



## COMO FAZER REGISTRO DE GUIAS PRÉ-AUTORIZADAS

(Guias pleno, guias autorizadas pelo callcenter e guias autorizadas na unidade da Barão)

Obs: Guias do pleno devem ser registradas da forma detalhada em 2.2

1. Após login no sistema, selecionar o prestador se necessário e identificar o beneficiário.

2. Busca e registro da guia (duas formas)

2.1 - Busca e registro pelo checkin

2.1.1 - Ir no checkin e listar as guias do beneficiário

- Após ir em checkin, clicar no ícone com duas setas verdes para que sejam listadas as guias do beneficiário.



**Identificação do Prestador**  
Nome: SAO MARCOS HOSPITALAR LTDA CRM: 43020046

**Identificação do beneficiário - Checkin**  
Carteira: 01083500005004974 Nome: IDA DONIZETE DA CUNHA  
Nascimento: 10/11/1965 Sexo: Feminino  
Plano: PLANO PLENO EMPRESARIAL - PLANO PLENO AP Validade: 03/09/2028

**Guias Digitadas/Pendentes**

Data Solicitação	Guia Operadora	Solicitante	Tipo	Situação	Ações
28/05/2019	201900336405	UNIMED DIAGNOSTICOS I	SADT	Autorizada	[Executar] [Imprimir]
29/05/2019	201900338136	UNIMED DIAGNOSTICOS I	SADT	Autorizada	[Executar] [Imprimir]

2.1.2- Verificar se o número da guia é a que deseja executar depois clicar em “Executar”.

SOLICITAÇÃO SP/SADT

1 - Registro ANS: 337668 3 - Num. Guia Principal: 201900336405 4 - Data da Autorização: 10/07/2019  
5 - Senha: 201900336405 6 - Data da Validade da Senha: 10/07/2019 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 201900336405

**INFORMACOES DA SOLICITACAO**  
**DADOS DA EXECUÇÃO**

OPM	Seq	36-Data	37-Hr Inc.	38-Hr Final	39-Tab.	40-Cód.Proc.	41-Descrição	42-Qtd Sol.	Qtd	43-Via	44-Tec.	45-Fator Red/Acr
<input type="checkbox"/>	1	10/07/2019	10:47	10:47	22	40901300	TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	1	1			0 - Nao Informado

**IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EXECUTANTES**  
ADICIONAR PROFISSIONAL EXECUTANTE

Sequencia: 1 Adicionar

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof.	53 - Nr. Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	Especialidade
1	0 - Ciruj	010843020046					251510 I	900 - f

**PROCEDIMENTOS EM SÉRIE REALIZADOS**

OPM	Data	Hora inicial	Horas final	Tabela	Procedimento	Descricao
-----	------	--------------	-------------	--------	--------------	-----------

**Executar** **Voltar**

- Verificar se os campos acima estão preenchidos corretamente, depois ir em “Executar”.



**Comprovante de Atendimento**

Imprimir Imprimir TISS

PRESTADORES

Clínica: 10813123 - HOSPITAL UNIMED  
Prestador Principal: 43020046 - SAO MARCOS HOSPITALAR LTDA  
Especialidade: 800 - CENTRO DIAGNOSTICOS  
Prestador Solicitante: 010821000052 - UNIMED DIAGNOSTICOS I

**Mensagem do Sistema**

✓ Registro de SP/SADT '201900336405 / Documento: 1227656' realizado com sucesso.

OK

Data Realização	Quantidade	Código Serviço	Descrição Serviço	Prestador Executor
10/07/2019	1	40901300	TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	010843020046 - SAO M HOSPITALAR LTD
<b>Total</b>				

- Confirmação do registro.

## 2.2 - Registro pelo menu “Registro exames”

**TOTVS Saúde - Autorizador Web**

- Serviços
  - Checkin
  - Consulta
  - Solicita Exames
  - Registro Exames**
  - Cancela Atendimento
  - Reimpressão de Documentos
  - Cadastro de Secretaria
- Consulta
  - Mensagens
  - Histórico de Atendimentos
- Relatórios
  - Produção Médica
  - Consulta de Títulos
- Demonstrativo
  - Demonstrativo INSS

**Identificação do Prestador**

Nome: TESTE TI PF COOPERADO

**Identificação do beneficiário - Checkin**

Carteira:

Nascimento:

Plano: -

**Guias Digitadas/Pendentes**

- Acessar o menu “Registro Exames”.



## 2.2.1 - Buscar a guia

**Registro de Exame** 2 - Num. Guia

SOLICITAÇÃO SP/SADT

1 - Registro ANS: 337668  
3 - Num. Guia Principal:   
4 - Data da Autorização:   Autorização da Empresa

5 - Senha:    
6 - Data da Validade da Senha:   
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira: 01080601260005946  
9 - Val. da Carteira: 31/10/2022  
10 - Nome: IDA DONIZETE DA CUNHA

11 - Nr. Cartão Nacional Saúde: 704503330167710  
12 - Atendimento a RN:

**Pesquisa de**

Beneficiário: IDA DONIZETE DA CUNHA  
Data Inicial: 14/09/2018  
Data final: 14/09/2018  
Considera prestador:   
Autorizadas:  Pendentes:  Processadas pelo Contas:   
Prestador:

Guia Operadora	Prestador	Nome Prestador	Dt Autor	Sit Guia
201800945240	010820000000	PRESTADOR GENERICO PLENO	14/09/2018	Autorizada

- No campo senha buscar ou digitar o numero da guias e selecionar a guia de atendimento.

## 2.2.2 - Preencher os dados do solicitante

SOLICITAÇÃO SP/SADT

1 - Registro ANS: 337668  
3 - Num. Guia Principal:   
4 - Data da Autorização:   Autorização da Empresa

5 - Senha: 201800945240  
6 - Data da Validade da Senha:   
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira: 01080601260005946  
9 - Val. da Carteira: 31/10/2022  
10 - Nome: IDA DONIZETE DA CUNHA

11 - Nr. Cartão Nacional Saúde: 704503330167710  
12 - Atendimento a RN:

DADOS DO SOLICITANTE

13 - Cod. Operadora/CNPJ/CPF: 010800004206  
14 - Nome do Contratado: ZULMA OLMEDO MENDEZ

15 - Nome do Profissional Solicitante:   
16 - Cons. Prof.:  Especialidade:

17 - Nr. Conselho:   
18 - UF:   
19 - Código CBO:

DADOS DO SOLICITANTE

13 - Cod. Operadora/CNPJ/CPF: 010800004206  
14 - Nome do Contratado: ZULMA OLMEDO MENDEZ

15 - Nome do Profissional Solicitante: ZULMA OLMEDO MENDEZ  
16 - Cons. Prof.: CRM Especialidade: 092 - MEDICOS SOLICITANT

17 - Nr. Conselho: 4206  
18 - UF: SE  
19 - Código CBO: 225125 Médico clínico

- Apenas selecionar o campo onde consta o código 01080000xxxx (sendo o crm do médico), depois clicar fora do campo ou apertar a tecla "TAB", para que as outras informações sejam preenchidas.

Atualizado em 10/07/2019  
Responsável: Anthony



## 2.2.3 - Preencher as outras informações da guia caso estejam em branco

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

21 - Caráter do Atendimento: **E - Eletivo** | 22 - Data da Solicitação: 14/09/2018 10:18 | 23 - Indicação Clínica: [ ]

**DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE**

29 - Cod. Operadora/CNPJ/CPF: 0 - Cód. na Op. | 010800000653 | 30 - Nome do Contratado: MENILSON MENEZES | 31 - Código do CNES: [ ]

**DADOS DO ATENDIMENTO**

32 - Tipo de Atendimento: **4 - CONSULTA** | 33 - Indicação de Acidente: 9 - Não Acidentes | 34 - Tipo de Consulta: **4 - Por encaminhamento** | 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento: [ ]

- Preencher os campos “21- Caráter de Atendimento”, “32 - Tipo de Atendimento” e “34 - Tipo de Consulta”.

## 2.2.4 - Realizar o registro

**DADOS DA EXECUÇÃO**

39-Tab. 22 - Procedimentos e evento | 40-Cód.Proc. [ ] | 41-Descrição [ ] | 42-Qtd. 1 | Adicionar +

Seq.	OPM	36-Data	37-Hr Inic.	38-Hr Final	39-Tab.	40-Cód.Proc.	41-Descrição	42-Qtd.	43-Via	44-Tec.	45-Fator Red/Acr	46-VI Un.	47-VI Total
1	<input type="checkbox"/>	14/09/2018	09:44	09:44	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECID	1			0 - Nao		

**IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EXECUTANTES**

ADICIONAR PROFISSIONAL EXECUTANTE

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof.	53 - Nr. Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	Especialidade
1	0 - Cirurgii	010800000653	MENILSON MENEZES	CRM	653	SE	225250 Medico	003 - G

**OBSERVAÇÕES**

58 - Observação / Justificativa [ ]

**Executar** Simular Voltar

- Com todas as informações preenchidas e checadas, clicar no botão “Executar”.



**Comprovante de Atendimento**

Imprimir | Imprimir TISS

Guia: 201800945240 - Documento: 14855 - 14/09/2018

PRESTADORES

Clinica: 21000057 - UNIDADE MATERNO INFANTIL  
Prestador Principal: 653 - MENILSON MENEZES  
Especialidade: 92 - MEDICOS SOLICITANTES NAO COOPERADOS  
Prestador Solicitante: 010800004206 - ZULMA OLMEDO MENDEZ

**Mensagem do Sistema**

✓ Registro de SP/SADT '201800945240 / Documento: 14855' realizado com sucesso.

OK

DA DONIZETE DA CUNHA  
IPRES PARTICIP  
E COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Data Realização	Quantidade	Código serviço	Descrição serviço	Prestador Executante	Participação
14/09/2018	1	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECID	010800000653 - MENILSON MENEZES	0,00
<b>Total</b>					<b>R\$ 0,00</b>

- Confirmação de registro

Em caso de dúvida, favor entrar em contato.

**DÚVIDAS:**

**CONTATO:**

E-MAIL: [gat@unimedse.com.br](mailto:gat@unimedse.com.br) (Colocar no assunto: NOVO AUTORIZADOR - Registro de consulta)