	Procedimento Operacional Padrão (POP)	POP ID	
	Credenciamento Título Emissão de Guia de Consulta	FNXC – 009, Emissão de Guia SADT Versão: 01	Próxima Revisão: Jul/2020

Objetivo: Orientar na emissão de guia SP/SADT no portal web da operadora de saúde.

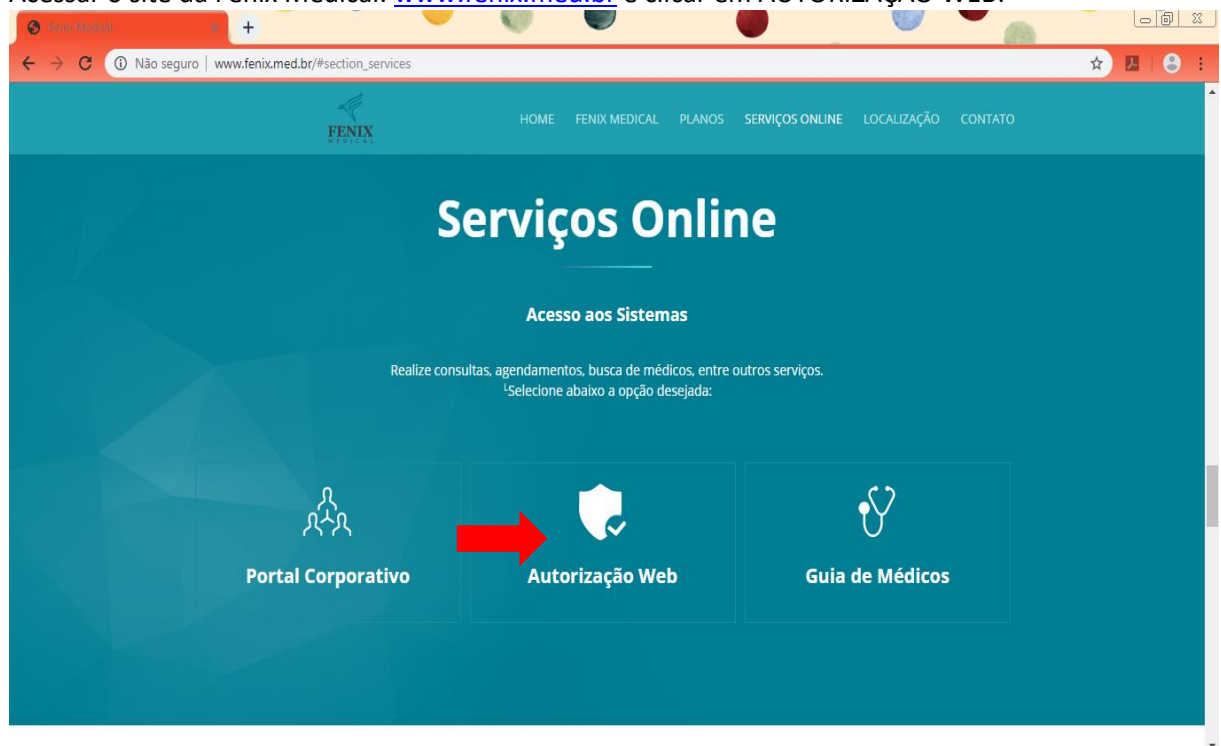
1. Conceito:
Orientar na emissão de guia SP/SADT no portal web da operadora de saúde.

2. Finalidade:
Emitir guia SP/SADT.

3. Materiais Necessários:
Computador com acesso à internet.

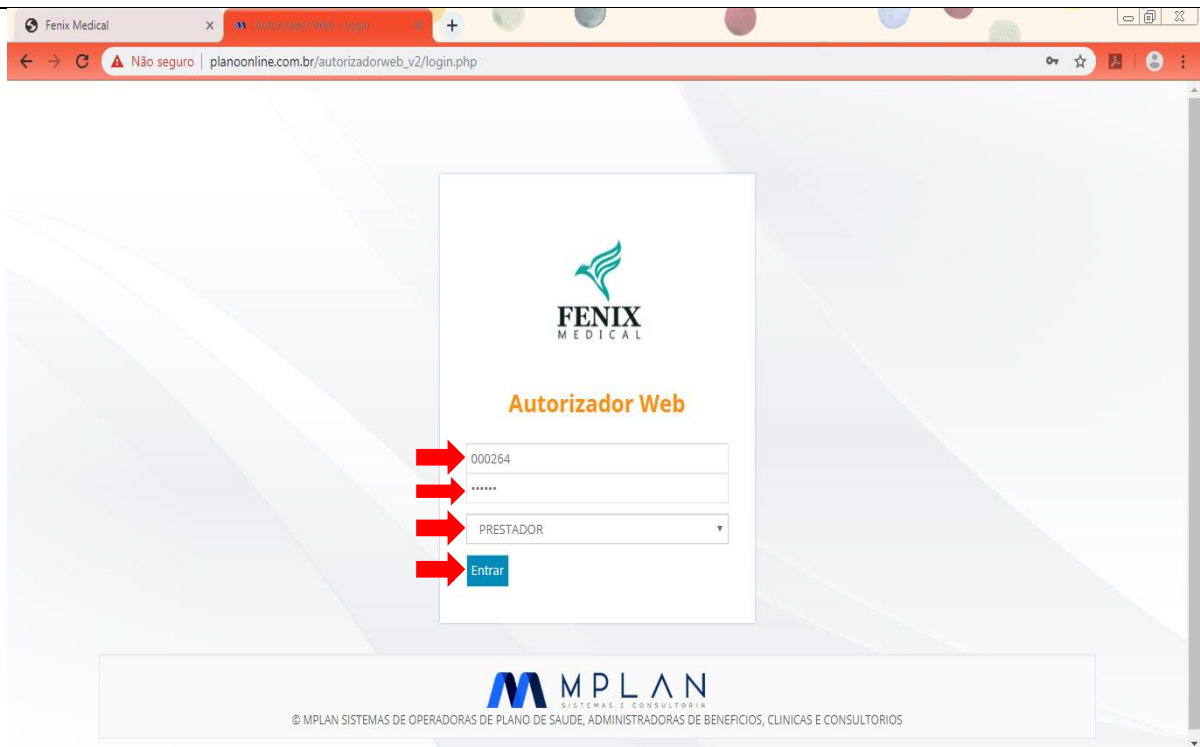
4. Etapas do procedimento:

A. Acessar o site da Fênix Medical: www.fenix.med.br e clicar em AUTORIZAÇÃO WEB:

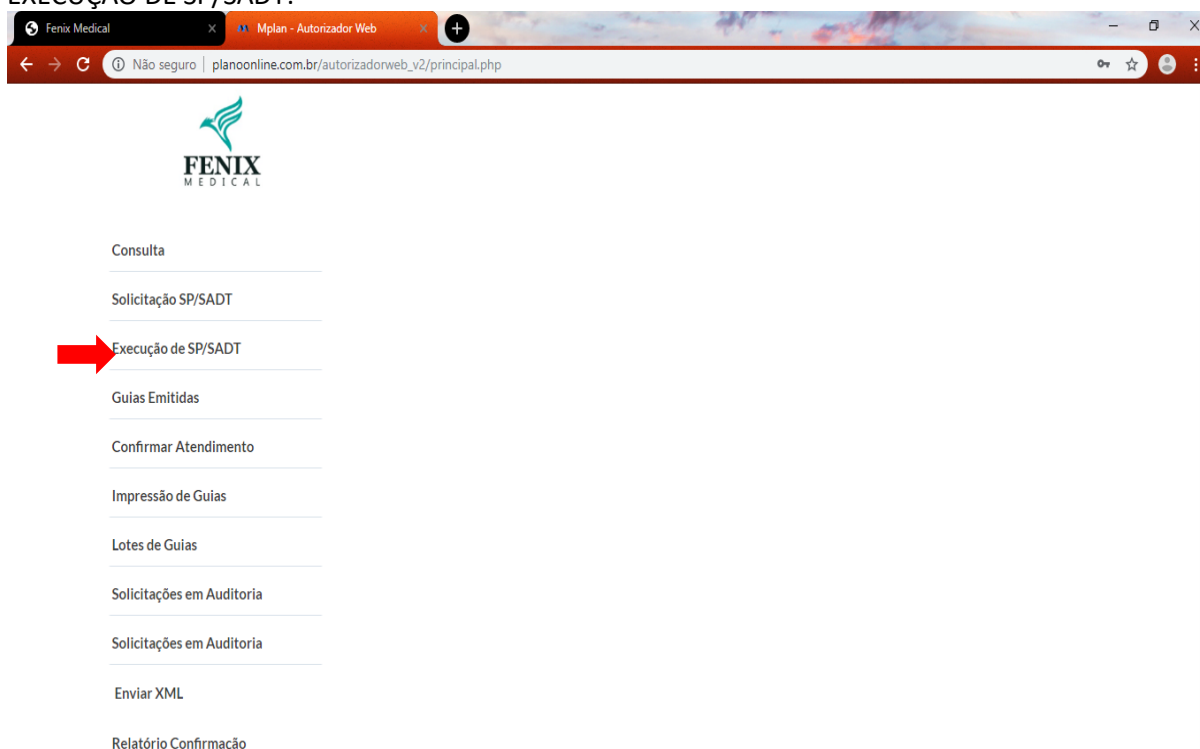


B. Outra página irá abrir, informar USUÁRIO e SENHA, logo abaixo selecionar PRESTADOR e clicar em ENTRAR:

Elaborado por:	Credenciamento	Data:
Revisado por:		Data:
Aprovador por:		Data:



- C. Ira entrar na página principal do site, no menu principal na lateral esquerda, deverá clicar na função EXECUÇÃO DE SP/SADT:



- D. Os campos deverão ser preenchidos da seguinte forma:

DA. O código do prestador já é preenchido automático, de acordo com o login efetuado.

DB. Data da emissão, Hora da Emissão e Validade são campos preenchido automaticamente de acordo com o dia e a hora que está sendo gerado o atendimento, e o vencimento, conta-se 60 dias após a data da emissão.

Elaborado por:	Credenciamento	Data:
Revisado por:		Data:
Aprovador por:		Data:



GUIA DE SP/SADT

- Execução de SP/SADT
- Guias Emitidas
- Confirmar Atendimento
- Impressão de Guias
- Extrato Pagamento
- Lotes de Guias
- Solicitações em Auditoria
- Solicitações em Auditoria
- Enviar XML
- Relatório Confirmação de Atendimento

Código do prestador: 000646	Nome do prestador: LOCATELLI & AZEVEDO LTDA	DA
Data de Emissão: 17/09/2019	Hora de Emissão: 16:23:36	Validade: 16/11/2019
DB		
Guia Eletivo: <input checked="" type="checkbox"/> Sim		
Código do Beneficiário: Ex: 9999-99999	Digito: <input type="text"/>	Nome do usuário: <input type="text"/>
Procedimentos Solicitados: <input type="text"/>	Exibir: <input checked="" type="checkbox"/> Carência	Exibir: <input type="text"/>
Data de Nascimento: <input type="text"/>	Empresa: <input type="text"/>	
Plano: <input type="text"/>	Cobertura: <input type="text"/>	
Código do solicitante: <input type="text"/>	Nome do solicitante: <input type="text"/>	
Exec. Complementar: <input type="text"/>	Nome do Executante: <input type="text"/>	
CID: <input type="text"/>	Nome CID: <input type="text"/>	

DC. Preencher o **CÓDIGO DO PACIENTE** e **DIGITO** com o número do contrato que consta na carteirinha do convênio apresentado pelo beneficiário:

Beneficiário: **CRISLAINE SOUZA MARTINS** **R.M.I OPERADORA DE SAUD**
 Contrato: **0010-00153-00** ←
 Plano:
 Acomod:
 Reg Plano:
 Carências:

INTERN AÇÕES/CIRUR GIAS	12/03/20 18
CONSULTA MEDICA	12/03/20 18
PARTO NORMAL/CIRURGICO	12/03/20 18
CIRURGIAS AMBULATORIAIS	12/03/20 18
EXAMES ALTA COMPLEXIDADE	12/03/20 18
URGENCIA/EMERGENCIA	12/03/20 18
EXAMES SIMPLES	12/03/20 18
PROC. TERAPEUTICOS/SESSOES	12/03/20 18



Cartão de Uso Pessoal e Intransferível

Elaborado por:	Credenciamento	Data:
Revisado por:		Data:
Aprovador por:		Data:

Locatelli & Azevedo Ltda Qtd. Guias/Mês: 1 Tipo: PRESTADOR

FENIX MEDICAL

GUIA DE SP/SADT

Código do prestador: 000646 Nome do prestador: LOCATELLI & AZEVEDO LTDA

Data de Emissão: 17/09/2019 Hora de Emissão: 16:23:36 Validade: 16/11/2019

Guia Eletivo: Sim

Código do Beneficiário: 0010-00153 Digito: 00 Nome do usuário: CRISLAINE SOUZA MARTINS **DC**

Procedimentos Solicitados: 0 Exibir Exibir **Carência**

Data de Nascimento: 10/08/1995 Empresa: R.M.I OPERADORA DE SAUDE

Plano: FENIX E-100 Cobertura: 06 - AMB + HOSP COM OBS

Código do solicitante: Nome do solicitante: **DD**

Exec. Complementar: Nome do Executante:

CID: Nome CID:

DD. O preenchimento dos campos de Data de Nascimento, Empresa, Plano e Cobertura será realizado automaticamente após a inserção do código e dígito do paciente:

Locatelli & Azevedo Ltda Qtd. Guias/Mês: 1 Tipo: PRESTADOR

FENIX MEDICAL

GUIA DE SP/SADT

Código do prestador: 000646 Nome do prestador: LOCATELLI & AZEVEDO LTDA

Data de Emissão: 17/09/2019 Hora de Emissão: 16:23:36 Validade: 16/11/2019

Guia Eletivo: Sim

Código do Beneficiário: 0010-00153 Digito: 00 Nome do usuário: CRISLAINE SOUZA MARTINS **DD**

Procedimentos Solicitados: 0 Exibir Exibir **Carência**

Data de Nascimento: 10/08/1995 Empresa: R.M.I OPERADORA DE SAUDE

Plano: FENIX E-100 Cobertura: 06 - AMB + HOSP COM OBS

Código do solicitante: Nome do solicitante: **DD**

Exec. Complementar: Nome do Executante:

CID: Nome CID:

DE. O solicitante será preenchido automático de acordo com o login efetuado.

Elaborado por:	Credenciamento	Data:
Revisado por:		Data:
Aprovador por:		Data:

Locatelli & Azevedo Ltda Qtd. Guias/Mês: 1 Tipo: PRESTADOR

FENIX MEDICAL

Execução de SP/SADT

Guias Emitidas

Confirmar Atendimento

Impressão de Guias

Extrato Pagamento

Lotes de Guias

Solicitações em Auditoria

Solicitações em Auditoria

Enviar XML

Relatório Confirmação de Atendimento

GUIA DE SP/SADT

Código do prestador: 000646 Nome do prestador: LOCATELLI & AZEVEDO LTDA

Data de Emissão: 17/09/2019 Hora de Emissão: 16:23:36 Validade: 16/11/2019

Guia Eletivo: Sim

Código do Beneficiário: 0010-00153 Dígito: 00 Nome do usuário: CRISLAINE SOUZA MARTINS

Procedimentos Solicitados: 0 Exibir Exibir

Data de Nascimento: 10/08/1995 Empresa: R.M.I OPERADORA DE SAUDE

Plano: FENIX E-100 Cobertura: 06 - AMB + HOSP COM OBS

Código do solicitante: 000647 Nome do solicitante: ANA FLAVIA LOCATELLI DE AZEVEDO **DE**

Exec. Complementar: Nome do Executante:

CID: Nome CID:

DF. Clicar em Exec. Complementar e selecionar o nome do profissional que irá realizar o atendimento:

Locatelli & Azevedo Ltda Qtd. Guias/Mês: 1 Tipo: PRESTADOR

FENIX MEDICAL

Execução de SP/SADT

Guias Emitidas

Confirmar Atendimento

Impressão de Guias

Extrato Pagamento

Lotes de Guias

Solicitações em Auditoria

Solicitações em Auditoria

Enviar XML

Relatório Confirmação de Atendimento

Demonstrativo Análise de Contas

Pesquisar Beneficiário

GUIA DE SP/SADT

Código do prestador: 000646 Nome do prestador: LOCATELLI & AZEVEDO LTDA

Data de Emissão: 17/09/2019 Hora de Emissão: 16:23:36 Validade: 16/11/2019

Guia Eletivo: Sim

Código do Beneficiário: 0010-00153 Dígito: 00 Nome do usuário: CRISLAINE SOUZA MARTINS

Procedimentos Solicitados: 0 Exibir Exibir

Data de Nascimento: 10/08/1995 Empresa: R.M.I OPERADORA DE SAUDE

Plano: FENIX E-100 Cobertura: 06 - AMB + HOSP COM OBS

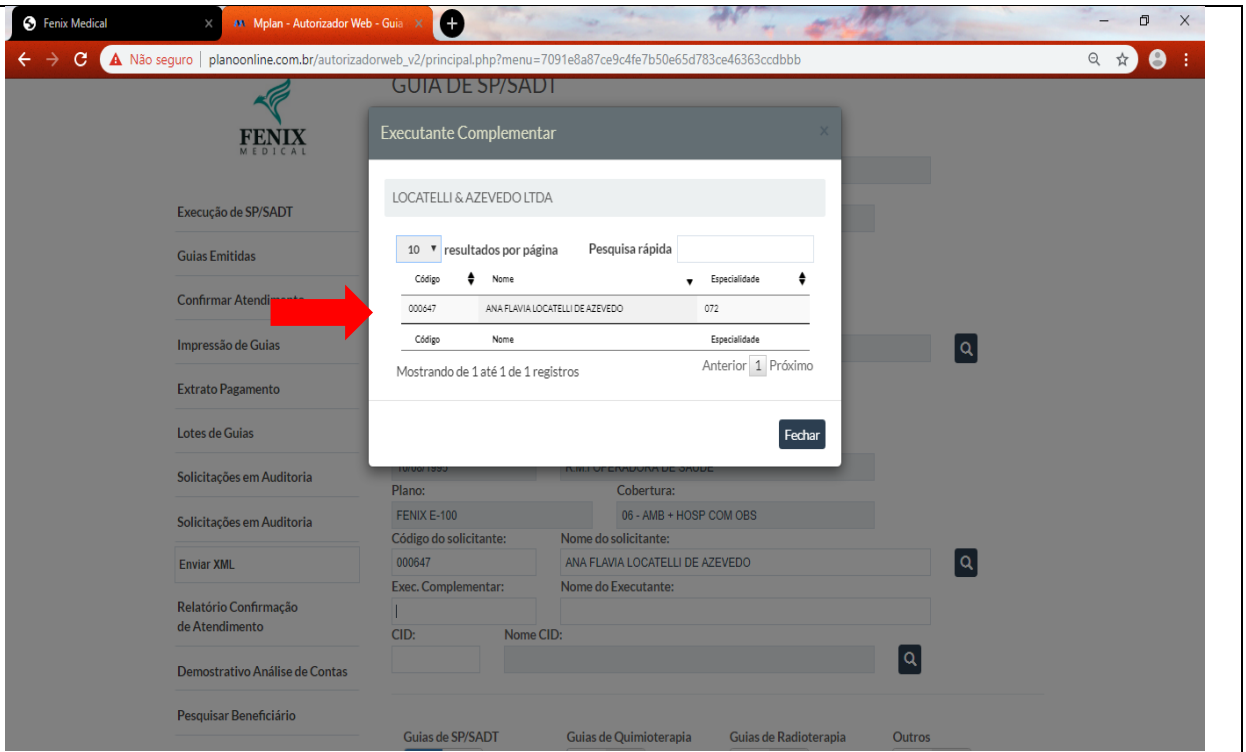
Código do solicitante: 000647 Nome do solicitante: ANA FLAVIA LOCATELLI DE AZEVEDO

Exec. Complementar: 000647 Nome do Executante: ANA FLAVIA LOCATELLI DE AZEVEDO **DF**

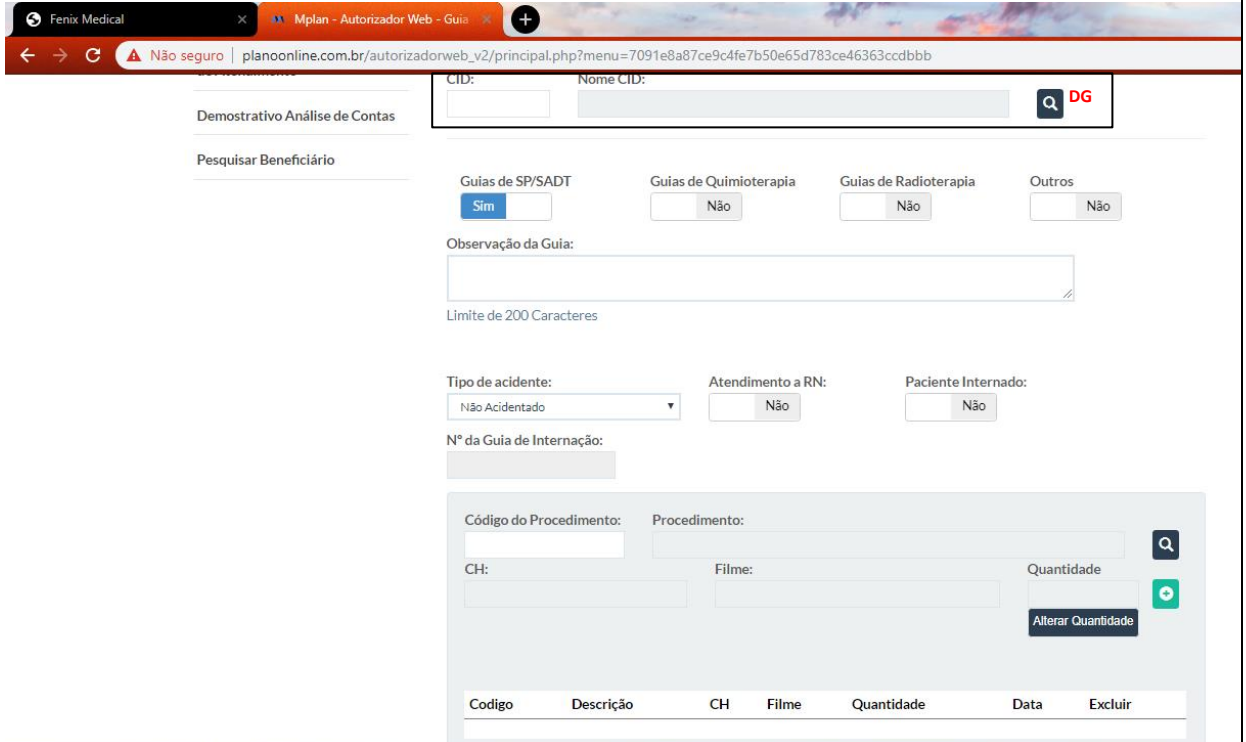
CID: Nome CID:

Guias de SP/SADT Guias de Quimioterapia Guias de Radioterapia Outros

Elaborado por:	Credenciamento	Data:
Revisado por:		Data:
Aprovador por:		Data:



DG. O campo CID e OBS. Deverá ser obrigatoriamente preenchido.



DH. Clicar no EXBIR, fazer o selecionar o quadrado e clicar em ADICONAR A LISTA DE PROCEDIMENTOS ATUAL:

Elaborado por:	Credenciamento	Data:
Revisado por:		Data:
Aprovador por:		Data:

Código do Beneficiário: 0010-00153

Dígito: 00

Nome do usuário: CRISLAINE SOUZA MARTINS

Procedimentos Solicitados: 1

Exibir: Exibir

Exibir: Carência

Solicitações de exames feitas previamente a serem inseridas no procedimento da guia atual

Cód. Guia	solicitante	Procedimento	Descrição	CH	Filme	Quantidade	Data	Selecionar
201243	DAIANE FANTIM COIMBRA LTDA.ME	20104219	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	1	0.0000	4	26/05/2020	<input checked="" type="checkbox"/>

Adicionar à lista de procedimentos atual

Data de Nascimento: 10/08/1995

Empresa: R.M.I OPERADORA DE SAUDE

Plano: FENIX E-100

Cobertura: 06 - AMB + HOSP COM OBS

Código do solicitante:

Nome do solicitante:

Alterar Quantidade

Codigo	Descrição	CH	Filme	Quantidade	Data
20104219	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	1	0.0000	4	26/05/2020


Excluir

Anexar Arquivos na Guia

Salvar **Cancelar**

DI. A guia deverá ser impressa e obrigatoriamente conter a assinatura do profissional executante e do beneficiário/responsável.

Elaborado por:	Credenciamento	Data:
Revisado por:		Data:
Aprovador por:		Data:



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT
 2.º Nº da Guia: **503594**
 TISS 3.04.00

Imprimir

1 Registro ANS 422271	3 Nº Guia Principal(Paciente Internado)	4 Data de Autorização 17/09/2019	5 Senha 18512	6 Data de Validade da Senha 16/11/2019	7 Nº da Guia atribuído pela Operadora 503594
-----------------------	---	----------------------------------	---------------	--	--

Dados do Beneficiário

8 Número da Carteira 00	9 Validade da Carteira 02/07/2021	10 Nome CRISLAINE SOUZA MARTINS	11 Número Cartão Nacional de Saúde 886001453029810
-------------------------	-----------------------------------	--	--

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 30483525817	14 - Nome do Contratado ANA FLAVIA LOCATELLI DE AZEVEDO		
15 Nome do Profissional Contratado ANA FLAVIA LOCATELLI DE AZEVEDO	16 Conselho Profissional CRN	17 Nº no Conselho 23681	19 UF SP

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 Caracter da Solicitação [E] [E] elevativa U Urgência/emergência	22 Data/ hora Solicitação 17/09/2019	23 - Indicação Clínica/Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)	27-Qtd. Sêto. 1
--	--------------------------------------	--	-----------------

24- Tabela TUS 26-Código do Procedimento 20191304 28-Osorgt. AVALIACAO DA COMPOSICAO CORPORAL POR BIOMEDANCIOMETRIA 27-Qtd. Sêto. 1 28-Qtd. Autortz. 1

Dados do Contratado Executante

29.Código na Operadora / CNPJ / CPF 29137483000198	30 Nome do Contratado LOCATELLI & AZEVEDO LTDA	31 CNES Endereço COÑONEL JOSE PEDRO DE OLIVEIRA S&C - 44- ANUAR, SALA 41 JARDIM FACULDADE SOROCABA
--	--	--

Procedimentos e Procedimentos em Série

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabeta	40-Código do Proc.	41-Descrição	42-Qtdm	43-Via	44-Tec.	45-Red./Acresc	46-Valor Unitario R\$	47-valor Total R\$

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48- Seq	49-Grau Part	50- Código na Operadora/CPF	51-Nome do profissional 000647 - ANA FLAVIA LOCATELLI DE AZEVEDO	52-Conselho	53-No Conselho	54-UF	55-CBO
---------	--------------	-----------------------------	--	-------------	----------------	-------	--------

Assinaturas e Observações

56- Data de realização de Procedimento em Série 57- Assinatura do beneficiário ou responsável	58-Observação/Justificativa:	59 Total Procedimento R\$	60 Total de Taxas e Aluguéis R\$	61 Total Materiais R\$	62 Total de OPME R\$	63 Total Diárias R\$	64 Total Gases, Medicamentos R\$	65 Total Geral da Guia R\$	66 Assinatura do Responsável pela Autorização	67 Assinatura do Beneficiário pela Autorização	68 Assinatura do contratado
---	------------------------------	---------------------------	----------------------------------	------------------------	----------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------------	---	--	-----------------------------

Elaborado por:	Credenciamento	Data:
Revisado por:		Data:
Aprovador por:		Data: