



## COMO FAZER A SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS NA URGÊNCIA

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

**TOTS 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

**Identificação do Prestador**

Nome: **TESTE TI PF COOPERADO** CRM: 10877777

**Identificação do beneficiário - Checkin**

Carteira: **01083500005004974** Nome: IDA DONIZETE DA CUNHA

Nascimento: 10/11/1965 Sexo: Feminino

Plano: PLANO PLENO EMPRESARIAL - PLANO PLENO AF Validade: 03/09/2028

**Guias Digitadas/Pendentes**

Não existem guias Digitadas/Pendentes para o beneficiário selecionado ou você não utilizou a ação 'Listar Guias'.

2. Acessar o menu “Registro exames”

**TOTS 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

**Identificação do Prestador**

Nome: TESTE TI PF COOPERADO CRM: 10877777

**Identificação do beneficiário - Checkin**

Carteira: 01083500005004974 Nome: IDA DONIZETE DA CUNHA

Nascimento: 10/11/1965 Sexo: Feminino

Plano: PLANO PLENO EMPRESARIAL - PLANO PLENO AF Validade: 03/09/2028

**Guias Digitadas/Pendentes**

Não existem guias Digitadas/Pendentes para o beneficiário selecionado ou você não utilizou a ação 'Listar Guias'.

3. Preencher os dados da solicitação

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

**SOLICITAÇÃO SPISADT**

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

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

**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

8 - Número da Carteira: 01083500005004974 9 - Val. da Carteira: 03/09/2028 10 - Nome: IDA DONIZETE DA CUNHA 11 - Nr. Cartão Nacional Saúde: 704503330167710

**DADOS DO SOLICITANTE**

13 - Cod. Operadora/CNPJ/CPF: 010810877777 14 - Nome do Contratado: TESTE TI PF COOPERADO

15 - Nome do Profissional Solicitante: TESTE TI PF COOPERADO 16 - Cons. Prof.: CRM: 028 - CLINICA MEDICA

17 - Nr. Conselho: 10877777 18 - UF: SE 19 - Código CBO: 225125 Médico clínico

-Colocar o crm do medico solicitante no campo marcado, depois clicar fora do campo ou apertar “Tab” no teclado para carregar as informações do mesmo.

Criado em 12/07/2019  
Responsável: Anthony



**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

21 - Caráter do Atendimento: E - Eletivo  
22 - Data da Solicitação: 11/07/2019 13:27  
23 - Indicação Clínica: Paciente em terapia

**PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS SOLICITADOS**

24 - Tabela: 22 - Procedimentos e evento  
25 - Cod. Proced.: 50001060  
26 - Descrição: ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIA  
27 - Qt. Solic.: 1  
28 - Qt. Aut.: 0

OPM	Seq.	24 - Tabela	25 - Cod. Proced.	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Aut.	Fabricante da OPM	Valor da OPM	Última Realização
<input type="checkbox"/>	1	22	50001060	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIA	10	0			

**DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE**

29 - Cod. Operadora/CNPJ/CPF: 0 - Cód. na Op.: 010820080160  
30 - Nome do Contratado: FISIOLAN - CLINICA DE FISIOTERAPIA  
31 - Código do CNES: 3159175

**DADOS DO ATENDIMENTO**

32 - Tipo de Atendimento: 3 - OUTRAS TERAPIAS  
33 - Indicação de Acidente: 9 - Não Acidentes  
34 - Tipo de Consulta:

- Sempre preencher o campo “23 - indicação clínica” com as informações do paciente, principalmente o CID.

-Nos campos 24, 25 e 27, o melhor é pedir todas as sessões que o paciente irá fazer no mês e depois registrar no dia que ele realizar (conforme próximo passo do processo).

**DADOS DO ATENDIMENTO**

32 - Tipo de Atendimento: 3 - OUTRAS TERAPIAS  
33 - Indicação de Acidente: 9 - Não Acidentes  
34 - Tipo de Consulta:

**OBSERVAÇÕES**

58 - Observação / Justificativa  
Observação para o Auditor

**Autorizar** Rascunho Voltar

- Depois clicar em autorizar

**Mensagem do Sistema**

✓ A Guia '201900436046' encontra-se 'Autorizada'

✓ Número do Protocolo: 33766820190712000305

OK

- Verificar o número da guia gerada



## 4. Executar as guia nos dias que o paciente realizar

**Serviços**

- Checkin
- Consulta
- Solicita Exames
- Registro Exames
- Agenda Médica
- Cancela Atendimento
- Guia de Outras Despesas
- Honorário Médico
- Reimpressão de Documentos
- Justificativa de Reconsulta
- Mensageria
- Manutenção AIH
- Cadastro de Secretária

**Consulta**

- Mensagens
- Histórico de Atendimentos
- Dados Beneficiário

**Identificação do Prestador**

Nome: FISIOPLAN - CLINICA DE FISIOTERAPIA LTD CRM: 20080160

**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
22/11/2018	201901228950	ROBERTO MAURICIO FERREIRA RIBEIRO	SADT	Autorizada	[Observações] [Executar] [Imprimir]
06/06/2019	201900359856	MICHAEL SILVEIRA SANTIAGO	SADT	Autorizada	[Observações] [Executar] [Imprimir]
02/07/2019	201900412514	ROBERTO MAURICIO FERREIRA RIBEIRO	SADT	Autorizada	[Observações] [Executar] [Imprimir]
12/07/2019	201900436046	TESTE TI FP COOPERADO	SADT	Autorizada	[Observações] [Executar] [Imprimir]

- Quando o paciente realizar o procedimento, na tela de checkin selecionar o ícone com duas setas verdes para listar as guias do beneficiário, verificar o número e clicar em executar.

SOLICITAÇÃO SP/SADT

1 - Registro ANS: 337668      3 - Num. Guia Principal:      4 - Data da Autorização:      5 - Senha: 201900436097      6 - Data da Validade da Senha:      7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora:

**INFORMACOES DA SOLICITACAO**

**DADOS DA EXECUÇÃO**

OPM	Seq	36-Data	37-Hr Inic.	38-Hr Final	39-Tab.	40-Cód.Proc.	41-Descrição	42-Qtd Sol.	Qtd	43-Via	44-Tec.	45-Fator Red/Acr	46-Vi Un.	47-VI Total
	1	12/07/2019	09:36	09:36	22	50001060	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DE	10	2			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 - Cirui	010820080160					2251251	120 - ( )

**PROCEDIMENTOS EM SÉRIE REALIZADOS**

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

Executar      Voltar

- Sempre verificar se o campo "Qtd" está de acordo com a quantidade que o paciente vai realizar no dia

- Caso seja um registro de um atendimento antigo pode ser alterada a data no campo "36 - Data" (mas para o pagamento ainda vai entrar no período atual)

- Verificar também se a especialidade está correta



**Comprovante de Atendimento**

Imprimir    Imprimir TISS

Guia: 201900436097 - Documento: 1236973 - 12/07/2019

PRESTADORES

Clinica: 10821280 - CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME  
Prestador Principal: 20080160 - FISIOPLAN - CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME  
Especialidade: 41 - CIRURGIA VASCULAR  
Prestador Solicitante: 010800001099 - ROBERTO MAURICIO FERREIRA RIBEIRO

Mensagem do Sistema

✓ Registro de SP/SADT '201900436097 / Documento: 1236973' realizado com sucesso.

OK

DA DONIZETE DA CUNHA  
RTAMENTO  
PRESARIAL  
E COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Data Realização	Quantidade	Código Serviço	Descrição Serviço	Prestador Executante	Participação
12/07/2019	2	50001060	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DE	010820080160 - FISIOPLAN - CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME	0,00
<b>Total</b>					<b>R\$ 0,00</b>

- Confirmação do registro

- Quando o paciente continuar o tratamento realizar o mesmo processo do Passo 4, até executar a quantidade de procedimentos da guia e no outro mês realizar o processo de solicitação do Passo 3 novamente.

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)

Criado em 12/07/2019  
Responsável: Anthony