  VI Unit. Solicitado

\* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório

Ao final, clique em **"Salvar"**, se for o único ou último OPME solicitado, ou **"Salvar/Incluir Novo"**, se houver mais OPMEs para incluir. De volta ao menu superior, clique em "Continuar", quando não houver mais OPME a inserir.

Observação:

Após a inclusão de OPMEs, o campo Anexos-OPME passará a aparecer como **"Editar anexos – OPME"**. Nessa situação, para incluir novos OPMEs deverá ser escolhida essa opção e, depois, **"inserir novo"** conforme abaixo. Também nesse ponto aparecerá a opção **"Validar"**.

### Anexar Documentos

**Clique nessa opção para anexar os documentos necessários à regulação médica, conforme abaixo.**

Após clicar na opção, preencha o campo **"Tipo de Documento"**, clicando na lupa e escolhendo a opção desejada. Em seguida, anexe o arquivo, clicando no ícone em forma de pasta

(nulo) > Anexar Documentos

CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... hernani.neto |

Geral

Salvar Salvar / Novo Cancelar

Tipo do documento

Responsável Hernani Cavalheiro Neto

Anexo

Data 24/04/2023 18:17:55

\* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório

## Solicitação de Radioterapia e Quimioterapia Ambulatoriais

É possível fazer as solicitações de quimioterapia e radioterapia ambulatoriais por esta aba. Após clicar na opção desejada, siga as orientações abaixo.

A rotina é idêntica à contida na aba **"Oncologia"**

### Radioterapia Ambulatorial

Ao clicar nessa opção no menu lateral, aparecerá uma tela com os campos abaixo para preenchimento.

Principal
Salvar

---

**Contato (Dados para retorno)**

Nome  Telefone

Email

---

**Dados da Solicitação**

Nº da guia no Prestador

---

**Dados do Beneficiário**

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Número da Carteira    Atendimento ao RN

Nome


Data Nasc.  CPF

Nome Mãe

Plano

---

**Dados do Contratado**



Prestador  

CPF/CNPJ

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Contato</b>	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone e e-mail de contato.
<b>Nº da guia no prestador</b>	Insira o número da guia.
<b>Beneficiário</b>	Clique na "lupa" e busque o beneficiário pelo número da carteirinha ou CPF (somente números)
<b>Prestador</b>	Preencher com o nome cadastrado no CPF ou CNPJ utilizado para acessar o sistema.


**Solicitante**

Nome


Conselho   UF Conselho  

Num. Conselho  Telefone


E-mail

CBOS  

**Dados do Atendimento**

Caráter do Atendimento  Eletivo  Data do atendimento   (dd/mm/aaaa)

Cond. Atendimento  Paciente NÃO no local  Paciente no local  Paciente internado

Tipo de atendimento  

Indicação Clínica

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Solicitante</b>	Preencha com os dados do profissional solicitante (todos os campos são obrigatórios).
<b>Caráter do Atendimento</b>	<p>- <b>ELETIVO</b>: Para os procedimentos previamente agendados;</p> <p>- <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</b>: Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</p> <p><b>Obs</b>: Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
<b>Data do Atendimento</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.
<b>Condição do Atendimento</b>	<p>- <b>Paciente não no Local</b>: quando o Beneficiário não está presente, para solicitações feitas antes da data da realização do procedimento;</p> <p>- <b>Paciente no Local</b>: nos casos de a solicitação ser feita com o paciente já presente no local da realização do procedimento;</p> <p>- <b>Paciente Internado</b>: para Beneficiários que se encontrem internados</p>
<b>Tipo de Atendimento</b>	Clique na "lupa" e selecione

Após preencher todos os campos obrigatórios, clique em **"Salvar"**, na parte superior direita do formulário. Em seguida, abrirá a **"Guia de Anexo em Radioterapia"**. Verifique as informações já preenchidas e preencha os campos obrigatórios vazios, conforme abaixo.

**Oncológico/Radioterapia**

Data Diagnóstico  (dd/mm/aaaa) Diagnóstico Imagem

CID 10 Principal (Opcional)  CID 10 (2) (Opcional)

CID 10 (3) (Opcional)  CID 10 (4) (Opcional)

**Estadiamento**  **Finalidade Tratamento**

**ECOG**

Diagnóstico Cito/Histopatológico

Informações Relevantes

<b>CAMPO</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
<b>Estadiamento</b>	Clique na "lupa" e escolha entre as opções apresentadas (0, I, II, etc.).
<b>Finalidade</b>	Clique na "lupa" e escolha (adjuvante, controle, curativa, etc.).
<b>ECOG</b>	Clique na "lupa" e escolha a opção mais adequada na "Escala ECOG" para o paciente.
<b>Dias Ciclo Atual</b>	Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico

## Tratamentos Anteriores

Cirurgia	<input type="text"/>	
Data da Realização	<input type="text"/>	<input type="text" value="(dd/mm/aaaa)"/>
Quimioterapia	<input type="text"/>	
Data da Aplicação	<input type="text"/>	<input type="text" value="(dd/mm/aaaa)"/>
<b>Demais informações</b>		
<b>Número de Campos</b>	<input type="text"/>	<b>Dose por Dia (em Gy)</b> <input type="text"/>
<b>Número de Dias</b>	<input type="text"/>	<b>Dose Total (em Gy)</b> <input type="text"/>
<b>Data Prevista para Início da Administração</b>	<input type="text"/>	<input type="text" value="(dd/mm/aaaa)"/>
Observação	<input type="text"/>	

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Número de Campos</b>	Indique o número de campos de irradiação
<b>Dose por Dia (em Gy)</b>	Preencha com a dose diária em <i>grays</i> .
<b>Data prevista para o Início da Administração</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.
<b>Número de Dias</b>	Indique o número solicitado de tratamento radioterápico.
<b>Dose Total em Gy</b>	Preencha com a dose total do tratamento, em <i>grays</i> .

Após o preenchimento, clicar em **"Salvar"**, se for a única ou última solicitação, ou **"Salvar/Novo"**, se houver mais solicitações. Em seguida, aparecerá no menu superior a opção **"SOLICITAR ITEM DE RADIOTERAPIA"**.

► SOLICITAR ITEM DE RADIOTERAPIA

Selecione a data do procedimento clicando no “calendário” e o tipo de procedimento clicando na “lupa”, conforme abaixo. Em seguida, clique em **“Salvar”**, se for o último ou único pedido, ou em **“Salvar/Incluir Novo”** se houver mais solicitações a realizar.

**Geral** Salvar Salvar/Incluir Novo Cancelar

**Data Prev. Adm.**  (dd/mm/aaaa)

**Procedimento**

**Cód. do proced.**  **Qtd. Solic.**

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Em seguida, de volta à tela anterior, clique na opção **“Continuar”** que terá aparecido.

► SOLICITAR ITEM DE RADIOTERAPIA ► Continuar

Em seguida clique em **“Anexar Documentos”**, para apresentar os documentos necessários à regulação médica.

► Anexar Documentos ► Editar Anexos Radioterapia ► Validar/Salvar ► Cancelar Solicitação

**Geral** Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Tipo do documento**  **Anexo**

**Responsável** Hernani Cavalheiro Neto **Data** 03/05/2023 12:19:14

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Na nova tela, clique na “lupa” para selecionar o tipo de documento e na “pasta” para adicionar o documento. Depois, clique em **“Salvar”**, se for o último ou único documento, ou em **“Salvar/Novo”** se houver mais documentos a apresentar.

Após concluir, o sistema retornará a tela anterior. Nela, escolha a opção **“Editar Anexos Radioterapia”**, se precisar modificar os documentos já apresentados, ou, se não houver mais pendências, em **“Validar/Salvar”**.

Se não houver pendências o sistema retornará a seguinte mensagem:

► Observações do Protocolo ► Anexar Documentos ► Cancelar Protocolo

Transação finalizada com sucesso! Protocolo gerado: 26434  
Solicitação em Análise.

## Quimioterapia Ambulatorial

Ao clicar nessa opção no menu lateral, aparecerá uma tela com os campos abaixo para preenchimento.

Principal
Salvar

---

**Contato (Dados para retorno)**

Nome  Telefone

Email

---


**Dados da Solicitação**

Nº da guia no Prestador

---

**Dados do Beneficiário**

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Número da Carteira    Atendimento ao RN

Nome


Data Nasc.  CPF

Nome Mãe

Plano

---

**Dados do Contratado**



Prestador  

CPF/CNPJ

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Contato</b>	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone e e-mail de contato.
<b>Nº da guia no prestador</b>	Insira o número da guia.
<b>Beneficiário</b>	Clique na "lupa" e busque o beneficiário pelo número da carteirinha ou CPF (somente números)
<b>Prestador</b>	Preencher com o nome cadastrado no CPF ou CNPJ utilizado para acessar o sistema.


Solicitante

Nome

Conselho   UF Conselho  


Num. Conselho  Telefone

E-mail


CBOS  

Dados do Atendimento

Caráter do Atendimento  Eletivo  Urgência/Emergência  Emergência

Data do atendimento   (dd/mm/aaaa)

Cond. Atendimento  Paciente NÃO no local  Paciente no local  Paciente internado

Tipo de atendimento  

Indicação Clínica

\* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Solicitante</b>	Preencha com os dados do profissional solicitante (todos os campos são obrigatórios).
<b>Caráter do Atendimento</b>	<p>- <b>ELETIVO</b>: Para os procedimentos previamente agendados;</p> <p>- <b>URGENCIA/EMERGÊNCIA</b>: Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</p> <p><b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
<b>Data do Atendimento</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.
<b>Condição do Atendimento</b>	<p>- <b>Paciente não no Local</b>: quando o Beneficiário não está presente, para solicitações feitas antes da data da realização do procedimento;</p> <p>- <b>Paciente no Local</b>: nos casos de a solicitação ser feita com o paciente já presente no local da realização do procedimento;</p> <p>- <b>Paciente Internado</b>: para Beneficiários que se encontrem internados</p>
<b>Tipo de Atendimento</b>	Clique na "lupa" e selecione

Após preencher todos os campos obrigatórios, clique em **“Salvar”**, na parte superior direita do formulário. Em seguida, abrirá a **“Guia de Anexo em Quimioterapia”**. Verifique as informações já preenchidas e preencha os campos obrigatórios vazios, conforme abaixo (os campos em vermelho são obrigatórios).

**Diag. Oncológico/Quimioterapia**

Data de Diagnóstico  (dd/mm/aaaa)  CID 10 Principal (Opcional)

CID 10 (2) (Opcional)   CID 10 (3) (Opcional)

CID 10 (4) (Opcional)

**Plano Terapêutico**

**Estadiamento**

**Tipo de Quimioterapia**   **Finalidade do Tratamento**

**Tumor**   **Nódulo**

**Metástase**

**ECOG**

Diagnóstico Cito/Histopatológico

Informações Relevantes

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Plano Terapêutico</b>	Discrimine por escrito
<b>Estadiamento</b>	Clique na “lupa” e escolha entre as opções apresentadas (0, I, II, etc.)
<b>Tipo de Quimioterapia</b>	Clique na “lupa” e escolha entre as opções apresentadas (“primeira linha”, “segunda linha” etc.)
<b>Finalidade do Tratamento</b>	Clique na “lupa” e escolha entre as opções apresentadas (adjuvante, controle, curativa, etc.)
<b>Tumor</b>	Clique na “lupa” e escolha (“T0”, “T1”, etc.)
<b>Nódulo</b>	Clique na “lupa” e escolha (“N0”, “N1”, etc.)
<b>Metástase</b>	Clique na “lupa” e escolha (“M0”, “M1”, etc.)
<b>EGOC</b>	Clique na “lupa” e escolha a opção mais adequada na “Escala ECOG” para o paciente.

**Tratamentos Anteriores**

Cirurgia

Data da Realização  (dd/mm/aaaa)

Área Irradiada

Data da Aplicação  (dd/mm/aaaa)

**Demais informações**

**Número Ciclos**  **Ciclo Atual**

**Dias Ciclo Atual**  **Intervalo Ciclos**


Observação

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Números de Ciclos</b>	Discrimine por escrito
<b>Ciclo Atual</b>	Clique na "lupa" e escolha entre as opções apresentadas (0, I, II, etc.).
<b>Intervalo Ciclos</b>	Clique na "lupa" e selecione ("primeira linha", "segunda linha", etc.).
<b>Observação</b>	Clique na "lupa" e escolha entre as opções apresentadas (adjuvante, controle, curativa, etc.).

Ao final, clique em **"Salvar"**, se for a última ou única solicitação, ou em **"Salvar/Novo"**, se houver mais solicitações. Uma vez finalizado o preenchimento, aparecerá, no menu superior, a opção **"SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERAPIA"**.

▶ **SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERAPIA**

 Para continuar, favor inserir um item de quimioterapia.

Uma vez selecionada essa opção aparecerá uma tela para preencher com os detalhes do item solicitado. Proceda conforme abaixo (todos os campos são obrigatórios).

Guia

Salvar Salvar/Incluir Novo Cancelar

Data Prev. Adm.  (dd/mm/aaaa) Cód. Medicamento

Descrição Medicamento

Dosagem total no ciclo  Unidade de Medida

Via Administração  Frequência

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Data Prev. Adm.</b>	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.
<b>Descrição Medicamento</b>	Descrição do medicamento solicitado.
<b>Dosagem total no ciclo</b>	Dosagem total do medicamento no ciclo atual.
<b>Unidade de Medida</b>	Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.
<b>Via de Administração</b>	Via de administração do medicamento conforme tabela de domínio nº 62.

Ao final, clique em **“Salvar”**, se for o único ou último medicamento solicitado, ou em **“Salvar/Novo”**, se houver mais medicamentos para incluir. Uma vez finalizada a inclusão, o sistema retornará a tela anterior e o menu superior agora aparecerá assim.

▶ [SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERAPIA](#) ▶ [Continuar](#)

Após clicar em **“Continuar”**, uma nova tela aparecerá com o resumo da solicitação e um menu superior com as seguintes opções.

▶ [Anexar Documentos](#) ▶ [Inserir Proced./Med. Não Quimioterápicos](#) ▶ [Editar Anexo Quimioterapia](#) ▶ [Validar/Salvar](#)  
▶ [Cancelar Solicitação](#)


Clique em **“Anexar Documentos”**, para apresentar os documentos necessários à Regulação Médica.

(nulo) > Anexar Documentos



CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... | hernani.neto |

Geral

Salvar Salvar / Novo Cancelar

Tipo do documento  

Responsável Hernani Cavaleiro Neto

Anexo   

Data 24/04/2023 18:17:55


\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Na nova tela, clique na "lupa" para selecionar o tipo de documento e na "pasta" para adicionar o documento. Depois, clique em "Salvar", se for o último ou único documento, ou em **"Salvar/Novo"** se houver mais documentos a apresentar.

Após concluir, o sistema retornará a tela anterior. Nela, escolha a opção **"Editar Anexo Qui-mioterapia"**, se precisar modificar os documentos já apresentados, ou, se não houver mais pendências, em **"Validar/Salvar"**.

Se não houver pendências o sistema retornará a seguinte mensagem:

Observações do Protocolo | Anexar Documentos | Cancelar Protocolo

 Transação finalizada com sucesso! Protocolo gerado: 26449  
Solicitação em Análise.

## Solicitação de Complemento de Tratamento

Ao selecionar essa opção, aparecerá a uma caixa solicitando o número da guia principal. Insira o número correspondente e clique em **"Continuar"**.

Geral

Continuar

Número da Guia Principal (Referenciada)

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

## Dados da Solicitação

Número da Guia  
Principal  
(Referenciada)

4623

Nº da guia no  
Prestador

## Contato (Dados para Retorno)

Nome

Telefone

Email

CAMPO	OBSERVAÇÃO
Nº da guia do Prestador	
Contato	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone de contato e e-mail de contato.

## Solicitante

Nome

Conselho

UF Conselho

Num. Conselho

CBOS

## Dados do Atendimento

Caráter de  
Atendimento

Eletivo

Data do  
atendimento

20/09/2023

 (dd/mm/aaaa)Condição de  
Atendimento Paciente NÃO no local Paciente no local Paciente internadoTipo de  
atendimentoIndicador de  
Acidente

Não Acidente

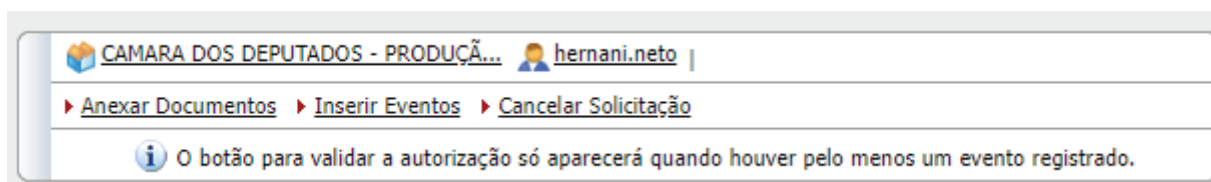
Indicação Clínica

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Solicitante</b>	Dados do profissional que irá executar o atendimento ao beneficiário. Preenchimento obrigatório. <b>Obs.:</b> O campo CBOS se refere a especialidade do médico solicitante. Para facilitar a busca, utilize o símbolo % antes do início do nome. Ex.: %cardio ou %neuro.
<b>Caráter do Atendimento</b>	- <b>ELETIVO:</b> Para os procedimentos previamente agendados; - <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:</b> Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;  <b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.
<b>Data do Atendimento</b>	Clique no “calendário” e selecione a data.
<b>Condição do Atendimento</b>	- <b>Paciente não no Local:</b> quando o beneficiário não está presente, para solicitações feitas antes da data da realização do procedimento; - <b>Paciente no Local:</b> nos casos de a solicitação ser feita com o paciente já presente no local da realização do procedimento; - <b>Paciente Internado:</b> para beneficiários que se encontrem internados.
<b>Tipo de Atendimento</b>	Clique na “lupa” e selecione a opção adequada.
<b>Indicação de Acidente</b>	Clique na “lupa” e selecione a opção adequada.

Ao final, clique em **“Salvar”**, se for a última ou única solicitação vinculada à Guia Principal, ou em **“Salvar/Novo”**, se houver mais solicitações a serem vinculadas.

Uma vez inserido o pedido, aparecerão três novas opções na parte superior: **“Anexar Documentos”**, **“Inserir Eventos”** e **“Cancelar Solicitação”**



## Anexar Documentos

Clique nessa opção para anexar os documentos necessários à regulação médica, conforme abaixo.

Após clicar na opção, preencha o campo **"Tipo de Documento"**, clicando na lupa e escolhendo a opção desejada. Em seguida, anexe o arquivo, clicando no ícone em forma de pasta

## INSERIR EVENTOS

Preencha os campos obrigatórios

- (1) **Procedimento** (clique na "lupa" para pesquisar)
- (2) **Qtd. Solic.** (quantidade de realizações do procedimento em questão)

## Solicitação com Guia Principal

Ao escolher essa opção, será solicitado o número da Guia Principal. Preencha e clique em OK.

Aparecerá a Guia de Solicitação. Preencha os dados obrigatórios.

Guia de solicitação SP/SADT
Salvar Salvar / Novo

---

**Contato (Dados para retorno)**

Nome  Telefone de contato

Email de contato

---

**Solicitação de Autorização**

Caráter da solicitação Eletivo ▼ Data provável do atendimento 20/09/2023 (dd/mm/aaaa)

Condição de Atendimento

Paciente NÃO no local  Paciente no local

Paciente internado

Prevê utilização de OPME  Prevê utilização de Quimioterápicos

---

**Beneficiário**

Beneficiário

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Nome/Carteirinha  🔍

Plano

Validade Inicial da Carteira  Validade Final da Carteira

Atendimento ao recém-nato

---

**Prestadores**



Prestador  🔍

É Solicitante  Sim  Não


CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Contato</b>	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone de contato e e-mail de contato.
<b>Beneficiário</b>	Clicar na "lupa" e buscar o beneficiário por número da carteirinha.
<b>Prestador</b>	Clicar na lupa e buscar o prestador pelo CNPJ (somente números)

**Solicitante**

Nome


Conselho\*   UF Conselho\*  


Num. Conselho\*



**CBOS**  

\* Observação: Campos de preenchimento obrigatório no caso de prestador não ser o solicitante.

**Dados do Atendimento**

Indicador de Acidente  

**Tipo de atendimento**  

Tipo de consulta   Tipo de saída  

Indicação clínica/  
Observação

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Contato</b>	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone de contato e e-mail de contato.
<b>Beneficiário</b>	Clique na "lupa" e busque o beneficiário por número da carteirinha ou CPF (somente números).
<b>Solicitante</b>	Dados do profissional que irá executar o atendimento ao beneficiário. Preenchimento obrigatório. <b>Obs:</b> O campo CBOS se refere a especialidade do médico solicitante. Para facilitar a busca, utilize o símbolo % antes do início do nome. Ex.: %cardio ou %neuro.
<b>Tipo de Atendimento</b>	Clique na "lupa" e marque a opção adequada;

Após o preenchimento, clicar em **"Salvar"** se for a única ou última solicitação, ou em **"Salvar/Novo"** caso haja mais solicitações a fazer.

# INTERNAÇÕES

A aba **"Internações"** (imagem abaixo) permite solicitação de diversos tipos de internação, de prorrogações de internação, OPME, procedimentos oncológicos, além de consultas e comunicações diversas.



## Solicitação de Internação Eletiva e Prorrogação

### Solicitação

Após clicar na aba **"Internações"**, selecione **"Solicitação de Internação"** no menu lateral. Abrirá uma nova tela, com vários dados a serem preenchidos. Os campos em vermelho são obrigatórios (ver próxima página).

Solicitação de internação Salvar

---

**Contato (Dados para retorno)**

Nome  Telefone

Email

---


**Dados da Solicitação**

Nº Guia no Prestador

---

**Dados do Beneficiário**

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Cartão de Identificação    Atendimento ao RN

Nome


Data Nasc.  CPF

Nome Mãe

Plano

---



**Dados do Contratado**

Prestador   CPF/CNPJ


---

**Solicitante**

Nome

Conselho   UF Conselho  

Num. Conselho

CBOS  

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Contato</b>	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone de contato e e-mail.
<b>Nº Guia no Prestador</b>	Insira o número da guia.
<b>Beneficiário</b>	Clique na "lupa" e busque o beneficiário por número da carteirinha ou CPF (somente números).
<b>Prestador</b>	Clique na "lupa" e busque o prestador pelo CNPJ (somente números).
<b>Solicitante</b>	Preencha com dados do profissional solicitante (todos os campos são obrigatórios).

# INTERNAÇÕES

## Dados do Atendimento

**Caráter de Atendimento**  **Data Provável da Admissão Hospitalar**  (dd/mm/aaaa)

Cond. Atendimento  Paciente NÃO no local  Paciente no local  Paciente internado

**Tipo de Internação**

**Regime de internação**

**Diária Solicitada**

**Quantidade**

**Indicação de Acidente**

Prevê uso de OPME  Prevê uso de Quimioterápicos

CID 10 Principal (Opcional)

CID 10 (2) (Opcional)

CID 10 (3) (Opcional)

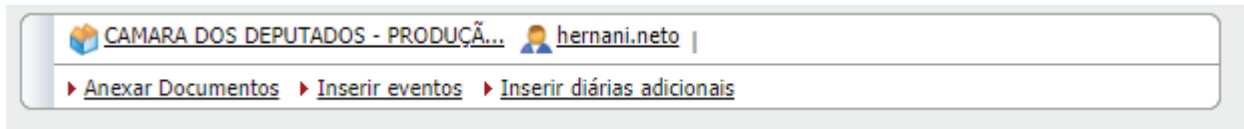
CID 10 (4) (Opcional)

**Indicação Clínica**

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Caráter do Atendimento</b>	<p><b>Caráter do Atendimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ELETIVO:</b> Para os procedimentos previamente agendados;</li> <li>- <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:</b> Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</li> </ul> <p><b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
<b>Data Provável da Admissão Hospitalar</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.
<b>Regime de Internação</b>	Clique na "lupa" e selecione a opção adequada.
<b>Diária Solicitada</b>	Clique na "lupa" e selecione a opção adequada
<b>Quantidade</b>	Número de diárias solicitadas.
<b>Indicação de Acidente</b>	Clique na "lupa" e selecione a opção adequada

Ao final do preenchimento, clique em **"Salvar"**. Em seguida, aparecerá um menu superior com três opções.



## Anexar Documentos

Após clicar na opção, preencha o campo **"Tipo de Documento"**, clicando na "lupa" e escolhendo a opção desejada. Em seguida, anexe o arquivo clicando no ícone em forma de pasta.

## Inserir Eventos

Preencha os campos obrigatórios

- (1) **Procedimento:** clique na "lupa" para pesquisar.
- (2) **Quant. Solic.:** quantidade de realizações do procedimento em questão.

# INTERNAÇÕES

## Inserir Diárias Adicionais

Preencha os campos obrigatórios

- (1) **Diária Solicitada:** clique na "lupa" para pesquisar.
- (2) **Quant. Solic.:** preencher com o número de diárias.

Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Diária solicitada**

\* Observação: Para realizar a busca pelo código do evento, é necessário utilizar pontuação. (ex: 1.01.01.012)

Código  Qtd. Solic.

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

## Prorrogação

Como regra o Pró-Saúde autoriza, no máximo, 3 (três) diárias por internação, havendo a devida justificativa. Caso haja necessidade de mais diárias, elas deverão ser solicitadas por meio de **prorrogação**, cujo pedido deverá ser feito em tempo hábil para análise da regulação médica.

Na solicitação deverá ser discriminada a acomodação, a quantidade de diárias, o período de internação e anexado o relatório médico justificando a prorrogação. O pedido está sujeito a análise do médico auditor externo do Pró-Saúde.

Na aba "**Internações**", clique em "**Solicitação de prorrogação**". Abirá uma nova janela, digite o número da guia de internação original e clique em **continuar**.

Continuar

**Nº da Guia de Internação**

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

As informações da guia principal aparecerão na tela. Verifique os dados e após, clique em "**Prorrogar**".

▶ Anexar documentos ▶ Prorrogar

**i** Verifique os dados e clique em prorrogar!

Uma nova janela se abrirá. Preencha os dados conforme orientação abaixo. Após o preenchimento clique no botão **"Salvar"**, se for a última ou única solicitação, ou **"Salvar/Novo"** se houver mais solicitações.

Geral
Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Data de solicitação**  (dd/mm/aaaa) **Nº da guia do prestador**

**Tipo internação**

**Diária Solicitada**

**Qtde. Diárias Adic. Solicitadas**

**Indicação Clínica**

**Observação**

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Data de Solicitação</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.
<b>Nº guia do prestador</b>	Número da guia atribuída pelo Prestador.
<b>Tipo internação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cirúrgica</b>: para solicitação de procedimentos cirúrgicos;</li> <li>- <b>Clinica</b>: para tratamentos que não envolvam a realização de procedimentos cirúrgicos;</li> <li>- <b>Obstétrica</b>: para atendimento de gestantes;</li> <li>- <b>Pediátrica</b>: para atendimento de crianças;</li> <li>- <b>Psiquiátrica</b>: para atendimento de pessoas com distúrbios mentais;</li> </ul>
<b>Diária Solicitada</b>	Clique na "lupa" e selecione a opção adequada.
<b>Qtde. Diárias Adic. Solicitadas</b>	Número de diárias solicitadas.
<b>Indicação Clínica</b>	Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.
<b>Observação</b>	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.

# INTERNAÇÕES

Após salvar os dados, o Autorizador irá retornar a tela principal da solicitação. Anexe a documentação necessária para justificar o pedido de Prorrogação. Depois, clique em **"Anexar documentos"**. Após anexar a documentação, se não houver eventos complementares, clique na opção **"Validar/fechar Protocolo"**

## Eventos Complementares

Se houver necessidade de eventos complementares, clique em **"Solicitar Eventos Complementares"** e, na janela que abrirá, preencha os campos obrigatórios (em vermelho) e clique em **"Salvar"**, se for a única ou última solicitação ou **"Salvar/Novo"**, se houver mais solicitações.

A captura de tela mostra uma interface de usuário com o título "Geral". No canto superior direito, há botões para "Salvar", "Salvar / Novo" e "Cancelar". O formulário contém os seguintes campos:

- Data solicitação**: 27/04/2023
- Código tabela**: TUSS \_ Procedimentos e ever
- Evento**: Campo de texto com ícone de lupa.
- Grau de Participação**: Campo de texto com ícone de lupa.
- Indicação clínica**: Área de texto grande.
- Quantidade**: Campo de texto.

\* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório

## Diárias Adicionais

Se houver pedido de diárias adicionais na mesma guia de prorrogação, clique em **"Solicitar Diárias Adicionais"**, e na tela que abrirá, preencha os campos obrigatórios (em vermelho) e, se for o único ou último pedido clique em **"Salvar"**, ou, se houver mais pedidos, clique em **"Salvar/Novo"**.

A captura de tela mostra uma interface de usuário com o título "Geral". No canto superior direito, há botões para "Salvar", "Salvar / Novo" e "Cancelar". O formulário contém os seguintes campos:

- Data solicitação**: 27/04/2023 (com ícone de calendário e máscara dd/mm/aaaa)
- Diária Solicitada**: Campo de texto com ícone de lupa.
- Código tabela**: TUSS - Taxas hospitalares, di (com ícone de lupa)
- Quantidade**: Campo de texto.

\* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório

Em qualquer caso, finalizados os pedidos, clique em "Anexar Documentos", se ainda houver documentos a anexar, ou, caso contrário, em **"Validar/fechar Protocolo"**.

## Internação com OPME

Essa opção permite a inclusão do pedido de OPME na mesma guia de internação, dispensando a necessidade de uma segunda guia exclusiva para OPME. Porém, caso exista necessidade posterior de OPME, nova guia poderá ser gerada em separado.

O procedimento é semelhante ao da internação simples. Na aba **"Internações"**, selecione **"Internação com OPME"**. Abrirá uma tela idêntica à da internação simples. Preencha conforme abaixo, e marque a opção **"prevê OPME"**, onde indicado.

Solicitação de internação
Salvar

---

**Contato (Dados para retorno)**

Nome  Telefone

Email

---


**Dados da Solicitação**

Nº Guia no Prestador

---

**Dados do Beneficiário**

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Cartão de Identificação    Atendimento ao RN

Nome


Data Nasc.  CPF

Nome Mãe

Plano

---



**Dados do Contratado**

Prestador   CPF/CNPJ


---

**Solicitante**

Nome

Conselho   UF Conselho  

Num. Conselho

CBOS  

# INTERNAÇÕES

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Contato</b>	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone de contato e e-mail.
<b>Nº Guia no Prestador</b>	Insira o número da guia.
<b>Beneficiário</b>	Clique na "lupa" e busque o beneficiário por número da carteirinha ou CPF (somente números).
<b>Prestador</b>	Clique na "lupa" e busque o prestador pelo CNPJ (somente números).
	Preencha com dados do profissional solicitante (todos os

## Dados do Atendimento


<b>Caráter de Atendimento</b>	Eletivo	<b>Data Provável da Admissão Hospitalar</b>	26/04/2023  (dd/mm/aaaa)
Cond. Atendimento	<input type="radio"/> Paciente NÃO no local <input type="radio"/> Paciente no local <input type="radio"/> Paciente internado		
<b>Tipo de Internação</b>	<input type="text"/>		
<b>Regime de internação</b>	<input type="text"/>		
<b>Diária Solicitada</b>	<input type="text"/>		
<b>Quantidade</b>	<input type="text"/>		
<b>Indicação de Acidente</b>	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Prevê uso de OPME	<input type="checkbox"/> Prevê uso de Quimioterápicos	
CID 10 Principal (Opcional)	<input type="text"/>		
CID 10 (2) (Opcional)	<input type="text"/>		
CID 10 (3) (Opcional)	<input type="text"/>		
CID 10 (4) (Opcional)	<input type="text"/>		
<b>Indicação Clínica</b>	<input type="text"/>		

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Caráter do Atendimento</b>	<p><b>Caráter do Atendimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ELETIVO:</b> Para os procedimentos previamente agendados;</li> <li>- <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:</b> Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</li> </ul> <p><b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
<b>Data Provável da Admissão Hospitalar</b>	Clique no “calendário” e selecione a data.
<b>Regime de Internação</b>	Clique na “lupa” e selecione a opção adequada.
<b>Diária Solicitada</b>	Clique na “lupa” e selecione a opção adequada
<b>Quantidade</b>	Número de diárias solicitadas.
<b>Indicação de Acidente</b>	Clique na “lupa” e selecione a opção adequada


Ao final do preenchimento, clique em **“Salvar”**. Em seguida, aparecerá um menu superior com quatro opções. Para solicitar OPME clique em **“Inserir anexos – OPME”**

▶ [Anexar Documentos](#) ▶ [Inserir eventos](#) ▶ [Inserir diárias adicionais](#) ▶ [Inserir anexos - OPME](#)

 O botão para validar a autorização só aparecerá quando houver pelo menos um evento registrado.

Na nova tela, escolha entre uma das duas opções (**“Solicitar OPME”** ou **“Solicitar OPME sem codificação”**) e siga as instruções abaixo.

▶ [SOLICITAR OPME](#) ▶ [SOLICITAR OPME SEM CODIFICAÇÃO](#)

 Para continuar, favor inserir um item de OPME.

# INTERNAÇÕES

## Solicitar OPME

Preencha os campos obrigatórios, em vermelho, e clique em **"Salvar"**, se for o único ou último OPME, ou **"Salvar/Incluir Novo"**, se houver mais OPMEs a solicitar.

The screenshot shows a web form titled "Geral" with the following fields and controls:

- Código Tabela**: 19
- Tabela**: TUSS - Materiais
- Código do Material**: (empty)
- Descrição / ANVISA**: (empty)
- Descrição/ Ref. material no fabricante**: (empty)
- Opção**: (empty)
- Registro ANVISA**: (empty)
- Vencimento Registro**: (empty)
- Marca / Responsável**: (empty)
- Qtd.Solicitada**: (empty)
- VI Unit. Solicitado**: (empty)

Buttons: [Salvar](#), [Salvar/Incluir Novo](#), [Cancelar](#)

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

## Solicitar OPME sem codificação

Preencha os campos obrigatórios, em vermelho, e clique em **"Salvar"**, se for o único ou último OPME, ou **"Salvar/Incluir Novo"**, se houver mais OPMEs a solicitar.

The screenshot shows a web form titled "Geral" with an alert and the following fields and controls:

**Alerta: Conforme estabelecido nas regras de padronização da ANS para eventos não codificados pela TUSS é obrigatório o preenchimento do campo "Registro ANVISA".**

- Descrição/ Ref. material no fabricante**: (empty)
- Opção**: (empty)
- Registro ANVISA**: (empty)
- Autorização Funcionamento**: (empty)
- Qtd.Solicitada**: (empty)
- VI Unit. Solicitado**: (empty)

Buttons: [Salvar](#), [Salvar/Incluir Novo](#), [Cancelar](#)

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Após a inclusão dos OPMEs, clique na opção **“Continuar”**, que aparecerá no menu superior. Em seguida, anexe os documentos e eventos necessários, conforme indicado abaixo.

## Anexar Documentos

Após clicar na opção, preencha o campo **“Tipo de Documento”**, clicando na lupa e escolhendo a opção desejada.

Em seguida, anexe o arquivo clicando no ícone em forma de pasta

## Inserir Eventos

Preencha os campos obrigatórios

- (1) **Procedimento**: clique na “lupa” para pesquisar.
- (2) **Quant. Solic.:** quantidade de realizações do procedimento em questão.

## Inserir Diárias Adicionais

Preencha os campos obrigatórios

- (1) **Diária Solicitada**: clique na “lupa” para pesquisar.
- (2) **Quant. Solic.:** preencher com o número de diárias.

# INTERNAÇÕES

Geral

Salvar Salvar / Novo Cancelar

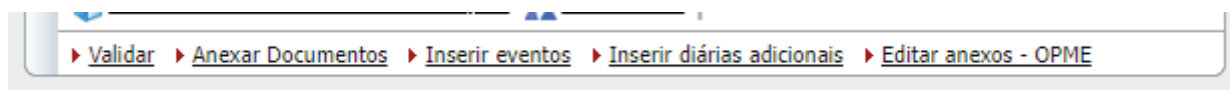
**Diária solicitada**

\* Observação: Para realizar a busca pelo código do evento, é necessário utilizar pontuação. (ex: 1.01.01.012)

Código  Qtd. Solic.

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

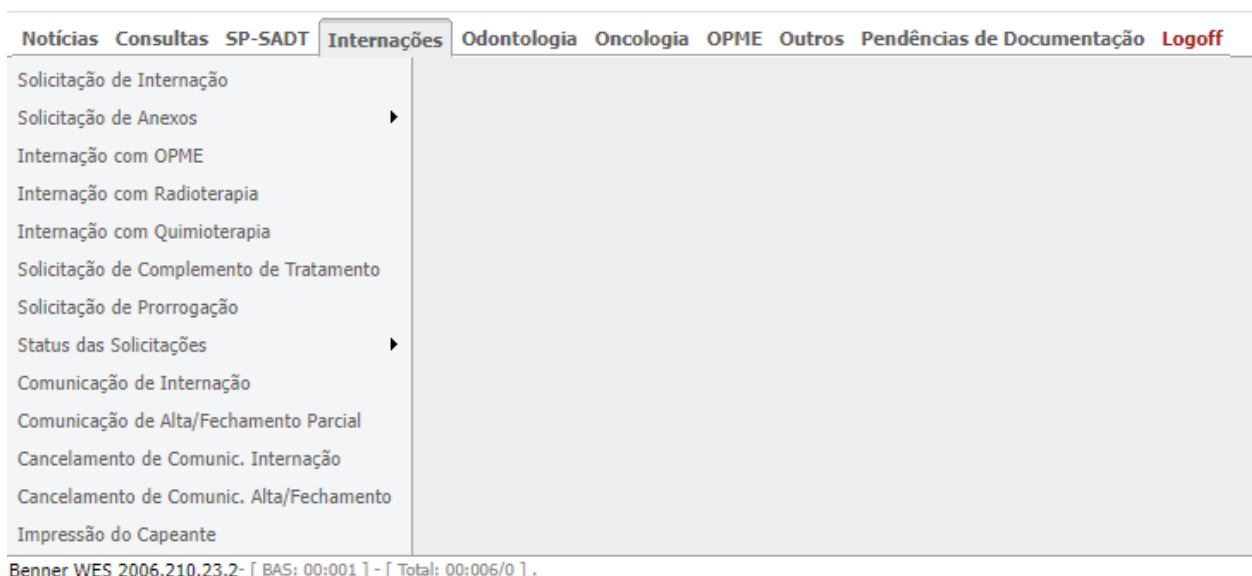
Quando todas as informações necessárias tiverem sido juntadas, aparecerá a opção **"Validar"**, conforme a imagem abaixo. Note que ainda será possível editar e incluir novos anexos no curso da análise do pedido.



## Internação com Radioterapia e Quimioterapia

Essas opções permitem a inclusão do pedido de quimioterapia ou radioterapia na mesma guia de internação, dispensando a necessidade de uma segunda guia exclusiva para os quimioterápicos. Porém, caso exista necessidade posterior, nova guia poderá ser gerada em separado.

O procedimento é semelhante ao da internação simples. Na aba **"Internações"**, selecione **"Internação com Radioterapia"** ou **"Internação com Quimioterapia"**.



Em qualquer caso, aparecerá, inicialmente, a mesma tela, que é idêntica à de internação simples. Preencha conforme as instruções abaixo, sem deixar de marcar a opção **"Prevê uso de Quimioterápicos"** no campo apropriado.

Solicitação de internação
Salvar

---

**Contato (Dados para retorno)**

Nome  Telefone

Email

---


**Dados da Solicitação**

Nº Guia no Prestador

---

**Dados do Beneficiário**

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Cartão de Identificação    Atendimento ao RN

Nome


Data Nasc.  CPF

Nome Mãe

Plano

---



**Dados do Contratado**

Prestador   CPF/CNPJ


---

**Solicitante**

Nome

Conselho   UF Conselho  









Num. Conselho

CBOS  

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Contato</b>	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone de contato e e-mail.
<b>Nº Guia no Prestador</b>	Insira o número da guia.
<b>Beneficiário</b>	Clique na “lupa” e busque o beneficiário por número da carteirinha ou CPF (somente números).
<b>Prestador</b>	Clique na “lupa” e busque o prestador pelo CNPJ (somente números).
<b>Solicitante</b>	Preencha com dados do profissional solicitante (todos os campos são obrigatórios).

# INTERNAÇÕES

## Dados do Atendimento

<b>Caráter de Atendimento</b>	Eletivo	<b>Data Provável da Admissão Hospitalar</b>	26/04/2023
Cond. Atendimento	<input type="radio"/> Paciente NÃO no local <input type="radio"/> Paciente no local <input type="radio"/> Paciente internado		
<b>Tipo de Internação</b>	<input type="text"/> 		
<b>Regime de internação</b>	<input type="text"/> 		
<b>Diária Solicitada</b>	<input type="text"/> 		
<b>Quantidade</b>	<input type="text"/>		
<b>Indicação de Acidente</b>	<input type="text"/> 		
	<input type="checkbox"/> Prevê uso de OPME		<input type="checkbox"/> Prevê uso de Quimioterápicos
CID 10 Principal (Opcional)	<input type="text"/> 		
CID 10 (2) (Opcional)	<input type="text"/> 		
CID 10 (3) (Opcional)	<input type="text"/> 		
CID 10 (4) (Opcional)	<input type="text"/> 		
Indicação Clínica	<input type="text"/>		


CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Caráter do Atendimento</b>	<p><b>Caráter do Atendimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ELETIVO:</b> Para os procedimentos previamente agendados;</li> <li>- <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:</b> Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</li> </ul> <p><b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
<b>Data Provável da Admissão Hospitalar</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.
<b>Regime de Internação</b>	Clique na "lupa" e selecione a opção adequada.
<b>Diária Solicitada</b>	Clique na "lupa" e selecione a opção adequada
<b>Quantidade</b>	Número de diárias solicitadas.
<b>Indicação de Acidente</b>	Clique na "lupa" e selecione a opção adequada

Ao final do preenchimento, clique em **"Salvar"**. Em seguida, verifique os dados da solicitação e preencha os campos obrigatórios, conforme indicado abaixo.

## Radioterapia

Aparecerá um menu superior com as opções abaixo. Clique em **"Inserir anexos- Radioterapia"**. Em seguida, verifique os dados e proceda conforme abaixo.

[▶ Anexar Documentos](#) ▶ [Inserir eventos](#) ▶ [Inserir diárias adicionais](#) ▶ [Inserir anexos - Radioterapia](#)

 O botão para validar a autorização só aparecerá quando houver pelo menos um evento registrado.

### Oncológico/Radioterapia

Data Diagnóstico <input type="text" value=""/>	(dd/mm/aaaa)	Diagnóstico Imagem <input type="text" value=""/>	
CID 10 Principal (Opcional) <input type="text" value=""/>		CID 10 (2) (Opcional) <input type="text" value=""/>	
CID 10 (3) (Opcional) <input type="text" value=""/>		CID 10 (4) (Opcional) <input type="text" value=""/>	
<b>Estadiamento</b> <input type="text" value=""/>		<b>Finalidade Tratamento</b> <input type="text" value=""/>	
<b>ECOG</b> <input type="text" value=""/>			
Diagnóstico Cito/Histopatológico <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Informações Relevantes <input style="width: 100%;" type="text"/>			

### Tratamentos Anteriores

Cirurgia <input style="width: 100%;" type="text"/>
Data da Realização <input type="text" value=""/>
(dd/mm/aaaa)
Quimioterapia <input style="width: 100%;" type="text"/>
Data da Aplicação <input type="text" value=""/>
(dd/mm/aaaa)

### Demais informações

<b>Número de Campos</b> <input type="text" value=""/>	<b>Dose por Dia (em Gy)</b> <input type="text" value=""/>
<b>Número de Dias</b> <input type="text" value=""/>	<b>Dose Total (em Gy)</b> <input type="text" value=""/>
<b>Data Prevista para Início da Administração</b> <input type="text" value=""/>	(dd/mm/aaaa)
Observação <input style="width: 100%;" type="text"/>	

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

# INTERNAÇÕES

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Estadiamento</b>	Clique na "lupa" e escolha entre as opções apresentadas (0, I, II, etc.)
<b>Finalidade do Tratamento</b>	Clique na "lupa" e escolha entre as opções apresentadas (adjuvante, controle, curativa, etc)
<b>ECOG</b>	Clique na "lupa" e escolha a opção mais adequada na "Escala ECOG" para o paciente.
<b>Número de Campos</b>	Indique o total de campos de irradiação
<b>Dose por Dia (em Gy)</b>	Preencha com a dose diária em <i>grays</i> .
<b>Número de dias</b>	Indique o número de dias solicitados de tratamento radioterápico.
<b>Dose Total (em Gy)</b>	preencha com a dose total do tratamento solicitado, em <i>grays</i> .
<b>Data Prevista para o Início da Administração</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.

Após o preenchimento, aparecerá uma nova opção no meu superior: **"SOLICITAR ITEM DE RADIOTERAPIA"**.

Após a solicitação, aparecerá a tela abaixo. Preencha os campos obrigatórios em vermelho, e clique em **"Salvar"**, se for o único ou último item, ou em **"Salvar/Incluir Novo"**, se houver mais itens a solicitar.

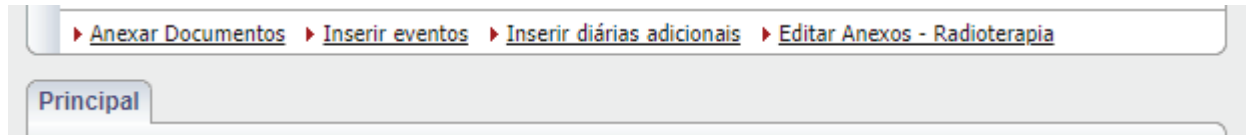
**Data prevista do atendimento:** clique no "calendário" e seleicone.

**Procedimento:** busque pelo código TUSS, sem pontos, ou procure em ordem alfabética

**Qte Solic.:** preencha com a quantidade de itens solicitada.

Após a solicitação, aparecerá a opção **"Continuar"** conforme abaixo.

Em seguida, aparecerá menu para incluir outros documentos ou solicitações, conforme abaixo:



## Anexar Documentos

Após clicar na opção, preencha o campo **"Tipo de Documento"**, clicando na lupa e escolhendo a opção desejada.

Em seguida, anexe o arquivo clicando no ícone em forma de pasta

## Inserir Eventos

Preencha os campos obrigatórios

- (1) **Procedimento:** clique na "lupa" para pesquisar.
- (2) **Quant. Solic.:** quantidade de realizações do procedimento em questão.

## Inserir Diárias Adicionais

Preencha os campos obrigatórios

- (1) **Diária Solicitada:** clique na "lupa" para pesquisar.
- (2) **Quant. Solic.:** preencher com o número de diárias.

# INTERNAÇÕES

Geral

Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Diária solicitada**

\* Observação: Para realizar a busca pelo código do evento, é necessário utilizar pontuação. (ex: 1.01.01.012)

Código  Qtd. Solic.

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório


Clique em **"Salvar"**, se for a primeira ou única ou última solicitação, ou em **"Salvar/Novo"** se houver mais solicitações para realizar.

Após a inclusão de todos os eventos e anexos necessários, aparecerá o seguinte menu. Se já tiver finalizado a solicitação, clique em **"Validar"** para finalizar o pedido. Ele poderá ser editado futuramente, através das opções correspondentes.



## Quimioterapia



Aparecerá um menu superior com as opções abaixo. Clique em **"Inserir Anexos- Quimioterapia"**. Em seguida, verificar os dados e proceder ao preenchimento dos campos obrigatórios (em vermelho) conforme abaixo.


▶ Validar ▶ Anexar Documentos ▶ Inserir eventos ▶ Inserir diárias adicionais ▶ Inserir Anexos - Quimioterapia

 O botão para validar a autorização só aparecerá quando houver pelo menos um evento registrado.



**Diag. Oncológico/Quimioterapia**



Data de Diagnóstico   (dd/mm/aaaa) CID 10 Principal (Opcional)  



CID 10 (2) (Opcional)   CID 10 (3) (Opcional)  


CID 10 (4) (Opcional)  

**Plano Terapêutico**

**Estadiamento**   **Tipo de Quimioterapia**  

**Finalidade do Tratamento**   **Tumor**  

**Nódulo**   **Metástase**  

**ECOG**  

Diagnóstico Cito/Histopatológico

Informações Relevantes

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Plano Terapêutico</b>	Plano Terapêutico a ser utilizado.
<b>Estadiamento</b>	Clique na “lupa” e escolha entre as opções apresentadas (0, I, II, etc.)
<b>Finalidade do Tratamento</b>	Clique na “lupa” e escolha entre as opções apresentadas (adjuvante, controle, curativa, etc)
<b>Tumor</b>	Clique na “lupa” e selecione (“T0”, “T1”, etc.)
<b>Nódulo</b>	Clique na “lupa” e selecione (“N0”, “N1”, etc.)
<b>Metástase</b>	Clique na “lupa” e selecione (“M0”, “M1”, etc.)
<b>ECOG</b>	Clique na “lupa” e escolha a opção mais adequada na “Escala ECOG” para o paciente.

Em seguida, preencha os últimos campos obrigatórios, conforme abaixo.

**Tratamentos Anteriores**

---

Cirurgia

Data da Realização  (dd/mm/aaaa)

Área Irradiada

Data da Aplicação  (dd/mm/aaaa)

**Demais informações**

---

**Número Ciclos**  **Ciclo Atual**

**Intervalo Ciclos**  **Dias Ciclo Atual**

Observação

---


\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

# INTERNAÇÕES

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Tratamento Anterior</b>	<b>Cirurgia:</b> Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente; <b>Data da Realização:</b> clique na "lupa e selecione. <b>Área Irradiada:</b> Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior; <b>Data da Aplicação:</b> Data que foi realizada a quimioterapia anterior;
<b>Número de Ciclos</b>	Número de ciclos previstos de tratamento.
<b>Ciclo Atual</b>	Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.
<b>Intervalo Ciclos</b>	Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento.
<b>Observação</b>	Qualquer informação adicional que não foi possível colocar em nenhum dos campos anteriores


Após o preenchimento dos campos, clicar em **"Salvar"**. Em seguida, aparecerá a opção **"SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERAPIA"**.


▶ [SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERAPIA](#)


 Para continuar, favor inserir um item de quimioterapia.


Ao clicar nessa opção, aparecerá a seguinte tela.

Guia [Salvar](#) [Salvar/Incluir Novo](#) [Cancelar](#)

**Data Prev. Adm.**   (dd/mm/aaaa) **Cód. Medicamento**

**Descrição Medicamento**  

**Dosagem Total no Ciclo**  **Unidade de Medida**  

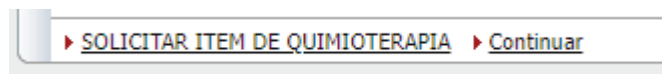
**Via Administração**  

**Frequência**

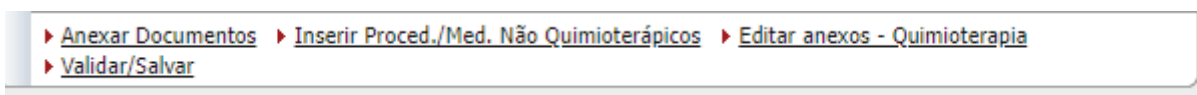
\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Data Prev. Administração</b>	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.
<b>Descrição Medicamento</b>	Descrição do medicamento solicitado.
<b>Dosagem Total no Ciclo</b>	Dosagem total do medicamento no ciclo atual.
<b>Unidade de Medida</b>	Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.
<b>Via de Administração</b>	Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.
<b>Frequência</b>	Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.

Em seguida, clique em **"Salvar"** se for o último ou único item solicitado, ou em **"Salvar/ Incluir Novo"**, se houver mais itens. Aparecerá o seguinte menu superior. Clique na opção **"Continuar"**.



Aparecerá então o seguinte menu. Clique em **"Validar/Salvar"** se já tiver incluído todas as solicitações e os respectivos anexos. Caso contrário, proceda conforme as instruções abaixo.



## Anexar Documentos

Após clicar na opção, preencha o campo **"Tipo de Documento"**, clicando na lupa e escolhendo a opção desejada.

Em seguida, anexe o arquivo clicando no ícone em forma de pasta

(nulo) > Anexar Documentos

CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUCÃ... hernani.neto |

---

Geral [Salvar](#) [Salvar / Novo](#) [Cancelar](#)

**Tipo do documento**

**Responsável** Hernani Cavalheiro Neto

**Anexo**

**Data** 24/04/2023 18:17:55

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

# INTERNAÇÕES

## Inserir Proce. Med. Não Quimoterápicos

Insira aqui os eventos que serão realizados. Preencha os campos obrigatórios

**Procedimento** (clique na "lupa" para pesquisar)

**Qtd. Solic.** (quantidade de realizações do procedimento em questão)

**Editar Anexos – Quimioterapia**

Retorna à tela em que é possível solicitar itens de quimioterapia ou editar os já solicitados.

Clique em **"Editar"**, logo abaixo de **"Anexos de Quimioterapia"** para editar um já solicitado.

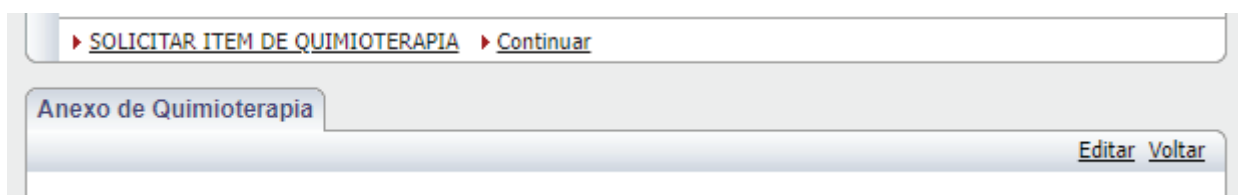
Clique em **"SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERPIA"**, para solicitar novo item.

## Editar Anexos – Quimioterapia

Retorna à tela em que é possível solicitar itens de quimioterapia ou editar os já solicitados.

Clique em **"Editar"**, logo abaixo de **"Anexos de Quimioterapia"** para editar um já solicitado.

Clique em **"SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERPIA"**, para solicitar novo item.



Alternativamente, é possível descer até o rodapé da página para realizar as mesmas operações:

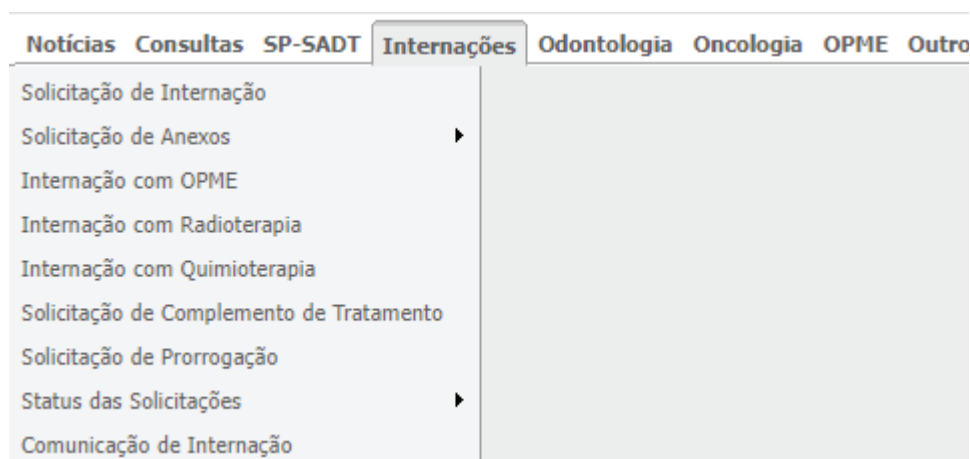
Clique em **"Inserir novo"** para solicitar novo item de quimioterapia.

Clique no "lápiz" em um item já solicitado, para editar, ou no "X" para excluir.

Uma vez tendo preenchido todos os itens necessários aparecerá a opção **"Validar"**, no menu superior. Clique para obter a senha de autorização. Note que é possível editar os anexos após o envio para a Regulação Médica.

## Solicitação de Complemento de Tratamento

Nessa opção é possível solicitar terapias e procedimentos complementares ao objeto da internação. Para isso, selecione a opção correspondente no menu lateral.



Em seguida, aparecerá a tela abaixo, na qual deve ser digitado o número da Guia Principal.

Geral
[Continuar](#)

**Número da Guia Principal (Referenciada)**

---

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Logo após, aparecerá nova janela. Verifique os dados preenchidos automaticamente e faça as modificações necessárias, se for o caso.

**Solicitante**

---

**Nome**

**Conselho**  **UF Conselho**

**Num. Conselho**

**CBOS**

---

**Dados do Atendimento**

---

**Caráter de Atendimento**  **Data do atendimento**  (dd/mm/aaaa)

**Condição de Atendimento**  Paciente NÃO no local  Paciente no local

Paciente internado

**Tipo de atendimento**

**Indicador de Acidente**

**Indicação Clínica**

---

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

# INTERNAÇÕES

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Caráter de Atendimento</b>	<p><b>Caráter do Atendimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ELETIVO:</b> Para os procedimentos previamente agendados;</li> <li>- <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:</b> Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</li> </ul> <p><b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
<b>Data do Atendimento</b>	Clique no "calendário" e selecione a data
<b>Condição de Atendimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Paciente não no Local:</b> quando o Beneficiário não está presente, para solicitações feitas antes da data da realização do procedimento;</li> <li>- <b>Paciente no Local:</b> nos casos de a solicitação ser feita com o paciente já presente no local da realização do procedimento;</li> <li>- <b>Paciente Internado:</b> para Beneficiários que se encontrem internados</li> </ul>
<b>Tipo de Atendimento</b>	Clique na "lupa" e selecione.
<b>Indicador de Acidente</b>	Clique na "lupa" e selecione

Após concluir o preenchimento, clique em "**Salvar**". Aparecerá a tela abaixo. Selecione o procedimento e a quantidade e, em seguida, clique em "**Salvar**", se for o último ou único procedimento, ou em "**Salvar/Novo**", se houver mais solicitações.

Geral

[Salvar](#) [Salvar / Novo](#) [Cancelar](#)

**Procedimento**

\* Observação: Para realizar a busca pelo código do evento, é necessário utilizar pontuação. (ex: 1.01.01.012)

Cód. Proced.  **Qtd. Solic.**

Código tabela

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Em seguida, aparecerá um novo menu (abaixo). Anexe os documentos pertinentes, se for o caso, e, se não houver novos eventos a inserir, clique em **"Validar/Salvar"**. O sistema gerará a senha de autorização ou, se houver pendências a sanar, informará as pendências.

▶ [Anexar Documentos](#) ▶ [Inserir Eventos](#) ▶ [Validar/Salvar](#) ▶ [Cancelar Solicitação](#)

## Anexos em Internação

### Anexo de OPME em Internação



Use essa opção quando, no curso de uma internação, surgir a necessidade de OPME, ou se, por alguma razão, a informação não tiver sido incluída na guia da própria internação.

Ao clicar na opção **"Anexo de OPME em Internação"**, aparecerá a janela abaixo. Preencha com o número da guia principal e clique em **"Continuar"**.


Aparecerá uma tela com os dados da guia original e outras informações. Verifique os dados auto-preenchidos ou insira novos se for o caso, conforme abaixo.

**Solicitante**


**Nome**

**Conselho**   **UF Conselho**  

**Num. Conselho**


**CBOS**  


**Dados do Atendimento**

**Caráter de Atendimento**  **Data do atendimento**   (dd/mm/aaaa)

**Condição de Atendimento**  Paciente NÃO no local  Paciente no local

Paciente internado

**Tipo de atendimento**  

**Indicador de Acidente**  

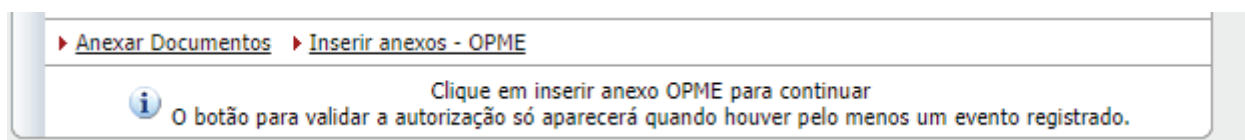
**Indicação Clínica**

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

# INTERNAÇÕES

CAMPO	OBSERVAÇÃO
Solicitante	Preencha com os dados do profissional solicitante (todos os campos são obrigatórios)
Data do Atendimento	Clique no "calendário" e selecione a data
Condição de Atendimento	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Paciente não no Local:</b> quando o Beneficiário não está presente, para solicitações feitas antes da data da realização do procedimento;</li><li>- <b>Paciente no Local:</b> nos casos de a solicitação ser feita com o paciente já presente no local da realização do procedimento;</li><li>- <b>Paciente Internado:</b> para Beneficiários que se encontrem internados</li></ul>
Data de Atendimento	Clique no "calendário" para selecionar.
Tipo de Atendimento	Clique na "lupa" e selecione.
Indicador de Acidente	Clique na "lupa" e selecione.

Em seguida, aparecerão os dados impostados e o seguinte menu superior aparecerá:



Clique em **"Inserir anexos – OPME"**, e aparecerá a tela abaixo.

Preencha as informações obrigatórias ("Data da Previsão/Realização" e "Justificativa Técnica". Em seguida, clique em **"Salvar"**, para ir à próxima tela. Nela, aparecerá o menu superior atualizado.


Escolha a opção adequada e preencha conforme as instruções abaixo.

## Solicitar OPME


Preencha os campos obrigatórios, em vermelho, e clique em **"Salvar"**, se for o único ou último OPME, ou **"Salvar/Incluir Novo"**, se houver mais OPMEs a solicitar.

**Geral** Salvar Salvar/Incluir Novo Cancelar


Código Tabela 19

Tabela  

Código do Material

**Descrição / ANVISA**  

Descrição/ Ref. material no fabricante

**Opção**  

Registro ANVISA

Vencimento Registro

Marca / Responsável

**Qtd.Solicitada**  VI Unit. Solicitado

---

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

## Solicitar OPME sem codificação

Preencha os campos obrigatórios, em vermelho, e clique em **"Salvar"**, se for o único ou último OPME, ou **"Salvar/Incluir Novo"**, se houver mais OPMEs a solicitar.


**Geral** Salvar Salvar/Incluir Novo Cancelar

---

**Alerta: Conforme estabelecido nas regras de padronização da ANS para eventos não codificados pela TUSS é obrigatório o preenchimento do campo "Registro ANVISA".**

---

**Descrição/ Ref. material no fabricante**

**Opção**  

**Registro ANVISA**

Autorização Funcionamento

**Qtd.Solicitada**  VI Unit. Solicitado

---

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

# INTERNAÇÕES

Ao final, clique em "Salvar", se for o único ou último OPME solicitado, ou **"Salvar/Incluir Novo"**, se houver mais OPMEs para incluir.

De volta ao menu superior, clique em **"Continuar"**, quando não houver mais OPME a inserir. Observação:

Após a inclusão de OPMEs, o campo Anexos-OPME passará a aparecer como **"Editar anexos – OPME"**. Nessa situação, para incluir novos OPMEs deverá ser escolhida essa opção e, depois, em **"inserir novo"** conforme abaixo. Também nesse ponto aparecerá a opção **"Validar"**.

(nulo) > Anexar Documentos  
CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... | hernani.neto |

Geral

Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Tipo do documento**

**Anexo**

**Responsável** Hernani Cavalheiro Neto

**Data** 24/04/2023 18:17:55

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

## Anexar Documentos

Após clicar na opção, preencha o campo **"Tipo de Documento"**, clicando na lupa e escolhendo a opção desejada.

Em seguida, anexe o arquivo clicando no ícone em forma de pasta

(nulo) > Anexar Documentos  
CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... | hernani.neto |

Geral

Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Tipo do documento**

**Anexo**

**Responsável** Hernani Cavalheiro Neto

**Data** 24/04/2023 18:17:55

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

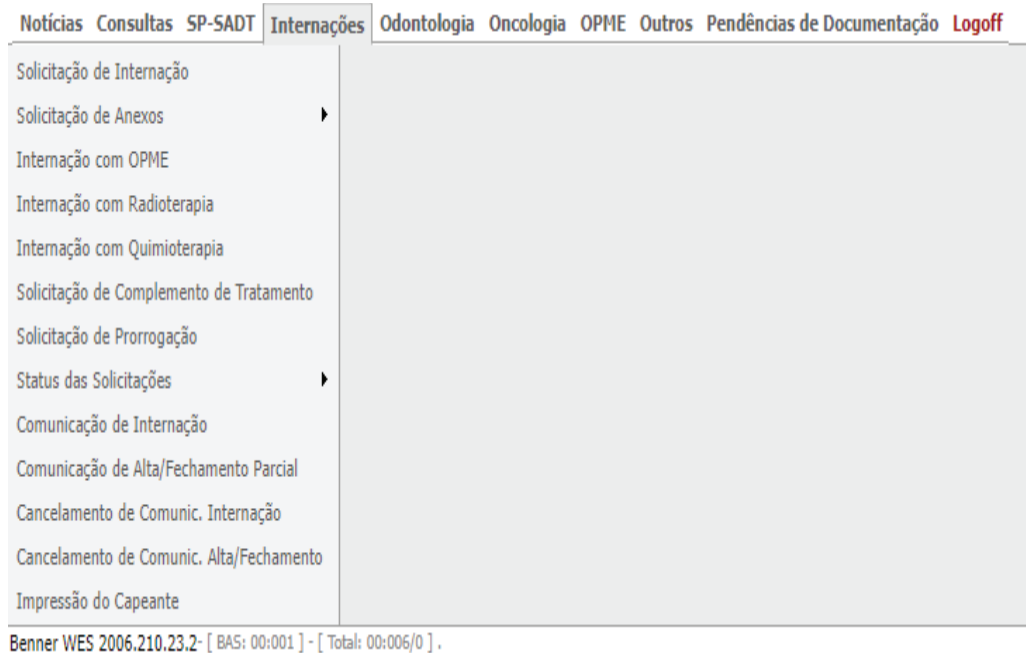
Para finalizar a anexação de documentos, clique em **"Salvar"**. Para anexar mais documentos, clique em **"Salvar/Novo"**

Após a inclusão de todas as informações necessárias, clique em **"Validar"** e o sistema informará o número da senha de autorização.

## Radioterapia em Internação

Essa opção deverá ser usada quando, no curso de uma internação, surgir a necessidade de radioterapia, ou quando a solicitação não for realizada na própria Guia de Internação (v. Internação com Radioterapia, acima).

No menu lateral, selecione a opção **"Anexo de Radioterapia em Internação"**.





Em seguida, aparecerá uma tela pedindo o número da Guia Principal.

Em seguida, verifique os dados informados, preencha os campos obrigatórios faltantes e clicar em **"Continuar"**.

# INTERNAÇÕES


**Solicitante**

Nome


Conselho   UF Conselho  

Num. Conselho  Telefone


E-mail


CBOS  

**Dados do Atendimento**

Caráter de Atendimento  Data provável admissão hospitalar   (dd/mm/aaaa)

Cond. Atendimento  Paciente NÃO no local  Paciente no local  Paciente internado

Tipo de atendimento  


Tipo Internação  

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Solicitante</b>	Preencha com os dados do profissional solicitante (todos os campos são obrigatórios)
<b>Caráter de Atendimento</b>	Clique no "calendário" e selecione a data
<b>Condição de Atendimento</b>	<p>- <b>ELETIVO</b>: Para os procedimentos previamente agendados;</p> <p>- <b>URGENCIA/EMERGÊNCIA</b>: Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</p> <p><b>Data da Admissão Hospitalar</b>: clique no "calendário" e selecione a data</p> <p><b>Obs</b>: Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
<b>Data provável da admissão hospitalar</b>	Clique no "calendário" para selecionar.
<b>Tipo de Atendimento</b>	Clique na "lupa" e selecione.
<b>Tipo de internação</b>	Clique na "lupa" e selecione.



Em seguida, aparecerá um novo menu superior.



[▶ Cancelar Solicitação](#) ▶ [Anexar Documentos](#) ▶ [Inserir anexos - Radioterapia](#)



 Clique em inserir anexo Radioterapia para continuar  
 O botão para validar a autorização só aparecerá quando houver pelo menos um evento registrado.



Clique na opção **“Inserir Anexos - Radioterapia”** para acessar a tela abaixo e preencha os campos obrigatórios conforme o indicado.


**Oncológico/Radioterapia**


Data Diagnóstico   (dd/mm/aaaa)      Diagnóstico Imagem  


CID 10 Principal (Opcional)        CID 10 (2) (Opcional)  

CID 10 (3) (Opcional)        CID 10 (4) (Opcional)  


**Estadiamento**        **Finalidade Tratamento**  


**ECOG**  


Diagnóstico Cito/Histopatológico  


Informações Relevantes  

**Tratamentos Anteriores**

Cirurgia  

Data da Realização   (dd/mm/aaaa)


Quimioterapia  


Data da Aplicação   (dd/mm/aaaa)

**Demais informações**

**Número de Campos**       **Dose por Dia (em Gy)**

**Número de Dias**       **Dose Total (em Gy)**

**Data Prevista para Início da Administração**   (dd/mm/aaaa)

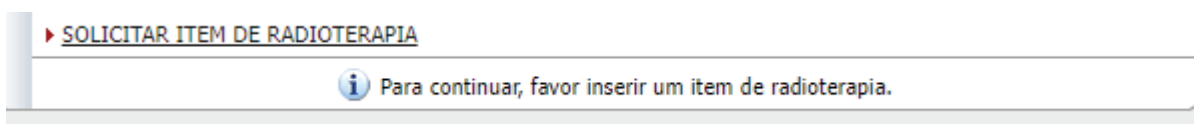
Observação  

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

# INTERNAÇÕES

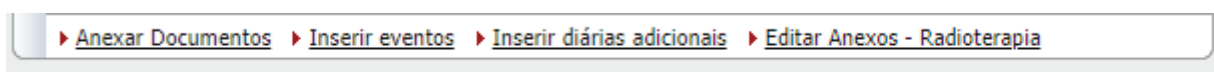
CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Estadiamento</b>	Clique na "lupa" e escolha entre as opções apresentadas (0, I, II, etc.)
<b>Finalidade do Tratamento</b>	Clique na "lupa" e escolha entre as opções apresentadas (adjuvante, controle, curativa, etc)
<b>ECOG</b>	Clique na "lupa" e escolha a opção mais adequada na "Escala ECOG" para o paciente.
<b>Número de Campos</b>	Indique o total de campos de irradiação
<b>Dose por Dia (em Gy)</b>	Preencha com a dose diária em <i>grays</i> .
<b>Número de dias</b>	Indique o número de dias solicitados de tratamento radioterápico.
<b>Dose Total (em Gy)</b>	preencha com a dose total do tratamento solicitado, em <i>grays</i> .
<b>Data Prevista para o Início da Administração</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.

Em seguida, aparecerá a seguinte opção no menu superior:



Após clicar, aparecerá a tela para inclusão do procedimento. Preencha os campos obrigatórios (para buscar o procedimento, clicar na "lupa") e em seguida clique em **"Salvar"**, se for a única ou última solicitação, ou **"Salvar/Incluir Novo"** se houver mais solicitações.

O sistema voltará à tela anterior, agora com a opção **"Continuar"** no menu superior. Após clicar, aparecerá o seguinte menu:



## Anexar Documentos

Após clicar na opção, preencha o campo **"Tipo de Documento"**, clicando na lupa e escolhendo a opção desejada.

Em seguida, anexe o arquivo clicando no ícone em forma de pasta

(nulo) > Anexar Documentos

CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... | hernani.neto

Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Tipo do documento**

**Anexo**

**Responsável** Hernani Cavalheiro Neto

**Data** 24/04/2023 18:17:55

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Para finalizar a anexação de documentos, clique em **"Salvar"**. Para anexar mais documentos, clique em **"Salvar/Novo"**

Ao retornar ao menu, poderão ainda ser inseridos outros eventos ou diárias adicionais, conforme explicado abaixo.

## Inserir Eventos

Preencha os campos obrigatórios

- (1) **Procedimento:** clique na "lupa" para pesquisar.
- (2) **Quant. Solic.:** quantidade de realizações do procedimento em questão.

Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Procedimento**

\* Observação: Para realizar a busca pelo código do evento, é necessário utilizar pontuação. (ex: 1.01.01.012)

**Cód. Proced.**

**Qt. Solic.** 1

**Código tabela**

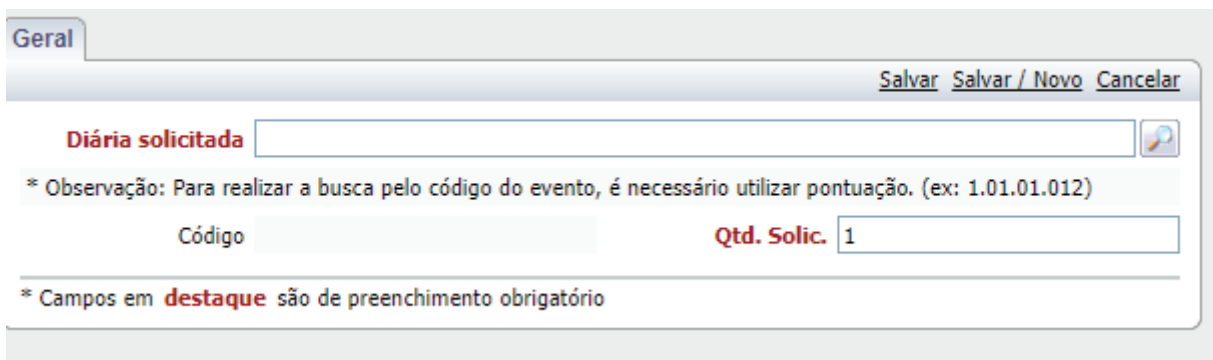
\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

## Inserir Diárias Adicionais

Preencha os campos obrigatórios

- (1) **Diária Solicitada:** clique na "lupa" para pesquisar.
- (2) **Quant. Solic.:** preencher com o número de diárias.

# INTERNAÇÕES



Formulário de Internações com o seguinte conteúdo:

- Abacarde: Geral
- Botões de ação: Salvar, Salvar / Novo, Cancelar
- Campos de entrada: Diária solicitada (destacado), Código, Qtd. Solic. (contendo o valor 1)
- Observação: \* Observação: Para realizar a busca pelo código do evento, é necessário utilizar pontuação. (ex: 1.01.01.012)
- Nota: \* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório

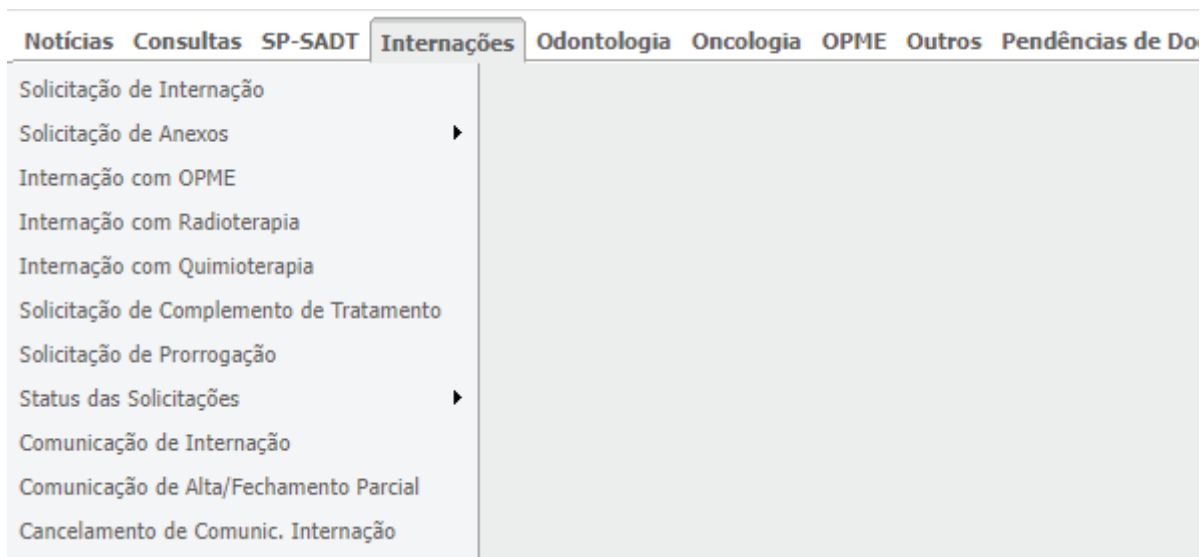
Clique em **"Salvar"**, se for a primeira ou única ou última solicitação, ou em **"Salvar/Novo"** se houver mais solicitações para realizar.

Após a inclusão de todos os eventos e anexos necessários, aparecerá o seguinte menu. Se já tiver finalizado a solicitação, clique em **"Validar"** para finalizar o pedido. Ele poderá ser editado futuramente, através das opções correspondentes.

## Quimioterapia em Internação

Essa opção deverá ser usada quando, no curso de uma internação, surgir a necessidade de quimioterapia ou quando a solicitação não for realizada na própria Guia de Internação (v. Internação com Quimioterapia, acima).

No menu lateral, selecione a opção **"Anexo de Quimioterapia em Internação"**.



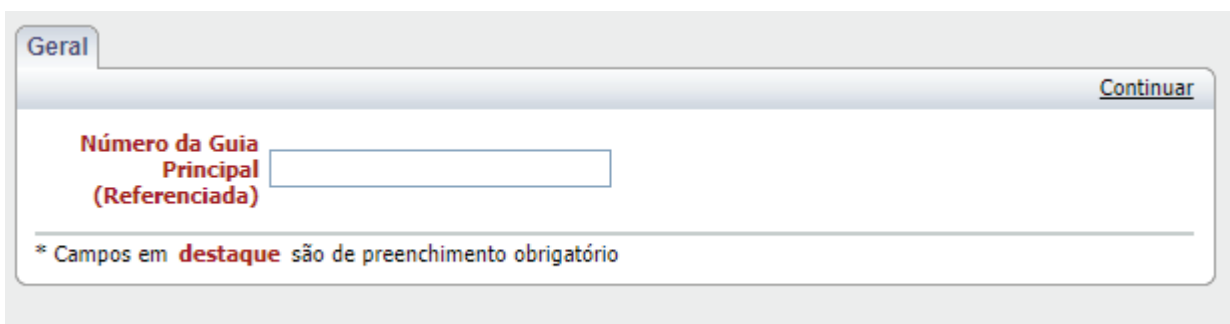
Menu de navegação com as seguintes opções:

- Notícias
- Consultas
- SP-SADT
- Internações** (selecionado)
- Odontologia
- Oncologia
- OPME
- Outros
- Pendências de Do

Submenu de Internações:

- Solicitação de Internação
- Solicitação de Anexos
- Internação com OPME
- Internação com Radioterapia
- Internação com Quimioterapia
- Solicitação de Complemento de Tratamento
- Solicitação de Prorrogação
- Status das Solicitações
- Comunicação de Internação
- Comunicação de Alta/Fechamento Parcial
- Cancelamento de Comunic. Internação

Em seguida, aparecerá uma tela pedindo o número da Guia Principal.



Formulário com o seguinte conteúdo:

- Abacarde: Geral
- Botão de ação: Continuar
- Campos de entrada: Número da Guia Principal (Referenciada) (destacado)
- Nota: \* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório

Em seguida, verifique os dados informados, preencha os campos obrigatórios faltantes e clique em **“Continuar”**.

Principal
Continuar

---

**Contato (Dados para retorno)**

Nome  Telefone

Email

---

**Dados da Solicitação**

Número da Guia Principal 4716 (Referenciada) N° da guia no Prestador

---

**Dados do Beneficiário**

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Contatos</b>	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone de contato e e-mail de contato.
<b>N° da guia no prestador</b>	Insira o número da guia.

**Solicitante**

Nome

Conselho  UF Conselho

Num. Conselho  Telefone

E-mail

CBOS

---

**Dados do Atendimento**

**Caráter de Atendimento** Urgência/Emergência Data provável admissão hospitalar 04/05/2023 (dd/mm/aaaa)

Cond. Atendimento  Paciente NÃO no local  Paciente no local  Paciente internado

Tipo de atendimento

Tipo Internação


\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

# INTERNAÇÕES

CAMPO	OBSERVAÇÃO
Solicitante	Preencha com os dados do profissional solicitante (todos os campos são obrigatórios)
Caráter de Atendimento	Clique no “calendário” e selecione a data
Condição de Atendimento	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>ELETIVO</b>: Para os procedimentos previamente agendados;</li><li>- <b>URGENCIA/EMERGÊNCIA</b>: Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</li></ul> <p><b>Data da Admissão Hospitalar</b>: clique no “calendário” e selecione a data</p> <p><b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
Data provável da admissão hospitalar	Clique no “calendário” para selecionar.
Tipo de Atendimento	Clique na “lupa” e selecione.
Tipo de internação	Clique na “lupa” e selecione.













Em seguida, aparecerá o seguinte menu superior:

▶ [Anexar Documentos](#) ▶ [Inserir Proced./Med. Não Quimioterápicos](#) ▶ [Inserir anexos - Quimioterapia](#)

 Clique em inserir anexo Quimioterapia para continuar  
O botão para validar a autorização só aparecerá quando houver pelo menos um evento registrado.

Clique em “**Inserir anexos – Quimioterapia**”. Na tela que abrirá (abaixo), preencha os campos obrigatórios conforme as instruções.

## Diag. Oncológico/Quimioterapia

Data de Diagnóstico	<input type="text"/>  (dd/mm/aaaa)	CID 10 Principal (Opcional)	<input type="text"/> 
CID 10 (2) (Opcional)	<input type="text"/> 	CID 10 (3) (Opcional)	<input type="text"/> 
CID 10 (4) (Opcional)	<input type="text"/> 		
<b>Plano Terapêutico</b>	<input type="text"/>		
<b>Estadiamento</b>	<input type="text"/> 	<b>Tipo de Quimioterapia</b>	<input type="text"/> 
<b>Finalidade do Tratamento</b>	<input type="text"/> 	<b>Tumor</b>	<input type="text"/> 
<b>Nódulo</b>	<input type="text"/> 	<b>Metástase</b>	<input type="text"/> 
<b>ECOG</b>	<input type="text"/> 		
Diagnóstico Cito/Histopatológico	<input type="text"/>		
Informações Relevantes	<input type="text"/>		

## Tratamentos Anteriores

Cirurgia	<input type="text"/>
Data da Realização	<input type="text"/>  (dd/mm/aaaa)
Área Irradiada	<input type="text"/>
Data da Aplicação	<input type="text"/>  (dd/mm/aaaa)

## Demais informações

<b>Número Ciclos</b>	<input type="text"/>	<b>Ciclo Atual</b>	<input type="text"/>
<b>Intervalo Ciclos</b>	<input type="text"/>	<b>Dias Ciclo Atual</b>	<input type="text"/>
Observação	<input type="text"/>		

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

# INTERNAÇÕES

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Plano Terapêutico</b>	Discriminar por escrito.
<b>Estadiamento</b>	Clique na "lupa" e escolha entre as opções apresentadas (0, I, II, etc.).
<b>Tipo de Quimioterapia</b>	Clique na "lupa" e selecione ("primeira linha", "segunda linha", etc.).
<b>Finalidade do Tratamento</b>	Clique na "lupa" e escolha (adjuvante, controle, curativa, etc.).
<b>Tumor</b>	Clique na "lupa" e escolha ("T0", "T1", etc.).
<b>Nódulo</b>	Clique na "lupa" e escolha ("N0", "N1", etc.).
<b>Metástase</b>	Clique na "lupa" e escolha ("M0", "M1", etc.).
<b>ECOG</b>	Clique na "lupa" e escolha a opção mais adequada na "Escala ECOG" para o paciente.

Em seguida, preencher os últimos campos obrigatórios, conforme abaixo.

**Tratamentos Anteriores**

---

Cirurgia

Data da Realização  (dd/mm/aaaa)

Área Irradiada

Data da Aplicação  (dd/mm/aaaa)

**Demais informações**

---

**Número Ciclos**  **Ciclo Atual**

**Intervalo Ciclos**  **Dias Ciclo Atual**

Observação


---

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório


CAMPO	OBSERVAÇÃO
Tratamento Anterior	<b>Cirurgia:</b> Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente; <b>Data da Realização:</b> clique na "lupa e selecione." <b>Área Irrradiada:</b> Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior; <b>Data da Aplicação:</b> Data que foi realizada a quimioterapia anterior;
Número de Ciclos	Número de ciclos previstos de tratamento.
Ciclo Atual	Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.
Intervalo Ciclos	Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento.
Observação	Qualquer informação adicional que não foi possível colocar em nenhum dos campos anteriores


Após o preenchimento dos campos, clique em **"Salvar"**. Em seguida, aparecerá a opção **"SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERAPIA"**. Preencher conforme indicado abaixo.


▶ [SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERAPIA](#)


 Para continuar, favor inserir um item de quimioterapia.

**Guia** [Salvar](#) [Salvar/Incluir Novo](#) [Cancelar](#)

**Data Prev. Adm.**   (dd/mm/aaaa) **Cód. Medicamento**

**Descrição Medicamento**  

**Dosagem Total no Ciclo**  **Unidade de Medida**  

**Via Administração**  

**Frequência**

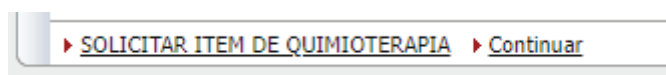
---

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

# INTERNAÇÕES

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Data Prev. Administração</b>	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.
<b>Descrição Medicamento</b>	Descrição do medicamento solicitado.
<b>Dosagem Total no Ciclo</b>	Dosagem total do medicamento no ciclo atual.
<b>Unidade de Medida</b>	Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.
<b>Via de Administração</b>	Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.
<b>Frequência</b>	Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.

Ao final, clique em **"Salvar"**, se for o único ou último item, ou **"Salvar/Novo"**, se houver mais itens a solicitar. O sistema voltará à tela anterior, agora com a opção **"Continuar"**.  
Aparecerá o seguinte menu.

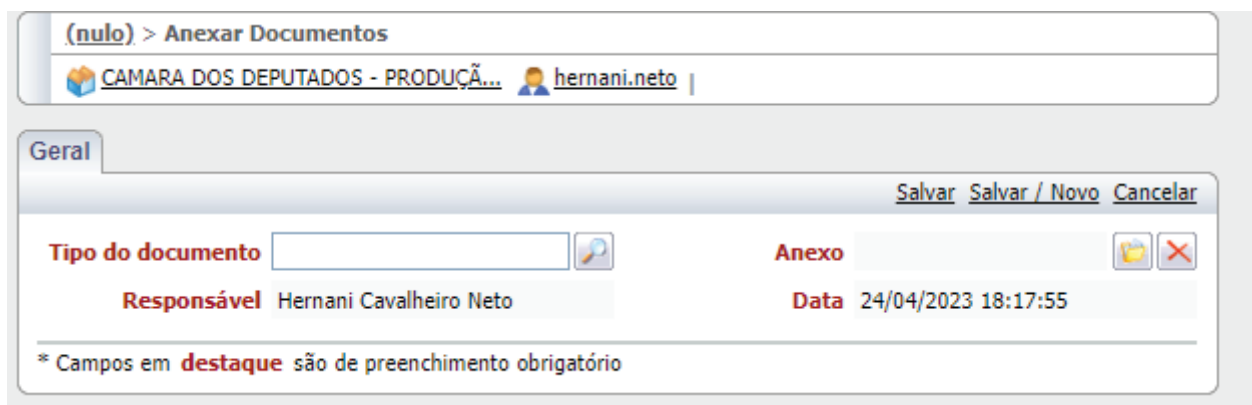


Em seguida clique em **"Anexar Documentos"**, para apresentar os documentos necessários à regulação médica.

## Anexar Documentos

Após clicar na opção, preencha o campo **"Tipo de Documento"**, clicando na lupa e escolhendo a opção desejada.

Em seguida, anexe o arquivo clicando no ícone em forma de pasta






(nulo) > Anexar Documentos

CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... | hernani.neto

Geral

Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Tipo do documento**   **Anexo**   

**Responsável** Hernani Cavalheiro Neto **Data** 24/04/2023 18:17:55

\* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório

Para finalizar a anexação de documentos, clique em **"Salvar"**. Para anexar mais documentos, clique em **"Salvar/Novo"**

Ao retornar ao menu, poderão ainda ser inseridos procedimentos e/ou medicamentos conforme explicado abaixo.

## Inserir procedimentos/medicamentos

Preencha os campos obrigatórios

Procedimento: (clique na "lupa" para pesquisar)

Qtd. Solic.: (quantidade de realizações do procedimento em questão)

Após a inclusão de todos os eventos e anexos necessários, aparecerá a opção **"Validar"**. Clique se já tiver finalizado a solicitação. Ela poderá ser editada futuramente, através das opções correspondentes.

# ONCOLOGIA

Ao selecionar a aba **"Oncologia"** no menu superior, uma série de opções abrem-se no menu lateral, entre elas solicitações de quimioterapia e radioterapia ambulatoriais, internações com quimioterapia ou radioterapia, anexos de quimioterapia ou radioterapia em internação e consulta ao status das solicitações.

## Radioterapia Ambulatorial

Ao clicar nessa opção no menu lateral, aparecerá uma tela com os campos abaixo para preenchimento.

Notícias Consultas SP-SADT Internações Odontologia **Oncologia** OPM

- Solicitação Radioterapia Ambulatorial
- Solicitação Quimioterapia Ambulatorial
- Internação com Radioterapia
- Internação com Quimioterapia
- Anexo de Radioterapia em Internação
- Anexo de Quimioterapia em Internação
- Status das Solicitações ▶

Jenner WES 2006.210.23.2- [ BAS: 00:003 ] - [ Total: 00:009/0 ] .

Principal Salvar

**Contato (Dados para retorno)**

Nome  Telefone


Email

**Dados da Solicitação**

Nº da guia no Prestador

**Dados do Beneficiário**

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Número da Carteira    Atendimento ao RN


Nome

Data Nasc.  CPF

Nome Mãe

Plano




**Dados do Contratado**

Prestador  


CPF/CNPJ

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Contato</b>	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone e e-mail de contato.
<b>Nº da guia no prestador</b>	Insira o número da guia.
<b>Beneficiário</b>	Clique na "lupa" e busque o beneficiário pelo número da carteirinha ou CPF (somente números)
<b>Prestador</b>	Preencher com o nome cadastrado no CPF ou CNPJ utilizado para acessar o sistema.

## Solicitante

<b>Nome</b>	<input type="text"/>				
<b>Conselho</b>	<input type="text"/>		<b>UF Conselho</b>	<input type="text"/>	
<b>Num. Conselho</b>	<input type="text"/>		<b>Telefone</b>	<input type="text"/>	
<b>E-mail</b>	<input type="text"/>				
<b>CBOS</b>	<input type="text"/>				

## Dados do Atendimento



<b>Caráter do Atendimento</b>	Eletivo <input type="text"/>		<b>Data do atendimento</b>	<input type="text" value="03/05/2023"/>	 (dd/mm/aaaa)
<b>Cond. Atendimento</b>	<input type="radio"/> Paciente NÃO no local <input type="radio"/> Paciente no local <input type="radio"/> Paciente internado				
<b>Tipo de atendimento</b>	<input type="text"/>				
<b>Indicação Clínica</b>	<input type="text"/>				



\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório



CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Solicitante</b>	Preencha com os dados do profissional solicitante (todos os campos são obrigatórios).
<b>Caráter do Atendimento</b>	<p>- <b>ELETIVO</b>: Para os procedimentos previamente agendados;</p> <p>- <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</b>: Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</p> <p><b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
<b>Data do Atendimento</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.
<b>Condição do Atendimento</b>	<p>- <b>Paciente não no Local</b>: quando o Beneficiário não está presente, para solicitações feitas antes da data da realização do procedimento;</p> <p>- <b>Paciente no Local</b>: nos casos de a solicitação ser feita com o paciente já presente no local da realização do procedimento;</p> <p>- <b>Paciente Internado</b>: para Beneficiários que se encontrem internados</p>
<b>Tipo de Atendimento</b>	Clique na "lupa" e selecione



Após preencher todos os campos obrigatórios, clique em **"Salvar"**, na parte superior direita do formulário. Em seguida, abrirá a **"Guia de Anexo em Radioterapia"**. Verifique as informações já preenchidas e preencha os campos obrigatórios vazios, conforme abaixo.


**Oncológico/Radioterapia**

Data Diagnóstico  (dd/mm/aaaa)  Diagnóstico Imagem  

CID 10 Principal (Opcional)   CID 10 (2) (Opcional)  

CID 10 (3) (Opcional)   CID 10 (4) (Opcional)  

**Estadiamento**   **Finalidade Tratamento**  

**ECOG**  

Diagnóstico Cito/Histopatológico

Informações Relevantes

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Estadiamento</b>	Clique na "lupa" e escolha entre as opções apresentadas (0, I, II, etc.).
<b>Finalidade</b>	Clique na "lupa" e escolha (adjuvante, controle, curativa, etc.).
<b>ECOG</b>	Clique na "lupa" e escolha a opção mais adequada na "Escala ECOG" para o paciente.
<b>Dias Ciclo Atual</b>	Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico

#### Tratamentos Anteriores

Cirurgia

Data da Realização

 (dd/mm/aaaa)

Quimioterapia

Data da Aplicação

 (dd/mm/aaaa)

#### Demais informações

**Número de Campos**

**Dose por Dia (em Gy)**

**Número de Dias**

**Dose Total (em Gy)**

**Data Prevista para Início da Administração**

 (dd/mm/aaaa)

Observação

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Número de Campos</b>	Indique o número de campos de irradiação
<b>Dose por Dia (em Gy)</b>	Preencha com a dose diária em <i>grays</i> .
<b>Data prevista para o Início da Administração</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.
<b>Número de Dias</b>	Indique o número solicitado de tratamento radioterápico.
<b>Dose Total em Gy</b>	Preencha com a dose total do tratamento, em <i>grays</i> .

Após o preenchimento, clique em **"Salvar"**, se for a única ou última solicitação, ou em **"Salvar/Novo"**, se houver mais solicitações.

Em seguida, aparecerá, no menu superior, a opção **"SOLICITAR ITEM DE RADIOTERAPIA"**.

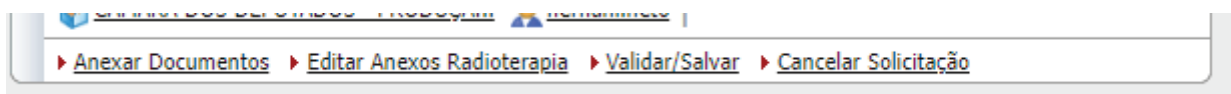


Selecione a data do procedimento clicando no "calendário" e o tipo de procedimento clicando na "lupa", conforme abaixo. Em seguida, clique em **"Salvar"**, se for o último ou único pedido, ou em **"Salvar/Incluir Novo"** se houver mais solicitações a realizar.

Em seguida, de volta à tela anterior, clique na opção **"Continuar"** que terá aparecido.



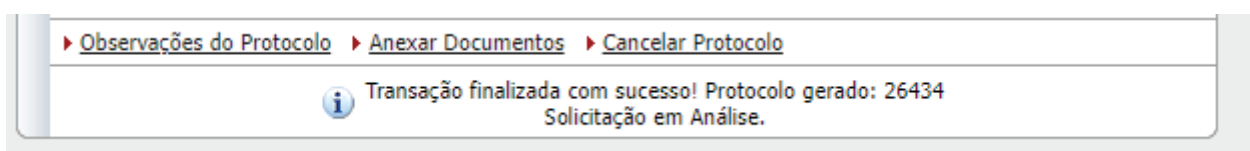
Em seguida clique em **"Anexar Documentos"**, para apresentar os documentos necessários à Regulação Médica.



.Na nova tela, clique na "lupa" para selecionar o tipo de documento e na "pasta" para adicionar o documento. Depois, clique em "Salvar", se for o último ou único documento, ou em **"Salvar/Novo"** se houver mais documentos a apresentar.

Após concluir, o sistema retornará a tela anterior. Nela, escolha a opção **"Editar Anexos Radioterapia"**, se precisar modificar os documentos já apresentados, ou, se não houver mais pendências, em **"Validar/Salvar"**.

Se não houver pendências o sistema retornará a seguinte mensagem:



Note que ainda será possível anexar novos documentos e observações enquanto o pedido é analisado.

## Quimioterapia Ambulatorial

Ao clicar nessa opção no menu lateral, aparecerá uma tela com os campos abaixo para preenchimento.

Principal
Salvar

---

**Contato (Dados para retorno)**

Nome  Telefone

Email

---

**Dados da Solicitação**

Nº da guia no Prestador

---

**Dados do Beneficiário**

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Número da Carteira   Atendimento ao RN

Nome

Data Nasc.  CPF

Nome Mãe

Plano

---




**Dados do Contratado**

Prestador



CPF/CNPJ

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Contato</b>	Nome do solicitante da autorização (dados do prestador solicitante), telefone e e-mail de contato.
<b>Nº da guia no prestador</b>	Insira o número da guia.
<b>Beneficiário</b>	Clique na "lupa" e busque o beneficiário pelo número da carteirinha ou CPF (somente números)
<b>Prestador</b>	Preencher com o nome cadastrado no CPF ou CNPJ utilizado para acessar o sistema.

## Solicitante

<b>Nome</b>	<input type="text"/>
<b>Conselho</b>	<input type="text"/> 
<b>UF Conselho</b>	<input type="text"/> 
<b>Num. Conselho</b>	<input type="text"/>
<b>Telefone</b>	<input type="text"/>
<b>E-mail</b>	<input type="text"/>
<b>CBOS</b>	<input type="text"/> 

## Dados do Atendimento

<b>Caráter do Atendimento</b>	<input type="text" value="Eletivo"/>	<b>Data do atendimento</b>	<input type="text" value="03/05/2023"/>  (dd/mm/aaaa)
<b>Cond. Atendimento</b>	<input type="radio"/> Paciente NÃO no local <input type="radio"/> Paciente no local <input type="radio"/> Paciente internado		
<b>Tipo de atendimento</b>	<input type="text"/> 		
<b>Indicação Clínica</b>	<input type="text"/>		

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Solicitante</b>	Preencha com os dados do profissional solicitante (todos os campos são obrigatórios).
<b>Caráter do Atendimento</b>	<p>- <b>ELETIVO</b>: Para os procedimentos previamente agendados;</p> <p>- <b>URGENCIA/EMERGÊNCIA</b>: Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência;</p> <p><b>Obs:</b> Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU no. 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.</p>
<b>Data do Atendimento</b>	Clique no "calendário" e selecione a data.
<b>Condição do Atendimento</b>	<p>- <b>Paciente não no Local</b>: quando o Beneficiário não está presente, para solicitações feitas antes da data da realização do procedimento;</p> <p>- <b>Paciente no Local</b>: nos casos de a solicitação ser feita com o paciente já presente no local da realização do procedimento;</p> <p>- <b>Paciente Internado</b>: para Beneficiários que se encontrem internados</p>
<b>Tipo de Atendimento</b>	Clique na "lupa" e selecione

Após preencher todos os campos obrigatórios, clique em "**Salvar**", na parte superior direita do formulário. Em seguida, abrirá a "**Guia de Anexo em Quimioterapia**". Verifique as informações já preenchidas e preencha os campos obrigatórios vazios, conforme abaixo (os campos em vermelho são obrigatórios).

### Internação com Radioterapia e Quimioterapia



Para internações com radioterapia ou quimioterapia, seguir a rotina indicada no capítulo sobre Internações. A função correspondente poderá ser acessada tanto na aba "**Internações**" quanto na aba "**Oncologia**", com procedimentos idênticos

### Anexos em Internação

Para anexos de de radioterapia ou quimioterapia, proceder conforme indicado no capítulo sobre Internações. A opção correspondente pode ser acessada tanto na aba "**Internações**" quanto na aba "**Oncologia**", com procedimentos idênticos.

## Diag. Oncológico/Quimioterapia

Data de Diagnóstico   (dd/mm/aaaa) CID 10 Principal (Opcional)  

CID 10 (2) (Opcional)   CID 10 (3) (Opcional)  

CID 10 (4) (Opcional)  

### Plano Terapêutico

**Estadiamento**  

**Tipo de Quimioterapia**  

**Finalidade do Tratamento**  

**Tumor**  

**Nódulo**  

**Metástase**  

**ECOG**  

Diagnóstico Cito/Histopatológico

Informações Relevantes

## Tratamentos Anteriores

Cirurgia

Data da Realização   (dd/mm/aaaa)

Área Irradiada

Data da Aplicação   (dd/mm/aaaa)

## Demais informações

**Número Ciclos**  **Ciclo Atual**

**Intervalo Ciclos**  **Dias Ciclo Atual**


Observação

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Plano Terapêutico</b>	Discrimine por escrito.
<b>Tipo de Quimioterapia</b>	Clique na "lupa" e selecione ("primeira linha", "segunda linha", etc.)
<b>Finalidade do Tratamento</b>	Clique na "lupa" e selecione (adjuvante, controle, curativa, etc.).
<b>Tumor</b>	Clique na "lupa" e selecione ("T0", "T1", etc.).
<b>Nódulo</b>	Clique na "lupa" e selecione ("N0", "N1", etc.).
<b>Metástase</b>	Clique na "lupa" e selecione ("M0", "M1", etc.).
<b>ECOG</b>	Clique na "lupa" e selecione opção mais adequada na escala "ECOG" para o paciente.
<b>Número de Ciclos</b>	Número de ciclos previstos de tratamento.
<b>Ciclo Atual</b>	Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.
<b>Intervalo Ciclos</b>	Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento.
<b>Observação</b>	Qualquer informação adicional que não foi possível colocar em nenhum dos campos anteriores.


Ao final, clique em "Salvar", se for a última ou única solicitação, ou em "Salvar/Novo", se houver mais solicitações. Uma vez finalizado o preenchimento, aparecerá, no menu superior, a opção "SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERAPIA".


▶ [SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERAPIA](#)


 Para continuar, favor inserir um item de quimioterapia.


Uma vez selecionada essa opção aparecerá uma tela para preencher com os detalhes do item solicitado. Proceda conforme abaixo (todos os campos são obrigatórios).

**Guia** [Salvar](#) [Salvar/Incluir Novo](#) [Cancelar](#)

**Data Prev. Adm.**   (dd/mm/aaaa) **Cód. Medicamento**

**Descrição Medicamento**  

**Dosagem total no ciclo**  **Unidade de Medida**  

**Via Administração**   **Frequência**

\* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

CAMPO	OBSERVAÇÃO
<b>Data. Prev. Adm.</b>	Clique na “lupa” e escolha a data.
<b>Descrição Medicamento</b>	Clique na “lupa” e busque.
<b>Dosagem Total no Ciclo</b>	Dosagem total do medicamento no ciclo atual.
<b>Unidade de Medida</b>	Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.
<b>Via Administração</b>	Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.
<b>Frequência</b>	Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.
<b>ECOG</b>	Clique na “lupa” e selecione opção mais adequada na escala “ECOG” para o paciente.
<b>Número de Ciclos</b>	Número de ciclos previstos de tratamento.
<b>Ciclo Atual</b>	Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.
<b>Intervalo Ciclos</b>	Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento.
<b>Observação</b>	Qualquer informação adicional que não foi possível colocar em nenhum dos campos anteriores.

Ao final, clique em **“Salvar”**, se for o único ou último medicamento solicitado, ou em **“Salvar/Novo”**, se houver mais medicamentos para incluir. Uma vez finalizada a inclusão, o sistema retornará a tela anterior e o menu superior agora aparecerá assim.


▶ [SOLICITAR ITEM DE QUIMIOTERAPIA](#) ▶ [Continuar](#)

Após clicar em **“Continuar”**, uma nova tela aparecerá com o resumo da solicitação e um menu superior com as seguintes opções.

▶ [Anexar Documentos](#) ▶ [Inserir Proced./Med. Não Quimioterápicos](#) ▶ [Editar Anexo Quimioterapia](#) ▶ [Validar/Salvar](#)  
 ▶ [Cancelar Solicitação](#)

Clique em **“Anexar Documentos”**, para apresentar os documentos necessários à Regulação Médica.

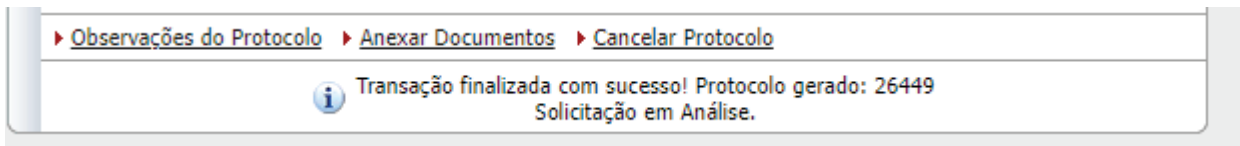
▶ [Observações do Protocolo](#) ▶ [Anexar Documentos](#) ▶ [Cancelar Protocolo](#)

 Transação finalizada com sucesso! Protocolo gerado: 26449  
 Solicitação em Análise.

Na nova tela, clique na "lupa" para selecionar o tipo de documento e na "pasta" para adicionar o documento. Depois, clique em "**Salvar**", se for o último ou único documento, ou em "**Salvar/Novo**" se houver mais documentos a apresentar.

Após concluir, o sistema retornará a tela anterior. Nela, escolha a opção "**Editar Anexo Quimioterapia**", se precisar modificar os documentos já apresentados, ou, se não houver mais pendências, em "**Validar/Salvar**".

Se não houver pendências o sistema retornará a seguinte mensagem:



Note que ainda será possível, durante a análise da solicitação, anexar novos documentos.

# ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

As solicitações referentes a OPME poderão ser feitas no clicando na aba correspondente do menu principal. Nesse espaço, é possível realizar diversas operações, como anexos de OPME, internações ou SP/SADT com OPME. Todas as opções estão, também, replicadas nas abas correspondentes.

## **Internação com OPME**

Essa opção é idêntica à contida na aba **"Internações"**. Clique nessa opção, ou vá até **"Internações"** e selecione **"Internação com OPME"**. Em qualquer caso, siga as instruções do capítulo **"Internações"**.

## **Solicitação de SP/SADT com OPME**

Essa opção é idêntica à contida na aba **"SP-SADT"**. Clique nessa opção, ou vá até **"SP-SADT"** e selecione **"Solicitação de SP/SADT com OPME"**. Em qualquer caso, siga as instruções do capítulo **"SP/SADT"**.

## **Anexo de OPME em Internação**

Essa opção é idêntica à contida na aba **"Internações"**. Escolha essa opção ou vá à aba **"Internações"**, selecione **"Solicitação de Anexos"** e em seguida **"Anexo de OPME em Internação"**. Em qualquer dos casos, siga as instruções contidas no capítulo **"Internações"**.

## **Anexo de OPME em SP/SADT**

Essa opção é idêntica à contida na aba **"SP-SADT"**. Escolha essa opção ou vá à aba **"SP-SADT"**, selecione **"Solicitação de Anexos"** e em seguida **"Anexo de OPME em SP/SADT"**. Em qualquer dos casos, siga as instruções contidas no capítulo **"SP/SADT"**.



# FLUXO DE COMUNICAÇÃO E RECONSIDERAÇÃO DE SENHAS

## COMUNICAÇÕES

O sistema **AUTORIZADOR WEB** envia e-mails que são disparados automaticamente para os beneficiários e para os prestadores de serviço nas solicitações de autorizações quando ocorrer qualquer das fases (status) abaixo:

- Em análise (inclusão da senha)
- Autorizado
- Autorizado parcialmente
- Negado
- Cancelado
- Aguardando documentação pendente (pedido de documentação complementar ao solicitante)

No caso do prestador, o e-mail será encaminhado para o endereço de e-mail informado pelo solicitante na inclusão da senha.

Notícias Consultas SP-SADT **Internações** Odontologia Oncologia OPME Outros Pendências de Documentação Logoff

Solicitação de Internação

Solicitação de Anexos

Internação com OPME

Internação com Radioterapia

Internação com Quimioterapia

Solicitação de Complemento de Tratamento

Solicitação de Prorrogação

Status das Solicitações

Comunicação de Internação

Comunicação de Alta/Fechamento Parcial

Cancelamento de Comunic. Internação

Cancelamento de Comunic. Alta/Fechamento

Impressão do Capeante

CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... | hernani.neto

### Solicitação de internação

Salvar

**Contato (Dados para retorno)**

Nome teste teste Telefone

Email Teste@teste.com.br

**Dados da Solicitação**

Nº Guia no Prestador

**Dados do Beneficiário**

Atenção: Caso o Beneficiário não seja localizado na busca, favor entrar em contato com a Central Telefônica de Atendimento, com número descrito no seu Manual de Orientações ao Credenciado ou ainda impresso no verso do Cartão de Identificação do Beneficiário. O atendimento da Central acontece 24 h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Cartão de Identificação   Atendimento ao RN

Nome

Nome Social

Data Nasc. CPF

Nome Mãe

Plano

**Dados do Contratado**

Prestador

CPF/CNPJ

**Solicitante**

Nome

Conselho  UF Conselho

Num. Conselho

CBOS

**Dados do Atendimento**

Data Prévável da

Em caso de pendência de documentação, a documentação solicitada deve, no prazo de 3 dias úteis, ser anexada à solicitação, via WEB, no menu **"Solicitações/Protocolos"** de acordo com o tipo de guia solicitada. Caso a pendência não seja regularizada no prazo estipulado, a senha será negada e haverá a necessidade de abertura de uma nova solicitação.

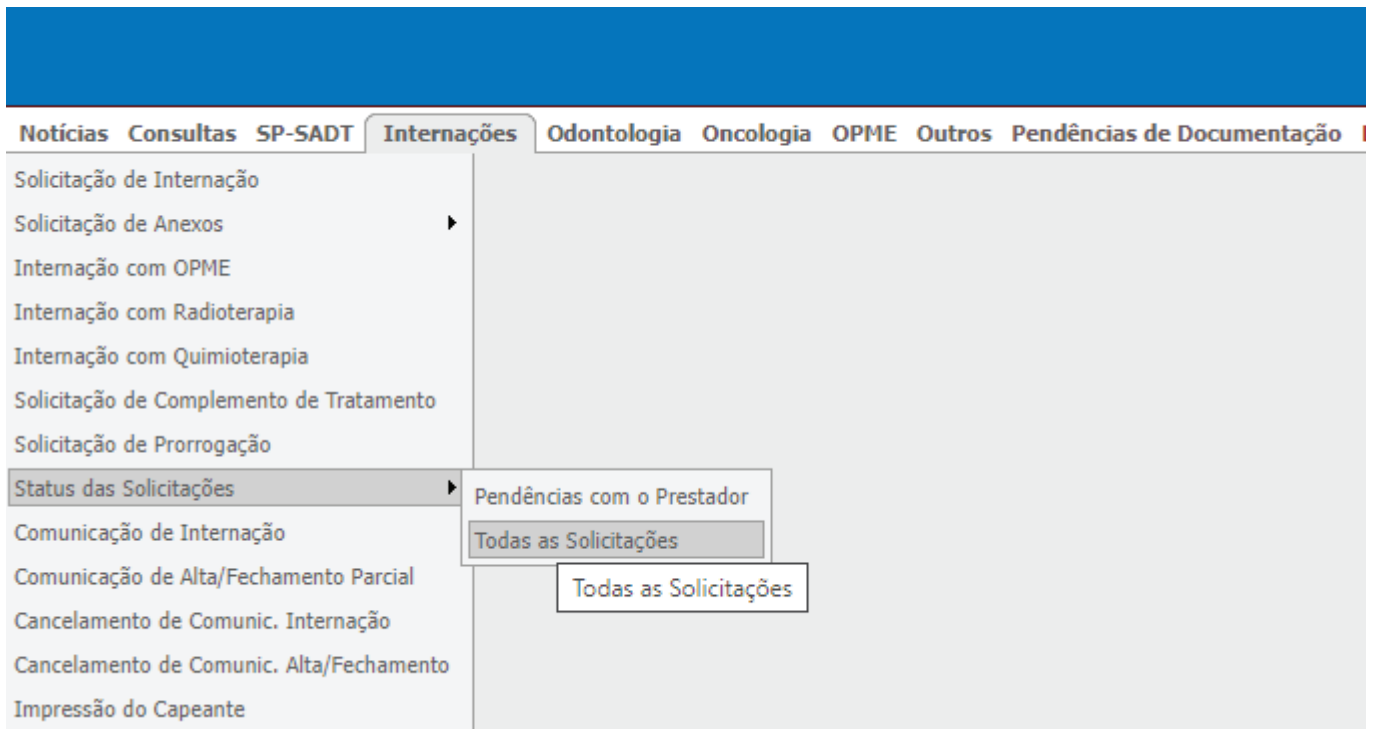
Nos casos em que o prestador, ao solicitar procedimentos, não enviar a documentação necessária ou não regularizar a pendência no prazo estipulado, O Pró-Saúde – Câmara dos Deputados enviará mensagens alertando que a senha será negada até a apresentação completa dos documentos necessários e haverá a necessidade de abertura de uma nova solicitação.

Os fornecedores e valores de OPME autorizados, entre outras informações relevantes à autorização constarão no campo observação da guia impressa.

## Consulta do detalhamento das negativas nos pedidos de autorização negados ou parcialmente autorizados

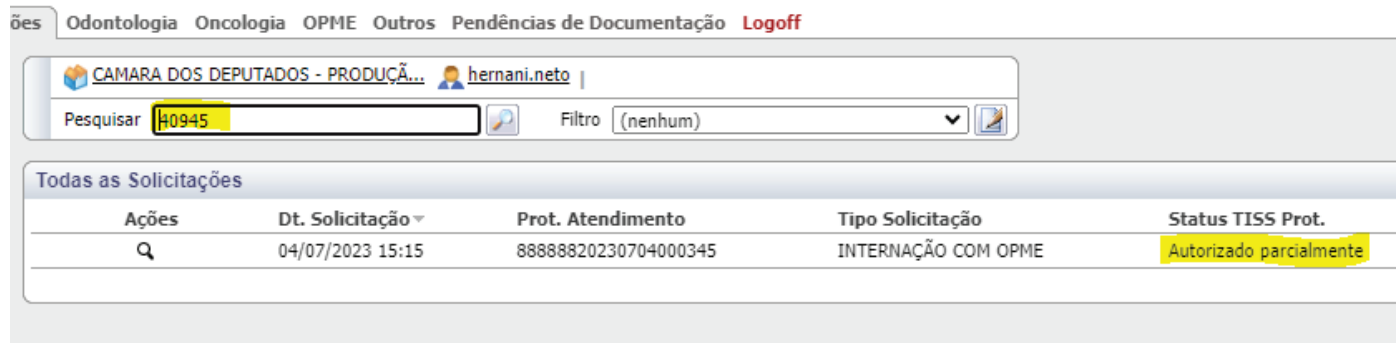
Os prestadores credenciados do **Pró Saúde – Câmara dos Deputados**, poderão consultar o detalhamento dos motivos das negativas de uma solicitação de autorização através da opção **"Observações do Protocolo"**, disponível ao consultar o Status da solicitação. Esta função está habilitada tanto para as guias totalmente negadas como para as guias parcialmente autorizadas.

**Passo 01** – Consultar o status da solicitação selecionando o menu pelo tipo de Guia (SP-SADT, Internação, etc.), depois selecione **"Status de solicitação"** e **"Todas as Solicitações"**.



# FLUXO DE SENHAS

**Passo 02** – Pesquisar a guia pelo parâmetro desejado (nome do beneficiário, nº da autorização, nº guia Operadora, etc.)



Odontologia Oncologia OPME Outros Pendências de Documentação **Logoff**

CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... | hernani.neto |

Pesquisar  Filtro (nenhum)

Todas as Solicitações

Ações	Dt. Solicitação	Prot. Atendimento	Tipo Solicitação	Status TISS Prot.
Q	04/07/2023 15:15	88888820230704000345	INTERNAÇÃO COM OPME	Autorizado parcialmente

**Passo 03** – Clicar sobre o botão “**Observações do Protocolo**” e detalhar a observação.



Odontologia Oncologia OPME Outros Pendências de Documentação **Logoff**

Todas as Solicitações > 88888820230704000345

CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO... | hernani.neto |

Imprimir Guia Principal Imprimir Anexos **Observações do Protocolo** Cancelar Protocolo

Principal Anexo OPME

Contato (Dados para retorno)

Nome HOSPITAL SANTA LUCIA Telefone de contato +556134450000  
E-mail jaiane.souza@gruposanta.com.br

Dados da Solicitação

Protocolo Atendimento 88888820230704000345 Data da Solicitação 04/07/2023 15:15  
Tipo da Solicitação INTERNAÇÃO COM OPME  
Nº da Guia na Operadora 40945 Nº da Guia no Prestador 000258410001530  
Status TISS Prot. Autorizado parcialmente

Se ainda persistirem dúvidas quanto aos motivos descritos neste campo, elas poderão ser esclarecidas pela Central de Atendimento do Pró-Saúde – Câmara dos Deputados, atendimento ao Prestador – 0800-729-2326 – opção 2.

## Fluxo para reconsideração de guia de autorização concluída

Os prestadores credenciados do **Pró Saúde – Câmara dos Deputados**, quando houver necessidade de reconsiderar procedimentos e/ou materiais negados e/ou solicitar qualquer revisão em uma guia de autorização com regulação concluída (guia fechada), deverão utilizar a opção **“Solicitação de Complemento de Tratamento”** para SADT ou para Internação, vinculando-a a guia principal na qual se pretende uma revisão/reconsideração, incluindo os códigos e documentos pertinentes ao pedido.

The screenshot shows a navigation menu with the following tabs: Notícias, Consultas, SP-SADT, Internações, Odontologia, Oncologia, OPME, Outros, and Pendências de Documentação. The 'Internações' tab is active, and a dropdown menu is open. The menu items are: Solicitação de Internação, Solicitação de Anexos, Internação com OPME, Internação com Radioterapia, Internação com Quimioterapia, Solicitação de Complemento de Tratamento (highlighted in yellow), Solicitação de Prorogação, Status das Solicitações, Comunicação de Internação, Comunicação de Alta/Fechamento Parcial, Cancelamento de Comunic. Internação, Cancelamento de Comunic. Alta/Fechamento, and Impressão do Capeante. A tooltip for 'Solicitação de Complemento de Tratamento' is visible over the highlighted item. At the bottom, the text reads: Benner WES 2006.210.23.2- [ BAS: 00:001 ] - [ Total: 00:008/0 ] .

This is a duplicate of the screenshot above, showing the same navigation menu and dropdown menu for the 'Internações' tab. The 'Solicitação de Complemento de Tratamento' option is highlighted in yellow, and a tooltip is visible. The text at the bottom is: Benner WES 2006.210.23.2- [ BAS: 00:001 ] - [ Total: 00:008/0 ] .

# FLUXO DE SENHAS

The screenshot shows a web application interface with a navigation menu on the left and a main content area on the right. The navigation menu includes options like 'Notícias', 'Consultas', 'SP-SADT', 'Internações', 'Odontologia', 'Oncologia', 'OPME', 'Outros', and 'Pendências de Documentação'. The 'Internações' menu is expanded, showing sub-options such as 'Solicitação de Internação', 'Solicitação de Anexos', 'Internação com OPME', 'Internação com Radioterapia', 'Internação com Quimioterapia', 'Solicitação de Complemento de Tratamento', 'Solicitação de Prorrogação', 'Status das Solicitações', 'Comunicação de Internação', 'Comunicação de Alta/Fechamento Parcial', 'Cancelamento de Comunic. Internação', 'Cancelamento de Comunic. Alta/Fechamento', and 'Impressão do Capeante'. The main content area displays the title 'CAMARA DOS DEPUTADOS - PRODUÇÃO...' and the user 'lucien.junior'. Below this, there is a 'Geral' tab and a form field for 'Número da Guia Principal (Referenciada)'. A note below the form states: '\* Campos em destaque são de preenchimento obrigatório'.

Nos casos de guia totalmente negadas, caso o beneficiário não concorde com a negativa, desde que haja fato novo não considerado na análise, poderá solicitar reanálise detalhando de forma clara e objetiva a justificativa da solicitação, anexando toda documentação comprobatória (laudos, pareceres, pedidos, imagens, etc.) emitidos pelo médico assistente. Essa solicitação deverá ser formalizada pelo CREDENCIADO por meio de uma nova senha.