



**ORIZON
AUTORIZE**

☒ Procedimento

- Consulta
- Execução (SP-SADT)
- Pré Autorizada (SP-SADT)
- Cancelar Guias

Guias em Auditoria Extrato

Status de Guias

Selecione uma Operadora ▾

01 7

Pesquisar

Exibindo resultado(s) do(s) Último(s) 7 dia(s)

0
*Com pendência

0
*Análise da Operadora

0
*Negadas

0
*Autorizadas

*Para consultar todos os detalhes, acesse Guias em Auditoria ou Extrato utilizando os filtros disponíveis.

Cadastro
Profissional Executante

Auditoria
Mensagem de Auditoria

Autorize
Comunicados

AUTORIZAÇÃO DE CONSULTAS ATRAVÉS DA CARTEIRINHA FÍSICA

 Procedimento

Consulta

Execução (SP-SADT)

Pré Autorizada (SP-SADT)

Cancelar Guias

 Internação

Solicitação

Abertura

Prorrogação

Alta

 Complementar

Anexo OPME

Anexo Quimioterapia

Anexo Radioterapia

Solicitação de SP/SADT (Execução SP/SADT)

Operadora

BRADESCO SAUDE - 005711

Senha ?

Preencher dados

Nº Guia Principal ?

Para pacientes internados

Dados Beneficiário

Número da Carteira ?

☐

Cartão Magnético *

☒

Cartão Digital (token)

☐

Atendimento RN* ?

Dados do Contratado Solicitante * ?

Dados do Profissional Solicitante

Sigla do Conselho* ?

Número do Conselho* ?

UF do Conselho * ?

CBOs * ?

Caráter da Solicitação* ?



AUTORIZAÇÃO DE CONSULTAS ATRAVÉS DA CARTEIRINHA FÍSICA

LEITOR DE CARTÃO MAGNÉTICO



AUTORIZAÇÃO DE CONSULTAS ATRAVÉS DA CARTEIRINHA DIGITAL - TOKEN

 Procedimento

Consulta

Execução (SP-SADT)

Pré Autorizada (SP-SADT)

Cancelar Guias

 Internação

Solicitação

Abertura

Prorrogação

Alta

 Complementar

Anexo OPME

Anexo Quimioterapia

Anexo Radioterapia

Solicitação de SP/SADT (Execução SP/SADT)

Operadora BRADESCO SAÚDE - 005711

Senha ?

Preencher dados

Nº Guia Principal ?

Para pacientes internados

Dados Beneficiário

Número da Carteira ? ☐

Cartão Magnético ☐

Cartão Digital (token) * ☒

Os campos 'Número Carteira' e 'Token' serão apresentados ao clicar no botão Avançar, após o preenchimento de todos os campos obrigatórios.

Atendimento RN* ?

Dados do Contratado Solicitante * ?

Dados do Profissional Solicitante

Sigla do Conselho* ?

Número do Conselho* ?

UF do Conselho * ?

CBOs * ?

Caráter da Solicitação* ?

AUTORIZAÇÃO ATRAVÉS DA CARTEIRINHA DIGITAL - TOKEN

« Consulta Elegibilidade

Operadora

BRADESCO SAÚDE - 005711

Registro ANS 005711

Dados Beneficiário

Número da Carteira ?

☐

Cartão Magnético

☐

Cartão Digital (token) *

☒ Os campos 'Número Carteira' e 'Token' serão apresentados ao clicar no botão Avançar, após o preenchimento de todos os campos obrigatórios.

Atendimento RN* ?

Não

Capturar Token

Número da Carteira

Token

Capturar

Fechar

Executar

Contratado / Prestador Executante

Cartão Orizon: 1187090



AUTORIZADOR VIA TOKEN – ONDE LOCALIZAR O CARTÃO NO APP DO PACIENTE



A carteirinha digital do Plano de Saúde está disponível no botão **Meu Cartão** em tamanho real. É possível também acessá-la clicando na miniatura apresentada do modelo na parte superior da tela de menu, conforme a imagem ao lado.

AUTORIZADOR VIA TOKEN – SOLICITAR O CÓDIGO TOKEN DO PACIENTE



Para obter o código de atendimento, deve-se gerar o QR Code clicando em **Gerar Token**. Para retornar para a frente da carteirinha, deve-se clicar em **Ver cartão**.

AUTORIZAÇÃO ATRAVÉS DA CARTEIRINHA DIGITAL - TOKEN

« Consulta Elegibilidade

Operadora **BRADESCO SAÚDE - 005711** Registro ANS 005711

Dados Beneficiário

Número da Carteira ☐

Cartão Magnético ☐

Cartão Digital (token) * ☒ Os campos 'Número Carteira' e 'Token' serão apresentados ao clicar no botão Avançar, após o preenchimento de todos os campos obrigatórios.

Atendimento RN*

Dados do Profissional

Profissionais Cadastrados

Tipo do Conselho*

Número do Conselho

UF do Conselho *

CBOs *

Contratado / Prestador Executante

Cartão Orizon: 1187090

Capturar Token

Número da Carteira Token Capturar

Fechar Executar

COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO

Não é válido como comprovante de atendimento!



AUTORIZADA

Operadora: BRADESCO SAÚDE (571)
Registro ANS: 005711
Transação: Consulta
Data: 26/04/2022
Data de conclusão da análise: 26/04/2022

Número Guia Prestador: 1034945524

Beneficiário:
Nº da Carteira:

Dados do Prestador
Razão Social:
CPF/CNPJ:

Procedimentos

Código	Descrição	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
10101012	CONSULTA CONSULTORIO (HORARIO NORMAL OU PRE ESTAB)	1	1	Autorizada		

Nº da Transação: 1034945524
29/04/2022 15:18:37

Imprimir Guia Tiss Autorizada

GUIA AUTORIZADA PARA COLETAR ASSINATURA DO PACIENTE E PROFISSIONAL EXECUTANTE

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



2- Nº Guia no Prestador

85305723

1- Registro ANS 005711	3- Número da Guia Principal	4- Data da Autorização 10/08/2022	5- Senha 3MR7BK0	6- Data de Validade da Senha	7- Número da Guia Atribuído pela Operadora							
Dados do Beneficiário												
8- Número da Carteira	9- Validade da Carteira	10- Nome			11- Cartão Nacional de Saúde	12- Atendimento a RN Não						
Dados do Solicitante												
13- Código na Operadora	14- Nome do Contratado											
15- Nome do Profissional Solicitante			16- Conselho Profissional CRM	17- Número no Conselho	18- UF SC	19- Código CBO 225115	20- Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados												
21- Caráter Atendimento Eletivo	22- Data da Solicitação 10/08/2022	23- Indicação Clínica										
24- Tabela	25- Código do Procedimento	26- Descrição				27- Qtde. Solic.	28- Qtde. Aut.					
Dados do Contratado Executante												
29- Código na Operadora	30- Nome do Contratado					31- Código CNES						
Dados do Atendimento												
32- Tipo de Atendimento 5	33- Indicação de Acidente 9	34- Tipo de Consulta	35- Motivo de Encerramento do Atendimento									
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												
Seq	36- Data	37- Hora Inicial	38- Hora Final	39- Tabela	40- Cód. Procedimento	41- Descrição	42- Qtde.	43- Via	44- Tec.	45- % Red. Acresc.	46- Valor Unitário - R\$	47- Valor Total - R\$
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)												
48- Ref. 11	49- Grau Part.	50- Código na Operadora / CPF	51- Nome do Profissional			52- Conselho Profissional	53- Número do Conselho :	54- UF	55- Código CBO			
56- Data de Realização de Procedimento em Série						57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1- / /		3- / /		5- / /		7- / /		9- / /				
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /		10- / /				
58 - Observação												
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total Gases Medicinais (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado				

AUTORIZAÇÃO PACIENTE SEM CARTEIRINHA FÍSICA E SEM CARTEIRINHA DIGITAL (APLICATIVO)

**LIGAR PARA A CENTRAL - 4004- 4580
OPÇÃO 3 – ATENDIMENTO SEM CARTÃO**

**A CENTRAL IRÁ FAZER A ANÁLISE DA ELEGIBILIDADE E
DISPONIBILIZAR O NUMERO DA GUIA AUTORIZADA POR
ELES.**

AUTORIZAÇÃO PACIENTE SEM CARTÃO E SEM CARTEIRINHA

 Procedimento

Consulta

Execução (SP-SADT)

Pré Autorizada (SP-SADT)

Cancelar Guias

Execução Pré-Autorizada

Operadora BRADESCO SAÚDE - 005711

Dados Beneficiário

Número da Carteira * ☒

Cartão Magnético ☐

Atendimento RN*

Dados do Atendimento

Tipo do Atendimento: *

Dados do Profissional Executante

Profissionais Cadastrados:

Tipo do Conselho*

Número do Conselho*

UF do Conselho *

CBOs *

Contratado / Prestador Executante

Cartão Orizon: 1497197
Nome: OFTALMO CLINICA MEDICA LTDA
CPF/CNPJ: 5507690000193
Grau de Participação:

Dados Para Execução

Número Guia Operadora ☒

Autorização de cada Procedimento* ☐

Executar

AUTORIZAÇÃO DE SADT

Procedimento

Consulta

Execução (SP-SADT)

Pré Autorizada (SP-SADT)

Cancelar Guias

Solicitação de SP/SADT (Execução SP/SADT)

Operadora

BRADESCO SAÚDE - 005711

Senha

SOMENTE PARA HOSPITAL

Preencher dados

Nº Guia Principal

Para pacientes internados

Dados Beneficiário

Número da Carteira

Cartão Magnético

Cartão Digital (token)

Atendimento RN

Dados do Contratado Solicitante

Código na Operadora

Código da Operadora

Dados do Profissional Solicitante

Sigla do Conselho

Número do Conselho

UF do Conselho

CBOs

Caráter da Solicitação

☐ Eletiva

☐ Urgência / Emergência

Diagnóstico

Código CID 10

Dados do Atendimento

Tipo do Atendimento

Indicador de Acidente

Data do Acidente

Contratado / Prestador Executante

Cartão Orizon:

Nome:

CPF/CNPJ:

Grau de Participação:

Procedimentos Solicitados

Senha

3LPMBR2

Código Procedimento

Pesquisa Procedimento

Quantidade

1

Adicionar

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



85305723

2- Nº Guia no Prestador

1- Registro ANS 005711	3- Número da Guia Principal	4- Data da Autorização 10/08/2022	5- Senha 3MR7BK0	6- Data de Validade da Senha	7- Número da Guia Atribuído pela Operadora
---------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	---------------------	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira	9- Validade da Carteira	10- Nome	11- Cartão Nacional de Saúde	12- Atendimento a RN Não
-----------------------	-------------------------	----------	------------------------------	-----------------------------

Dados do Solicitante

13- Código na Operadora	14- Nome do Contratado
-------------------------	------------------------

15- Nome do Profissional Solicitante	16- Conselho Profissional CRM	17- Número no Conselho	18- UF SC	19- Código CBO 225115	20- Assinatura do Profissional Solicitante
--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------	--------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21- Caráter Atendimento Eletivo	22- Data da Solicitação 10/08/2022	23- Indicação Clínica
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

24- Tabela	25- Código do Procedimento	26- Descrição	27- Qtde. Solic.	28- Qtde. Aut.
------------	----------------------------	---------------	------------------	----------------

Dados do Contratado Executante

29- Código na Operadora	30- Nome do Contratado	31- Código CNES
----------------------------------	------------------------	-----------------

Dados do Atendimento

32- Tipo de Atendimento 5	33- Indicação de Acidente 9	34- Tipo de Consulta	35- Motivo de Encerramento do Atendimento
------------------------------	--------------------------------	----------------------	---

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

Seq	36- Data	37- Hora Inicial	38- Hora Final	39- Tabela	40- Cód. Procedimento	41- Descrição	42- Qtde.	43- Via	44- Tec.	45- % Red. Acresc.	46- Valor Unitário - R\$	47- Valor Total - R\$

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

48- Ref.	49- Grau Part. 11	50- Código na Operadora / CPF	51- Nome do Profissional	52- Conselho Profissional	53- Número do Conselho	54- UF	55- Código CBO
----------	----------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------------------	------------------------	--------	----------------

56- Data de Realização de Procedimento em Série 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- ____/____/____	3- ____/____/____	5- ____/____/____	7- ____/____/____	9- ____/____/____
2- ____/____/____	4- ____/____/____	6- ____/____/____	8- ____/____/____	10- ____/____/____

58 - Observação

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	---	----------------------------	----------------------------------	--	---	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Obrigad@ ;)