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

**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:**

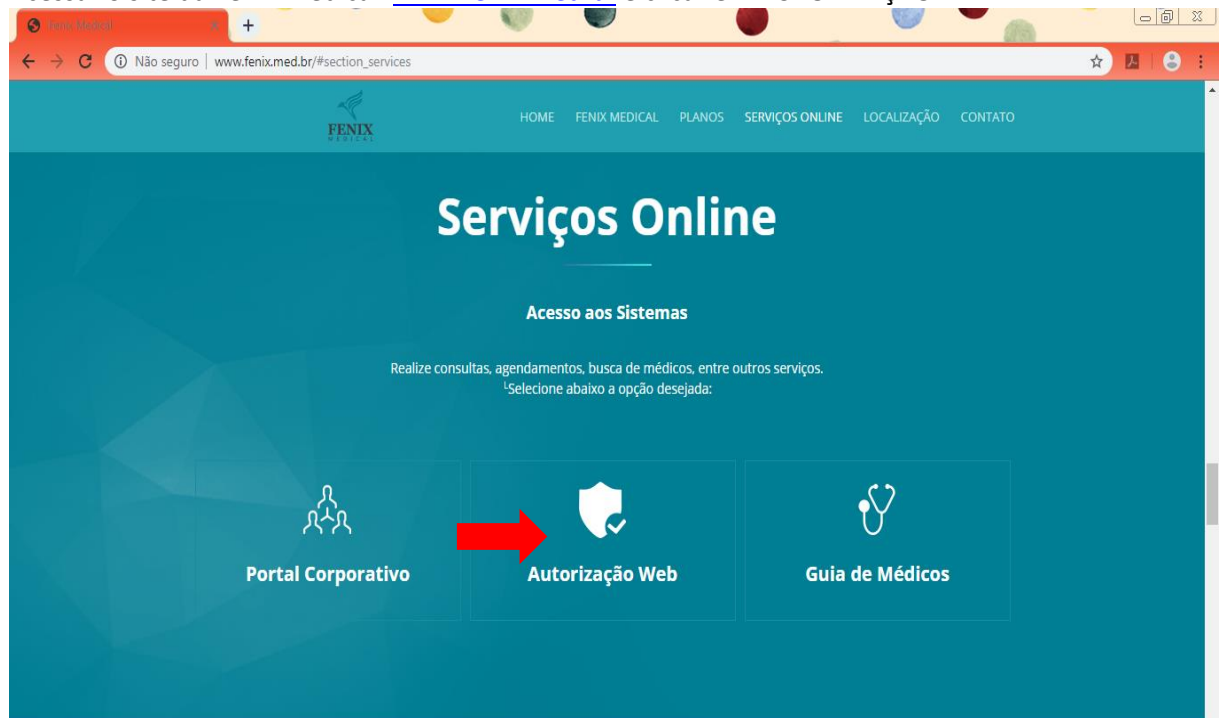
Emitir guia SP/SADT.

**3. Materiais Necessários:**

Computador com acesso à internet.

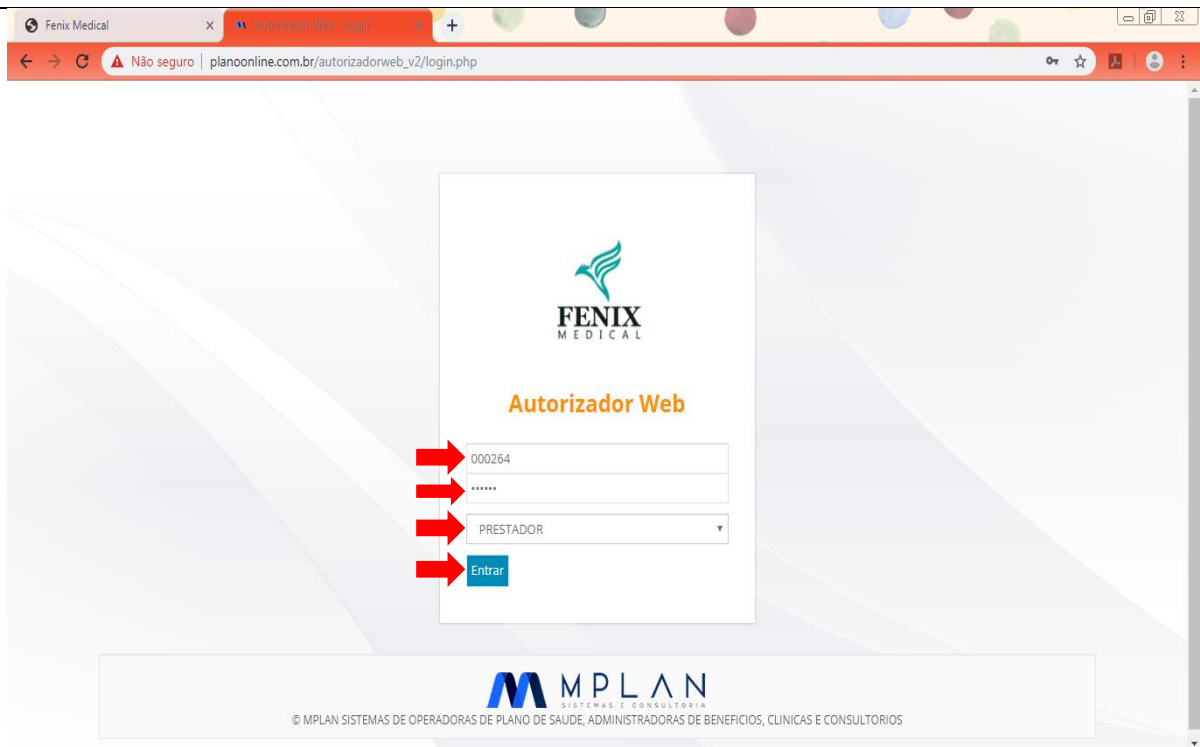
**4. Etapas do procedimento:**

**A.** Acessar o site da Fênix Medical: [www.fenix.med.br](http://www.fenix.med.br) e clicar em AUTORIZAÇÃO WEB:

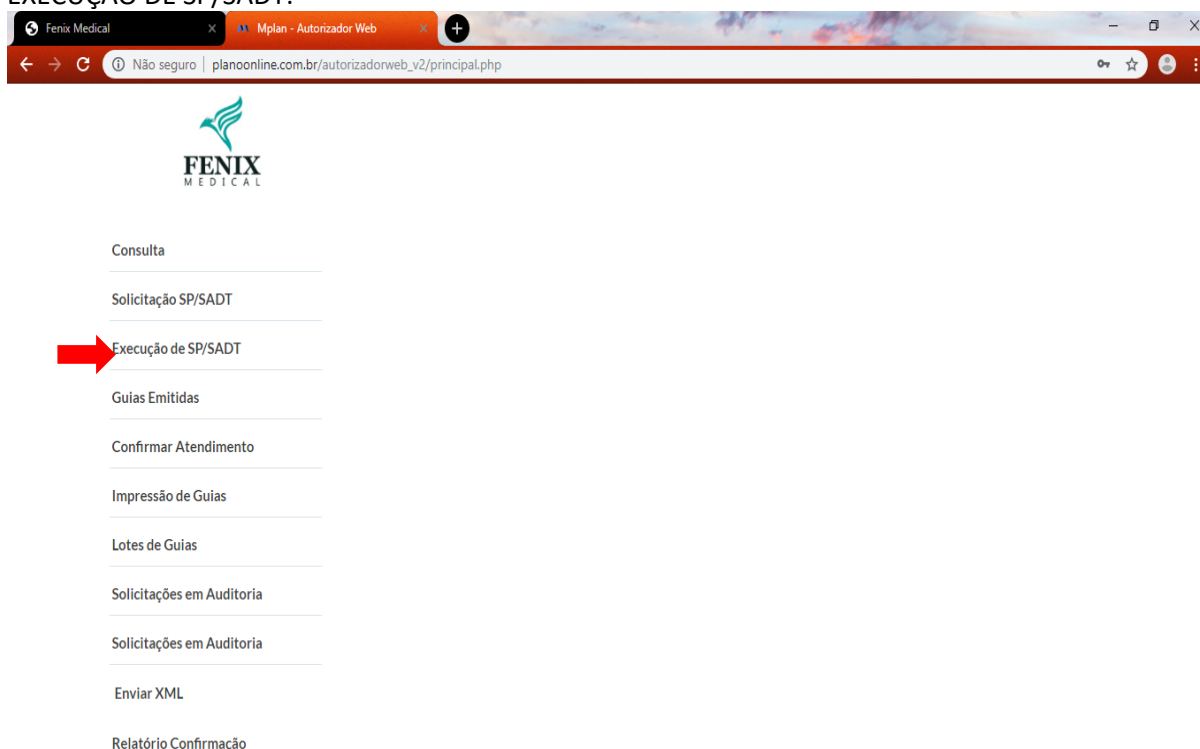


**B.** Outra página irá abrir, informar USUÁRIO e SENHA, logo abaixo selecionar PRESTADOR e clicar em ENTRAR:

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:

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

DB

Guia Eletivo:  
 Sim

Código do Beneficiário:  
Ex: 9999-99999

Digito:

Nome do usuário:

Procedimentos Solicitados:

Exibir:

Exibir:

Carência

Data de Nascimento:

Empresa:

Plano:

Cobertura:

Código do solicitante:

Nome do solicitante:

Exec. Complementar:

Nome do Executante:

CID:

Nome CID:

**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** ← Data Nasc: **10/08/1995**  
 Plano: **FENIX E-100 - PLANO REGULAMENTADO**  
 Acomod: **COLETIVA** Data Inclusão: **12/03/2018**  
 Reg Plano: **477778176** CNS: **898001450903810**  
 Carências:

INTERN AÇÕES/CIRUR GIAS	12/03/20 18
CONSULTA MEDICA	12/03/20 18
PAR TO NORMAL/CIRURGICO	12/03/20 18
CIRUR GIAS 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:

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 digito 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

Procedimentos Solicitados: 0 Exibir Exibir **Carência**

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

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

Código do solicitante: Nome do solicitante:

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**

### 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 [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: 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**

### 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 [Carência](#)

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

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

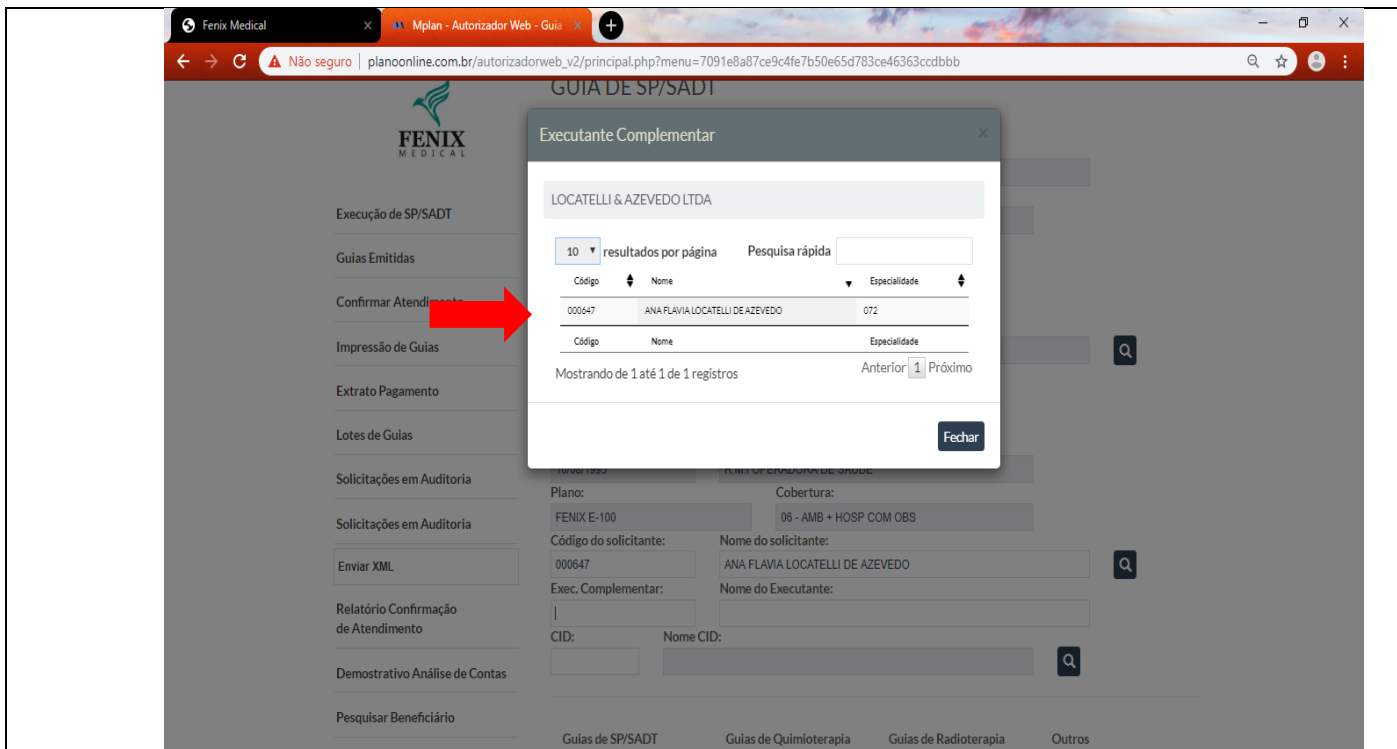
Código do solicitante: 000647 Nome do solicitante: ANA FLAVIA LOCATELLI DE AZEVEDO **DF**

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

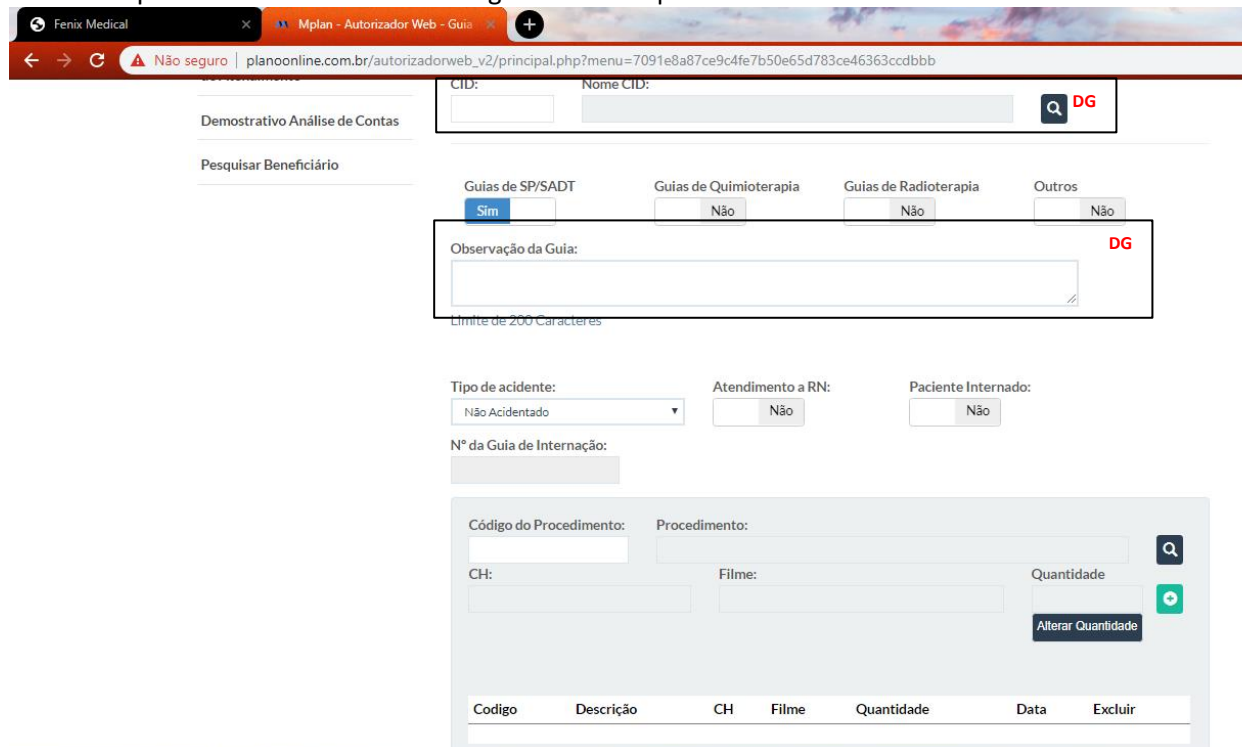
CID: Nome CID:

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.** Inserir o código do procedimento, clicar no ADICIONAR e após, clicar em SALVAR:

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

CID:  Nome CID:

Demonstrativo Análise de Contas

Pesquisar Beneficiário

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

Observação da Guia:

Limite de 200 Caracteres

Tipo de acidente: 
 Atendimento a RN: 
 Paciente Internado:

N° da Guia de Internação:

Código do Procedimento:  Procedimento:


CH:  Filme:  Quantidade:

Codigo	Descrição	CH	Filme	Quantidade	Data	Excluir
20101104	AVALIACAO DA COMPOSICAO CORPORAL POR BIOIMPEDANCIOMETRIA	20	0.00000	1	17/09/2019	<input type="button" value="Excluir"/>

**MPLAN**  
 SISTEMAS CONSULTORIA  
 © MPLAN SISTEMAS DE OPERADORAS DE PLANO DE SAUDE, ADMINISTRADORAS DE BENEFICIOS, CLINICAS E CONSULTORIOS

**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**

2º 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									
<b>Dados do Beneficiário</b>														
8 Número da Carteira 00	9 Validade da Carteira 02/07/2021	10 Nome <b>CRISLAINE SOUZA MARTINS</b>	11 Número Cartão Nacional de Saúde 886001453029810		12 Atendimento a RM Nbr									
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>														
13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 30463525817	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 23651									
18 UF SP	19-Cod CBO S	20 Assinatura do Profissional Solicitante												
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>														
21- Carater da Solicitação [E] E-ativa U-urgência/emergência	22 Data/ hora Solicitação 17/09/2019	23 - Indicação Clínica/Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)												
24- Tabela TUS	25-Código do Procedimento 2010104	28-Ocorgio AVALIACAO DA COMPOSICAO CORPORAL POR BIOMEDANCIOMETRIA	27-Qt. Selo. 1	28-Qt. Autoriz.										
<b>Dados do Contratado Executante</b>														
29-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29137493000198	30 Nome do Contratado LOCATELLI & AZEVEDO LTDA		Endereço CORONEL JOSE PEDRO DE OLIVEIRA S&S - 44 ANDAR, SALA JARDIM FACULDADE SOROCABA		31-CNES									
32 - Tipo de Atendimento [E] Exame de Atendimento home, 07-SADT 08-Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Remo Solicitante	33 - Indicação de Acidente 0-Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho 1- Trânsito 2- Outros	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 1- Retorno 2- Retorno S&DT 3- Referência 4- Alta 5- Outros											
<b>Procedimentos e Procedimentos em Série</b>														
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabeta	40-Código do Proc.	41-Descrição	42-Qtdes	43-Via	44-Tec.	45-Red./Acresc	46-Valor Unitario R\$	47-Valor Total R\$			
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]			
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]			
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]			
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]			
<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>														
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						
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]						
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]						
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]						
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]						
56- Data de realização de Procedimento em Série 57 Assinatura do beneficiário ou responsável						58	59	60	61	62	63	64	65	66
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
58 Observação Justificativa:														
59 Total Procedimento R\$	60 Total de Taxas e Aluguéis	61 Total Materiais R\$	62 Total de OPMs R\$	63 Total Diárias R\$	64 Total Gases, Medicamentos R\$	65 Total Geral da Guia R\$	66 Assinatura do Responsável pela Autorização <b>Autorização Eletrônica</b>							
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	67 Assinatura do Beneficiário pela Autorização							
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	68 Assinatura do contratado							

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