

## MANUAL DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAÇÃO AMBULATORIAL.

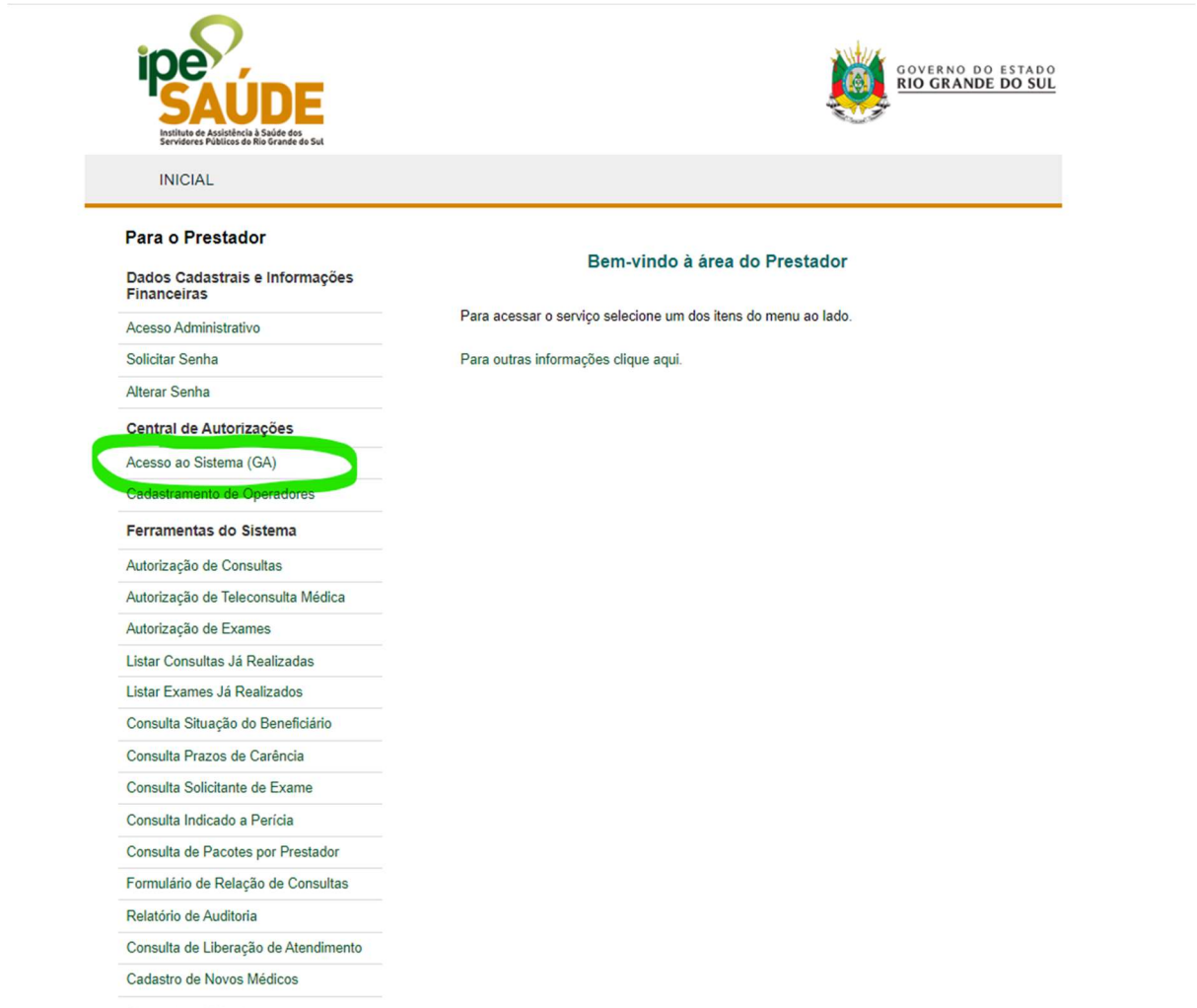
Este manual visa auxiliar os prestadores nos pedidos de medicações ambulatoriais no Sistema GA do IPESAÚDE.

### Vamos ao passo a passo:

1. Primeiramente devemos fazer o login no site do IPESAÚDE.

The screenshot shows the website interface for IPESAÚDE. At the top, there is a navigation bar with links for NOTÍCIAS, SERVIÇOS, CENTRAL DO CIDADÃO, TRANSPARÊNCIA, SECRETARIAS E ÓRGÃOS, DIÁRIO OFICIAL, and CORONAVÍRUS. Below this is a search bar with the text 'BUSCAR' and a magnifying glass icon. The logo for IPESAÚDE is on the left, and the logo for the GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL is on the right. A horizontal menu below the search bar includes INICIAL, INSTITUCIONAL, SEGURADOS, PRESTADORES, and CONTATO. The main content area shows the breadcrumb 'VOCÊ ESTÁ AQUI: Inicial > Sou Prestador' and two buttons: 'Voltar' and 'Imprimir'. The title 'Sou Prestador' is followed by the subtitle 'Acesso às informações para hospitais, médicos, laboratórios e outros prestadores credenciados'. Below this are six tiles with images and text: 'Acesso Administrativo', 'Portal do Prestador', 'Serviços' (highlighted with a green circle), and three other tiles with medical-related images.

2. Após clicar em “Serviços”, irá aparecer a página do Prestador com um grande Menu, nele vamos clicar em “Acesso ao Sistema GA”.



The screenshot shows the 'INICIAL' page for the 'Prestador' (Provider) user. The page features the IPE SAÚDE logo on the left and the 'GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL' logo on the right. A central heading reads 'Bem-vindo à área do Prestador'. Below this, there are two columns of links. The left column is titled 'Para o Prestador' and includes sections for 'Dados Cadastrais e Informações Financeiras' (with links for 'Acesso Administrativo', 'Solicitar Senha', and 'Alterar Senha'), 'Central de Autorizações' (with 'Acesso ao Sistema (GA)' circled in green), and 'Ferramentas do Sistema' (with a long list of service-related links). The right column contains instructions: 'Para acessar o serviço selecione um dos itens do menu ao lado.' and 'Para outras informações clique aqui.'

3. Nesta etapa vamos efetuar o Login no sistema com nosso usuário e senha previamente cadastrados.



The screenshot shows the 'saúde online' login page. At the top right, it says 'Acesso Exclusivo para Credenciado IPE Saúde' and 'Quinta-feira, 27 de Outubro de 2022'. The main login area is a light blue box with three input fields: 'Logon:' (containing 'IPESAUDE'), 'Operador:', and 'Senha:'. To the right of these fields, there is a message: 'Se a senha expirou ou está bloqueada utilize o Portal do Credenciado. [Clique aqui.](#) Em caso de dúvidas para acessar o sistema, nosso contato de WhatsApp para esclarecimentos é 51 98443-7810.' Below the login box is an 'Entrar' button.

**Pronto! Estamos dentro do Sistema IPESAUDE de solicitações médicas.**

- No menu de sistema, escolha a opção “Solicitação de GA/Tratamento Ambulatorial/Radioterapia”.

saúde online

Menu de Solicitações de Autorização

Quarta-feira, 14 de Setembro de 2022

IPESAÚDE – HOSPITAL TREINAMENTO IPE P TREINAM ON-LINE – 03043018

SOLICITAÇÕES DE AUTORIZAÇÃO AO IPE Saúde

Solicitação de GA/Internação
Solicitação de Inclusão/Mudança de Procedimento
Solicitação de Prorrogação de Internação
Solicitação de Prorrogação de Internação com Cobertura Parcial
Solicitação de Material Especial
<b>Solicitação de GA/Tratamento Ambulatorial/Radioterapia</b>
Solicitação de GA/Quimioterapia Ambulatorial
Solicitações de Pedidos de Justificativa ou Informações
Solicitações Pendentes de Autorização do IPE
Solicitações Devolvidas ao Prestador
Consulta Solicitação
Solicitação de PETCT
Consulta Perícia
Alteração de Classe de Internação

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

Fechar

Observação: Na solicitação de pedidos de medicamentos imunobiológicos visando o tratamento da Artrite Reumatoide, é necessário acessar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Artrite Reumatoide” ele pode ser acessado no seguinte

- Preencha os dados do segurado e de honorário.

**Importante: não esqueça de marcar “Solicitação de Medicamentos” e sempre nos pedidos iniciais de medicamento devem conter o laudo e exames que corroborem a necessidade do medicamento solicitado.**

IPESAÚDE – HOSPITAL TREINAMENTO IPE P TREINAM ON-LINE – 03043018

Beneficiário:  N° da Matrícula  
8898187793004

GUIA DE ATENDIMENTO  
Data Início Tratamento: 14/09/2022  Dia Mês Ano

Aspectos Clínicos

Justificativa do Tratamento Proposto:

Falha nos tratamos convencionais

Restam 318 caracteres.

C.I.D.:  m058

Tratamento Proposto

PROCEDIMENTO / HONORÁRIO	QUANTIDADE
<input type="text"/> 00050016 <input type="text"/>	<input type="text"/> 1
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Solicitante

Solicitante:  CRM  CRO  HSP  37280

Telefones

Consultório:  DDD telefone

Residencial:  DDD telefone

Celular:  DDD telefone

Data do LAUDO: 13/09/2022  Dia Mês Ano

Solicitação de Medicamentos

Medicamento solicitado:  SIM  NÃO

Solicitação de Materiais

Necessita Materiais:  SIM  NÃO

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

6. Clique em “Verificar” no menu abaixo da GA (rodapé):

IPESAÚDE – HOSPITAL TREINAMENTO IPE P TREINAM ON-LINE – 03043018

Beneficiário:  N° da Matrícula  
8898187793004

GUIA DE ATENDIMENTO  
Data Início Tratamento: 14/09/2022 Dia Mês Ano

Aspectos Clínicos

Justificativa do Tratamento Proposto:  
 Falha nos tratamos convencionais  
Restam 350 caracteres.  
C.I.D.:  M058

Tratamento Proposto

PROCEDIMENTO / HONORÁRIO	QUANTIDADE
<input type="text"/> 00050016 <input type="text"/>	<input type="text"/> 1
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Solicitante

Solicitante:   CRM  CRO  HSP  37280   
Telefones  
Consultório:  DDD telefone  
Residencial:  DDD telefone  
Celular:  DDD telefone  
Data do LAUDO: 13/09/2022 Dia Mês Ano

Solicitação de Medicamentos

Medicamento solicitado:  SIM  NÃO

Solicitação de Materiais

Necessita Materiais:  SIM  NÃO

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

7. Preencha os dados da medicação a ser solicitada:

**IPESAÚDE – HOSPITAL TREINAMENTO IPE P TREINAM ON-LINE – 03043018**

**Beneficiário:** Nº da Matrícula: 6686187793004 LILIANE MARIA MARTINS SOARES  
Sexo: Feminino Data de Nascimento: 25/12/1972

**DATA DE ATENDIMENTO**  
Data Início Tratamento: 14/09/2022 Dia Mês Ano

**Aspectos Clínicos**  
Justificativa do Tratamento Proposto:  
falha nos tratamos convencionais  
C.E.D.: HSCB Outras artrose reumatóides epro-poi Restam 250 caracteres.

**Tratamento Proposto**

PROCEDIMENTO / HONORÁRIO	QUANTIDADE
0050016 código geral - medicação especial	01

**Solicitante:** CRM CRO HSF 037200 RODRIGO SARMAHO SPOHR  
Telefones:  
Consultório: ODD telefone  
Residencial: ODD telefone  
Celular: ODD telefone  
Data do LAUDO: 13/09/2022 Dia Mês Ano

**Solicitação de Medicamentos**  
Medicamento solicitado:  SIM  NÃO

**Solicitação de Materiais**  
Material solicitado:  SIM  NÃO

**Perfil do Paciente**  
Peso: 100 000,001 até 999,999 Altura: 1,74 0,01 até 0,90

**Tratamentos Anteriores**  
Descrição de: DROGAS UTILIZADAS (COM DOSES)  
Insufi Restam 279 caracteres.

**Informações Complementares**  
Tempo de Doença: 2 anos  
DAS 28/COAI (especificar): mdi 19  
Fator Reumatóide: -  
Erosões (S/N): n

**Plano Terapêutico Proposto**

DROGAS SOLICITADAS (COM DOSES)						
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	QTDE	PROTOCOLO	N DIAS	SEM	
05301	ANVR	1				

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

[ Salvar ] [ Limpar ] [ Voltar ] [ Menu ] [ Imprimir ] [ Fechar ]

8. Após preencher os dados clique em “Salvar”:

**IPESAÚDE – HOSPITAL TREINAMENTO IPE P TREINAM ON-LINE – 03043018**

**Beneficiário:** Nº da Matrícula: 6646187793004   
 Sexo: Feminino Data de Nascimento: 25/12/1972

**GUIA DE ATENDIMENTO**  
 Data Início Tratamento: 14/09/2022 Dia Mês Ano

**Aspectos Clínicos**

**Justificativa do Tratamento Proposto:**  
  
Restam 350 caracteres.

**C.I.D.:**

**Tratamento Proposto**

PROCEDIMENTO / HONORÁRIO	QUANTIDADE
<input type="text" value="20020016"/> código geral - medicacao especial	<input type="text" value="01"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Solicitante:**  CRM  CRO  HSP    
 Telefones  
 Consultório:  DDD telefone  
 Residencial:  DDD telefone  
 Celular:  DDD telefone  
 Data de LAUDO: 13/09/2022 Dia Mês Ano

**Solicitação de Medicamentos**  
 Medicamento solicitado:  SIM  NÃO

**Solicitação de Materiais**  
 Material solicitado:  SIM  NÃO

**Perfil do Paciente**  
 Peso:  100,001 até 999,999 Altura:  0,01 até 9,99

**Tratamentos Anteriores**  
 Descrição de:   
  
Restam 279 caracteres.

**Informações Complementares**  
 Tempo de Doença:  anos  
 DAS 28/CDAI (especificar):   
 Fator Reumatóide:   
 Erroses (S/N):

**Plano Terapêutico Proposto**

DROGAS SOLICITADAS (COM DOSES)						
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	QTDE	PROTOCOLO	N DIAS	SEM	
<input type="text" value="05301"/>	<input type="text" value="ANVR"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

03043018 – 803053497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

9. Vai aparecer a tela de inserção de arquivo (Anexar).

**Material solicitado:**  SIM  NÃO

---

**Perfil do Paciente**

**Peso:**  000,001 até 999,999 **Altura:**  0,01 até 9,99

---

**Tratamentos Anteriores**

**Descrição de:** DROGAS UTILIZADAS (COM DOSES)

sdfsdf

Restam 385 caracteres.

---

**Informações Complementares**

**Tempo de Doença:**

**DAS 28/CDAI (especificar):**

**Fator Reumatóide:**

**Erosões (S/N):**

---

**Plano Terapêutico Proposto**

DROGAS SOLICITADAS (COM DOSES)

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	QTDE	PROTOCOLO	N DIAS	SEM
<input type="text" value="05301"/> MABTHERA (ICMS 0%) (Restrito Ho)	<input type="text" value="ANNR"/> <input type="text" value="500 mg. 1 FA"/>	<input type="text" value="001,00"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

**Anexar arquivo**

- o arquivo deve estar em formato PDF
- no primeiro botão, selecione o arquivo a ser enviado
- no segundo botão, envie o arquivo
- apenas o último arquivo enviado é considerado

Nenhum arquivo escolhido

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

---

10. Clique em “Escolher arquivo”



Material solicitado:  SIM  NÃO

**Perfil do Paciente**

Peso:  000,001 até 999,999    Altura:  0,01 até 9,99

**Tratamentos Anteriores**

Descrição de: **DROGAS UTILIZADAS (COM DOSES)**

Restam 385 caracteres.

**Informações Complementares**

Tempo de Doença:

DAS 28/CDAI (especificar):

Fator Reumatóide:

Erosões (S/N):

**Plano Terapêutico Proposto**

**DROGAS SOLICITADAS (COM DOSES)**

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	QTDE	PROTOCOLO	N DIAS	SEM
05301	MABTHERA (ICMS 0%) (Restrito Ho ANNR)	500 mg, 1 FA	001,00		

**Anexar arquivo**

- o arquivo deve estar em formato PDF
- no primeiro botão, selecione o arquivo a ser enviado
- no segundo botão, envie o arquivo
- apenas o último arquivo enviado é considerado

Nenhum arquivo escolhido

03043018 -- 8030503497 -- FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

11. Agora, vai abrir uma caixa onde você vai escolher o arquivo a ser anexado ao sistema, após escolher clique em “Abrir”. Lembrando, este arquivo(único) deve ser no formato PDF e não pode ultrapassar os 6mb(mega) de tamanho. **Atenção!** Somente é permitido anexar 1 arquivo, portanto compile os documentos necessários em um único PDF.

Obs.: em caso de solicitação de justificativa por nossa auditoria - deve-se somar o arquivo antigo com a nova documentação, gerando apenas um arquivo. A saber, os arquivos sobrepostos não ficam armazenados no sistema do IPESAÚDE, somente o último fica gravado.

Material solicitado:  SIM  NÃO

**Perfil do Paciente**

Peso:  (000,001 até 999,999) Altura:  (0,01 até 9,99)

**Tratamentos Anteriores**

Abrir

Este Computador > Downloads

Pesquisar Downloads

Organizar Nova pasta

Nome	Data de modificação	Tipo	Tamanho
Hoje (1)			
<b>EXAME LILIANE MARIA</b>	14/09/2022 08:46	Microsoft Edge P...	487 KB
Ontem (1)			
RESIDENCIAL SANTA FÉ	13/09/2022 14:05	Microsoft Edge P...	15.271 KB
Anteriormente nesta semana (5)			
pedido IPE	12/09/2022 14:17	Microsoft Edge P...	532 KB
cartao IPE e SUS	12/09/2022 14:08	Microsoft Edge P...	130 KB
LAUDO MULTIDISCIPLINAR	12/09/2022 13:32	Microsoft Edge P...	1.125 KB
materiais	12/09/2022 10:07	Microsoft Edge P...	393 KB
Carlos Schmidt dos Santos das Neves	12/09/2022 07:37	Microsoft Edge P...	109 KB

Nome:  Documento do Adobe Acrobat

Abrir Cancelar

**Anexar arquivo**

- o arquivo deve estar em formato PDF
- no primeiro botão, selecione o arquivo a ser enviado
- no segundo botão, envie o arquivo
- apenas o último arquivo enviado é considerado

Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido

Enviar arquivo

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

Salvar Limpar Voltar Menu Imprimir Fechar

12. Escolhido o arquivo, clique em “Enviar arquivo”.

Material solicitado:  SIM  NÃO

### Perfil do Paciente

Peso:  000,001 até 999,999    Altura:  0,01 até 9,99

### Tratamentos Anteriores

Descrição de: **DROGAS UTILIZADAS (COM DOSES)**

Restam 385 caracteres.

### Informações Complementares

Tempo de Doença:  anos

DAS 28/CDAI (especificar):

Fator Reumatóide:

Erosões (S/N):

### Plano Terapêutico Proposto

DROGAS SOLICITADAS (COM DOSES)							
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO		QTDE	PROCOLO	N DIAS	SEM	
05301	MABTHERA (ICMS 0%) (Restrito Ho	ANNR	500 mg. 1 FA	001,00			

Anexar arquivo

- o arquivo deve estar em formato PDF
- no primeiro botão, selecione o arquivo a ser enviado
- no segundo botão, envie o arquivo
- apenas o último arquivo enviado é considerado

EXAME LILIANE MARIA.pdf

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

13. Clique na POP-UP que vai abrir para você no botão “OK”.

DF Online f... IPERGS **www.ipe.rs.gov.br diz**

**Material solicitado:** Upload do arquivo <EXAME LILIANE MARIA.pdf> executado com sucesso.

**Perfil do Pacie**

**Peso:**

**Tratamentos Anteriores**

**Descrição de:** DROGAS UTILIZADAS (COM DOSES)

Restam 385 caracteres.

**Informações Complementares**

**Tempo de Doença:**

**DAS 28/CDAI (especificar):**

**Fator Reumatóide:**

**Erosões (S/N):**

**Plano Terapêutico Proposto**

DROGAS SOLICITADAS (COM DOSES)

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	QTDE	PROTOCOLO	N DIAS	SEM
<input type="text" value="05301"/> MABTHERA (ICMS 0%) (Restrito Ho)	<input type="text" value="ANNR"/> <input type="text" value="500 mg. 1 FA"/>	<input type="text" value="001,00"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Anexar arquivo**

- o arquivo deve estar em formato PDF
- no primeiro botão, selecione o arquivo a ser enviado
- no segundo botão, envie o arquivo
- apenas o último arquivo enviado é considerado

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

Salvar Limpar Voltar Menu Imprimir Fechar

14. Clique em “Salvar” no menu de rodapé. Você vai receber a mensagem “A solicitação foi incluída Nro. 20220904 (número da GA criada)”

Residencial:  DDD telefone:

Celular:  DDD telefone:

Data do LAUDO:  Dia Mês Ano

**Solicitação de Medicamentos**

Medicamento solicitado:  SIM  NÃO

**Solicitação de Materiais**

Material solicitado:  SIM  NÃO

**Perfil do Paciente**

Peso:  000,001 até 999,999 **Altura:**  0,01 até 9,99

**Tratamentos Anteriores**

Descrição de: **DROGAS UTILIZADAS (COM DOSES)**

Restam 385 caracteres.

**Informações Complementares**

Tempo de Doença:

DAS 28/CDAI (especificar):

Fator Reumatóide:

Erosões (S/N):

**Plano Terapêutico Proposto**

**DROGAS SOLICITADAS (COM DOSES)**

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	QTDE	PROTOCOLO	N DIAS	SEM
<input type="text" value="05301"/> MABTHERA (ICMS 0%) (Restrito Ho	ANNR	500 mg. 1 FA	<input type="text" value="001,00"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

**Aviso**

A solicitação foi incluída Nro. Sol.: 20220904

15. Você vai receber uma mensagem em vermelho no corpo da GA conforme a foto abaixo;

Material solicitado:  SIM  NÃO

### Perfil do Paciente

Peso:  000,001 até 999,999 Altura:  0,01 até 9,99

### Tratamentos Anteriores

Descrição de: **DROGAS UTILIZADAS (COM DOSES)**

fsdfs

Restam 385 caracteres.

### Informações Complementares

Tempo de Doença:  anos









DAS 28/CDAI (especificar):

Fator Reumatóide:

Erosões (S/N):

### Plano Terapêutico Proposto

#### DROGAS SOLICITADAS (COM DOSES)

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	QTDE	PROTOCOLO	N DIAS	SEM
 05301	MABTHERA (ICMS 0%) (Restrito Ho) ANNR	500 mg. 1 FA	001,00		
					
					
					
					
					
					
					
					
					

#### Anexar arquivo

- o arquivo deve estar em formato PDF
- no primeiro botão, selecione o arquivo a ser enviado
- no segundo botão, envie o arquivo
- apenas o último arquivo enviado é considerado

Nenhum arquivo escolhido

Arquivo foi enviado: EXAME LILIANE MARIA.pdf

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

16. Para finalizar, clique em “Salvar” no menu de rodapé.

Material solicitado:  SIM  NÃO

### Perfil do Paciente

Peso:  000,001 até 999,999    Altura:  0,01 até 9,99

### Tratamentos Anteriores

Descrição de: **DROGAS UTILIZADAS (COM DOSES)**

Restam 385 caracteres.

### Informações Complementares

Tempo de Doença:

DAS 28/CDAI (especificar):

Fator Reumatóide:

Erosões (S/N):

### Plano Terapêutico Proposto

**DROGAS SOLICITADAS (COM DOSES)**

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	QTDE	PROTOCOLO	N DIAS	SEM
<input type="text" value="05301"/>	MABTHERA (1CMS 0%) (Restrito Ho) ANNR 500 mg. 1 FA	<input type="text" value="001,00"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Anexar arquivo**

- o arquivo deve estar em formato PDF
- no primeiro botão, selecione o arquivo a ser enviado
- no segundo botão, envie o arquivo
- apenas o último arquivo enviado é considerado

Nenhum arquivo escolhido

Arquivo foi enviado: EXAME LILIANE MARIA.pdf

03043018 -- 8030503497 -- FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

17. Pronto, sua GA esta criada e pode ser verificada no menu principal em “Solicitações pendentes de autorização do IPE”

IPESAÚDE – HOSPITAL TREINAMENTO IPE P TREINAM ON-LINE – 03043018

SOLICITAÇÕES DE AUTORIZAÇÃO AO IPE Saúde

Solicitação de GA/Internação
Solicitação de Inclusão/Mudança de Procedimento
Solicitação de Prorrogação de Internação
Solicitação de Prorrogação de Internação com Cobertura Parcial
Solicitação de Material Especial
Solicitação de GA/Tratamento Ambulatorial/Radioterapia
Solicitação de GA/Quimioterapia Ambulatorial
Solicitações de Pedidos de Justificativa ou Informações
Solicitações Pendentes de Autorização do IPE
Solicitações Devolvidas ao Prestador
Consulta Solicitação
Solicitação de PETCT
Consulta Perícia
Alteração de Classe de Internação

03043018 – 8030503497 – FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

Fechar

18. Para excluir uma GA, vá em “Menu”, após em “Consulta Solicitação”, digite a matrícula do segurado, clique em consultar, escolha a GA que você quer excluir, basta clicar nela. A GA irá aparecer inteira em sua tela, vá até o “menu” no rodapé da página, clique no botão “Excluir”, você receberá uma mensagem de alerta, em que qualquer cobrança será impossível após esta ação.



Nº da Solicitação:     Nº da Solicitação da GA:     Nº da GA:

Data Início do tratamento:

Data do Laudo:

### Aspectos Clínicos

Justificativa do Tratamento Proposto:

C.I.D.:

### Tratamento Proposto

PROCEDIMENTO / HONORÁRIO	QUANTIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Solicitante

Solicitante:

Telefones

Consultório:

Residencial:

Celular:

### Solicitação de Medicamentos

Medicamento solicitado:  SIM  NÃO

### Solicitação de Materiais

Material solicitado:  SIM  NÃO

[Consultar Documentação](#)

03043018 -- 8030503497 -- FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

### Aviso

**ATENÇÃO - FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT a exclusão impede qualquer cobrança dos procedimentos. Para confirmar clique novamente no botão Excluir**

[Voltar](#) [Menu](#) [Imprimir](#) [Fechar](#)

[Histórico Completo](#) [Histórico Resumido](#) [Excluir](#) [Reabrir](#) [Responder](#) [Encerrar](#) [Editar Dados](#)

**IMPORTANTE: - ajuste impressora antes de "Emitir GA" -**

[Emitir GA - formulário IPE](#) [Emitir GA - folha A4 frente](#) [Emitir GA - folha A4 verso](#)

- abra Arquivo/Configurar Página e retire cabeçalho, rodapé e margens -

19. Confirmação de Exclusão, o prestador tem de clicar novamente no botão "Excluir", vai abrir uma janela POP-UP em sua página, clique em "OK". Pronto, GA (solicitação) excluída com sucesso!

Situação: SOLICITADA

Nº da Solicitação: 20221102    Nº da Solicitação da GA: 20221102    Nº da GA:

Data Início do tratamento:

Data do Laudo:

**Aspectos Clínicos**

Justificativa do Tratamento Proposto:

C.I.D.:

**Tratamento Proposto**

PROCEDIMENTO / HONORÁRIO	QUANTIDADE

**Solicitante**

Solicitante:    Telefones

Consultório:

Residencial:

Celular:

**Solicitação de Medicamentos**

Medicamento solicitado:  SIM  NÃO

**Solicitação de Materiais**

Material solicitado:  SIM  NÃO

Consultar Documentação

03043018 — 8030503497 — FERNANDO TARRAGO BITTENCOURT

**Aviso**

**Solicitação excluída!**

Voltar    Menu    Imprimir    Fechar

Histórico Completo    Histórico Resumido    Excluir    Reabrir    Responder    Encerrar    Editar Datas

**IMPORTANTE:** - ajuste impressora antes de "Emitir GA" -

Emitir GA - formulário IPE    Emitir GA - folha A4 frente    Emitir GA - folha A4 verso

- abra Arquivo/Configurar Página e retire cabeçalho, rodapé e margens -

Observações; deverá ser aberta uma Guia de Autorização (GA) para cada aplicação de medicamento imunobiológico solicitada. O intervalo entre as solicitações destas Guias de Autorização deverá seguir os protocolos existentes ou o intervalo prescrito pelo médico assistente para cada aplicação. Se houver erro de solicitação, deverá ser excluída a GA com erro antes de ser realizada nova solicitação.

Ao IPESAÚDE se resguarda o direito de alterar ou editar este manual a qualquer momento, sem prévio aviso. Ficando a cargo da Diretoria de Provisão e Saúde do IPESAÚDE realizar ou comunicar qualquer alteração que este manual possa sofrer a seus prestadores credenciados.