# ConnectMed

# MANUAL DE UTILIZAÇÃO DO SISTEMA





# Sumário

1 – Pagina inicial	
2 – Validação de Beneficiário (Elegibilidade)	5
3 – Planos atendidos	6
4 – Autorizações	7
5 – Faturamento Digitação	25
5.1 – Digitação de Guias	25
5.2 – Gerenciar - Enviar	27
5.3 – Digitação - Consultar (Imprimir Protocolo)	
6 – Faturamento Transmissão de XML	
6.1 – Faturamento - Transferência - Consultar	
7 – Extratos – Visualização e Recurso de Glosa	
8 – Extratos – Demonstrativo TISS	
9 – Pré-Faturamento	
10 – Recurso de Glosa - Acompanhamento	42
11 – Administração	
11.1 – Administração - Usuário - Cadastrar	44
11.2 – Administração - Usuário - Gerenciar	45
12 – Atualização cadastral - Endereço	45
12.1 – Atualização cadastral - Dados bancários	47
12.2 – Atualização cadastral - Cadastro.	47
12.3 – Atualização cadastral - Atualização de senha	
13 – Suporte ao Prestador	



# 1 – Pagina inicial

Acesse o site: https://wwwt.connectmed.com.br

Insira seu Login e senha cadastrado.



Caso não lembre a senha, clique no link Esqueci minha Senha.

Informe o seu login e clique em Enviar.

Se o e-mail associado ao seu login estiver correto, clique em SIM. Você receberá neste e-mail um link para alterar a sua senha.

Prestador	Operadora	Prestador		Prestador	
Usuário: Senha:	ci minha senha	Esqueceu sua sen Entre com seu logi senha. Login	ha? in para reinicializar a	Confirma o envio d Email: teste@teste.com	lo Email?
Entrar		Enviar	Limpar	SIM Usuário e E-	NÃO mail Válidos!

Clique em NÃO, caso não tenha acesso ao e-mail associado a este login.

Então preencha os dados de cadastro corretamente e clique em Enviar.

Os dados estando corretos será enviado para o novo e-mail informado, um link para alterar a sua senha.

Prestador		Prestador
Confirma o envio d Email: secretariautip@mater	o Email? rdei.com.br	Atualize seu cadastro Atualizar E-mail! Nome: CPF/CNPJ: E-mail:
SIM	NÃO	Contrato:
Usuário e E-I	nail Válidos!	Tel: Enviar



Após o login selecione a operadora para qual deseja navegar.

Solution         Salution           1122334455         1122334455         1122           1122334455         1122         1122	de
1122334455 1122334455 1122	
cão fr	34455
VALE 5 HORMERO	
1122334455 1122334455 1122	34455
	ma

Após escolher a operadora, a tela inicial apresenta um resumo de informações. Você poderá trocar a operadora sempre que desejar, acessando o ícone no canto superior direito e clicando em **Trocar Operadora**.

Mensagens		🛔 teste_sel	Manual TISS   Manuais   Sair
connec	t·med		gama Trocar Operadore
Beneficiário Autorização	o Faturamento Extrato Pro	é-faturamento Recurso de Glosa	Ajoda
Inicio			
Último acesso: 10/1 Consulta de carteirint	0/2016 12:38:01	Extrato	- Ültimas publicações nte Prazo para recurso
Autorizador			
Total:	0		
Recurso			
Total:	0		



# 2 – Validação de Beneficiário (Elegibilidade)

Para consultar a elegibilidade do beneficiário, acesse o menu: **Beneficiário – Validação**. Digite o número da carteirinha e clique em **consultar**:

Após a consulta, poderão aparecer os seguintes resultados:

- Habilitado: o beneficiário está apto para ser atendido;
- Prestador não apto para o plano: plano não contratado;
- Carteirinha inválida: verifique a numeração da carteirinha, pois está incorreta;
- Não Habilitado: o beneficiário não está apto para ser atendido.

Caso a mensagem não seja "habilitado" contate a operadora para maiores informações.

Caso a mensagem seja "habilitado", aparecem os dados do beneficiário e é aberto o menu de Formulários. Através deste item, é possível transportar as informações diretamente para um formulário de autorização para atendimento:

io > Beneficiário	> Validação		
Validação do	o Paciente		
Carte	zirinha:	Data do procedimento: 24/01/2017	Consultar
Resultado		HABILITADO	
Cor		Dretegeler	
Corte	ivenio:	Protocolo:	
Nascir	mento:	Plano:	
Solicitação de Formulario:	Autorização Selecione um formulário SP/SADT - (Serviço Profissional/Si Atendimento de Urgência	erviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia)	Imprimir



# 3 – Planos atendidos

Este acesso está liberado apenas para operadora Gama Saúde. O objetivo deste acesso é demonstrar os planos adquiridos em contrato e os modelos de carteirinhas praticados pela Gama Saúde. Para consultar essas informações acesse o menu **beneficiários – planos atendidos**, digite nome do plano ou clique em **filtrar**, para visualizar a lista de planos atendidos.

Beneficiário	Autorização	Faturamento	Extrato	Pré-faturamento	Recurso de Glosa	Ajuda
Validação	Plar	nos atendidos				
Planos Atendio	dos					
Planos	atendidos					
Opção (	de filtro por j	plano				
	Pla	ano:			Filtrar	



# 4 – Autorizações

Para solicitar uma nova autorização, acesse o menu: **Autorização – Solicitar**. Será exibida a página abaixo, com as opções de formulários:

Autorização	
Solicitar	
Últimas Solicitações	
Status Autorização	
<ul> <li>SOlicitação de autorização</li> <li>SP/SADT - (Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia)</li> <li>Solicitação de Internação</li> <li>Solicitação de Prorrogação de Internações ou Complementação de Tratamento</li> <li>Anexo de Solicitação de Quimioterapia</li> <li>Anexo de Solicitação de Radioterapia</li> <li>Anexo de Solicitações de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME</li> <li>Demais Solicitações</li> <li>Atendimento de Urgência</li> </ul>	

Escolha o tipo de formulário para solicitar a sua autorização:

#### • SP/SADT – (Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia);

• Solicitação de Internação;

#### • Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação de Tratamento;

**Observação:** guia utilizada para solicitar senha de autorização para prorrogação de diárias e inclusões de procedimentos em paciente internado.

#### • Serviço Especial em Internação (SADT);

**Observação:** Guia utilizada para solicitar senha de autorização quando necessária a realização de exames ou procedimentos por outros prestadores (serviços de terceiros realizados dentro ou fora da instituição onde o beneficiário encontra-se internado).

- Anexo de Quimioterapia;
- Anexo de Radioterapia;
- Anexo de Solicitações de Órteses, Próteses e Materiais Especiais OPME;
- Atendimento de Urgência;



# Informações gerais sobre solicitação.

- Todos os campos de preenchimento obrigatórios estão sinalizados com (\*).

- Caso já possua o **Numero de guia do prestador** clique e **Sim**, caso não possua clique em **Não**, o número da Guia do Prestador será gerado pelo sistema e apresentado ao final da solicitação.

- Origem solicitação: caso o prestador que solicitante seja o mesmo que irá realizar o procedimento selecione, Prestador Executor.

Origem solicitação: caso o médico solicitante não seja o mesmo que irá executar o procedimento selecione a opção Médico solicitante, o campo \*CNPJ/CPF localizado no final da página será habilitado para edição, insira o CPF ou CNPJ do prestador que irá realizar o procedimento. Caso não localize o prestador executor, clique em
 Procurar
 e será exibido uma tela para busca do mesmo através do nome do prestador, cidade e UF.

# Exemplo: preenchimento de solicitação - SADT.

Os formulários de solicitação deverão ser preenchidos em duas níveis:

1º nível – Dados do beneficiário e prestador:

Preencha todos os campos obrigatórios, eles estão sinalizados com (\*). Depois clique em Continuar.

	Registro ANS: Data Solicitação: <b>D Número da Guia do</b>	407011 26/01/2017 Prestador será gerado	pelo sistema e aprese	ntado ao final da solicitação.
	*Origem Solicitação:	Prestador Executor	Médico Solicitante	
Paciente está no local?	€Sim	○Não		
ados do Paciente	e ( Usuário ou Be	neficiário )		
Número da 26699000 Carteira:	0		Data de nascimento:	10/06/1946
Nome: PAULO RO	GERIO		Idade:	70
Plano: EMPRESA	RIAL/COMPLETO		Sexo:	MASCULINO
ados do Solicita	nte			
*UF: SF	•		Nome do solicitante:	THOMAZ
*Conselho: CF	RM 🔻		*Número registro:	1234
)ados do Prestad	or Executor (Cred	enciado/Referen	ciado)	
*CNPJ/CPF: 16	676520000000	Procurar No	ome: HOSPITAL	



Após clicar em Continuar, o sistema exibirá uma tela para digitação dos dados para retorno de contato.

Informe o telefone e e-mail e clique em Enviar.

**Observação:** a autorização será enviada para o e-mail informado.

Telefone:	
'e-mail:	
* Campos Obrigatórios	O informe de Liberação será encaminhado para o email indicado
	Enviar

Após clicar em Enviar, será exibida a tela para preenchimento dos dados referentes à procedimentos, indicação clínica, observação e anexos (documentos e imagens).

Mais uma vez, preencha todos os campos obrigatórios, eles estão sinalizados com (\*).

E depois clique em Continuar.



2º nível – Dados de procedimentos e anexos:

cedimentos	
Adicionar Remover	
*Código: *Otd.: Descrição:	
31003079 1 APENDICECTOMIA	Procurar
Documentos de envio obrigatório para análise da soli	citação do procedimento*
Descrição	Procedimentos
LAUDO DE EXAMES LABORATORIAIS	31003079
LAUDO DE EXAME DE IMAGEM	31003079
	31003079
	31003079
COTACAO DE MATERIAL DE OPME	31003079
<pre>sureza da Internação / Indicação clínica / Observações *Caráter do Atendimento: 1 - Eletiva  *Indicação clínica: Informe a indicação clinica aqui.</pre>	
<pre>sureza da Internação / Indicação clínica / Observações *Caráter do Atendimento: 1 - Eletiva *Indicação clínica: Informe a indicação clinica aqui. Observações:</pre>	
<pre>*Indicação de acidente: 9 - Não Acidentes</pre>	X



#### **Observação - Procedimentos:**

Ao inserir o código do procedimento da tabela contratada o sistema poderá solicitar o envio obrigatório de documentos para análise da solicitação, como na imagem abaixo.

O botão Adicionar cria mais linhas para inserção de procedimentos na solicitação.

O botão Remover exclui as linhas de procedimentos selecionadas.

O botão **Procurar** abre a janela para busca de procedimentos.

Código: *Qtd.: Descrição:     3071518( HÉRNIA DE DISCO TÓR	ACO-LOMBAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO Procurar
Descrição	Procedimentos
LAUDO DE EXAMES LABORATORIAIS	30715180
LAUDO DE EXAME DE IMAGEM	30715180
LAUDO DE EXAME ANATOMO-PATOLOGICO	30715180
SOLICITAÇÃO/PEDIDO MÉDICO	30715180
SOLICITAÇÃO/PEDIDO MÉDICO RELATÓRIO MÉDICO	30715180 30715180

#### **Observação - Anexos:**

O botão Adicionar cria mais linhas para inserção de anexos na solicitação.

O botão Remover exclui os anexos selecionados.

Clique em Escolher Arquivo para selecionar o documento que deseja anexar.

É necessário também selecionar uma Categoria e escrever uma Descrição para o documento anexado.

#### Ao final clique em **Continuar** para enviar a solicitação.

Adicionar Remover	
Categoria: Descrição: ATESTADOS T	Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado
tó pode(m) ser(em) apexado(s) arquivo(s) em extensão IPG IPEG BM	
Só pode(m) ser(em) anexado(s) arquivo(s) em extensão JPG, JPEG, BM	IP e PDF



# Informações sobre Solicitações de Anexos

#### Anexo de Quimioterapia.

O Anexo de Quimioterapia deve ser utilizado nas solicitações de autorização para tratamentos quimioterápicos.

O anexo será sempre uma guia secundária e deve ser vinculada à guia principal de Solicitação de Internação ou SP/SADT, através do campo "Número da Guia Referenciada". O número da guia referenciada é o número da Guia do Prestador informado no evento principal.

Inicio > Autorização > Solicitar autorização	
Anexo de Solicitação de Quimioterapia	
Dados da Solicitação	
1 - Registro ANS: 407011	
*Você possui o Número da Guia do Prestador?: OSim ONão	
*3 - Número da Guia Referenciada:	
4 - Senha:	

Todos os campos **obrigatórios** estão sinalizados com \*.

#### **IMPORTANTE:**

A guia principal (SP/SADT ou Solicitação de Internação) deve ser solicitada sempre antes do anexo de quimioterapia.

Após o envio da guia SP/SADT ou Solicitação de Internação, o ANEXO DE QUIMIOTERAPIA poderá ser preenchido com os medicamentos a serem utilizados no tratamento, bem como as demais informações de preenchimento obrigatório.

Lista de campos e forma de preenchimento:

Termo	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.



Termo	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso do beneficiário	Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento do tumor	Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.



Termo	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da finalidade do tratamento	Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Tumor	Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Plano terapêutico	Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para o início da administração do medicamento	Data prevista para o início da administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem do medicamento	Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	Obrigatório.
Cirurgia	Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.



Termo	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da aplicação da última radioterapia	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	Número de ciclos previstos no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Número de dias do ciclo atual	Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Data da solicitação	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

# Anexo de Radioterapia

O Anexo de Radioterapia deve ser utilizado nas solicitações de autorização para tratamentos Radioterápicos.

O anexo será sempre uma guia secundária e deve ser vinculada à guia principal de Solicitação de Internação ou SP/SADT, através do campo "Número da Guia Referenciada". O número da guia referenciada é o número da Guia do Prestador informado no evento principal.

Inicio > Autorização > Solicitar autorização	
Anexo de Solicitação de Radioterapia	
Dados da Solicitação	
1 - Registro ANS: 407011	
*Você possui o Número da Guia do Prestador?: OSim ONão	
*3 - Número da Guia Referenciada:	
4 - Senha:	

Todos os campos obrigatórios estão sinalizados com (\*).

A exemplo das demais guias, caso o prestador possua o número da "Guia do Prestador", deverá selecionar "Sim", que habilitará campo para digitação do número da guia. Caso contrário deverá selecionar "Não", e o sistema exibirá mensagem informando que o número da guia será fornecido ao final do atendimento.



Após o envio da guia SP/SADT ou Solicitação de Internação, o ANEXO DE RADIOTERAPIA poderá ser preenchido com os procedimentos que serão realizados, conforme tabela de conforme tabela de procedimento contratada, bem como as demais informações de preenchimento obrigatório.

#### Observação:

Em caso de solicitações de SP/SADT ou Internação e ANEXO DE RADIOTERAPIA, os procedimentos solicitados na guia principal serão os mesmos solicitados no anexo de radioterapia.

Lista de campos e forma de preenchimento:

Termo	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
		Obrigatório.
Número do anexo no prestador	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Idade do beneficiário	Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.



Termo	Descrição	Condição de Preenchimento
Data do diagnóstico	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.



Termo	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da aplicação da última quimioterapia	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.

#### Anexo de OPME

O anexo de OPME deverá ser utilizado sempre que existir necessidade de utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais nos eventos cirúrgicos, conforme regra da operadora descrita no Manual do Credenciado.

O anexo será sempre uma guia secundária e deve ser vinculada à guia principal de Solicitação de Internação ou SP/SADT, através do campo "Número da Guia Referenciada". O número da guia referenciada é o número da Guia do Prestador informado no evento principal.

Inicio > Autorização > Solicitar autorização	
Anexo de Solicitações de Órteses	, Próteses e Materiais Especiais - OPME
Dados da Solicitação	
1 - Registro ANS:	407011
*Você possui o Número da Guia do Prestador?:	Sim Não
*3 - Número da Guia Referenciada:	←
4 - Senha:	

Todos os campos obrigatórios estão sinalizados com (\*).



Os materiais solicitados no anexo devem estar codificados conforme a TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), tabela de domínio número 19 - Terminologia de Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). O código do material deve ser inserido no campo 14. A tabela com todos os materiais está disponível no site da ANS (Agência Nacional de Saúde).

Adicio	nar Remover			
*14-Código	: *15-Descrição:	*16-Opção:		
		Selecione	•	

Via de regra o credenciado deve encaminhar sempre três cotações dos materiais solicitados, sendo três fabricantes diferentes. Cada código da tabela refere-se a um material específico de um fabricante.

No **campo nº 16** – Opção, deve ser inserida a opção de fabricante desejada pelo credenciado, sendo 1 a mais relevante e 3 a menos relevante.

No campo 17 – Quantidade Solicitada, deve ser inserida a quantidade do material solicitado.

No campo 18 – Valor Solicitado, deve ser inserido o valor do material solicitado.

Para inclusão de novos registros basta acionar o botão "Adicionar" e para excluir uma linha, o botão "Remover".

No **campo 24**, que é opcional, o credenciado poderá descrever as especificações do material, se for necessário. Caso existam materiais sem codificação TUSS, esses deverão ser descritos nesse campo, contendo inclusive o código ANVISA e o código de referência do material no fabricante.

O **campo 25** serve para colocar qualquer informação adicional acerca da solicitação dos materiais. Este campo também é de preenchimento opcional.

#### **IMPORTANTE:**

Em casos de negociações específicas com a operadora para pacotes de materiais, as autorizações dos pacotes não devem ser realizadas na guia ANEXO de OPME, mas sim na própria guia de SP/SADT ou Solicitação de Internação.

Caso o prestador não encontre o material desejado na TUSS – Tabela de domínio 19, mas o material possua código ANVISA e código de referência no fabricante, este deverá realizar a solicitação informando esses códigos no campo de observações. A falta de solicitação do anexo de OPME impedirá a análise dos materiais

Para buscar o material pelo registro ANVISA clique em **Procurar** na seção de "**OPME Solicitadas"** preencha os campos com as informações correspondentes, e clique em **Procurar**.

Código Descrição Registro Anvisa
Descrição Registro Anvisa
Registro Anvisa
<b>D</b>
Procurar



Lista de campos e forma de preenchimento:

Termo	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
		Obrigatório.
Número da guia no prestador	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome	Nome do beneficiário	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
Telefone	Número de telefone do profissional que está solicitando o material.	Obrigatório.
E-mail	Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o material.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Justificativa técnica	Relatório profissional embasando a solicitação	Obrigatório.
Tabela	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do material	Código do material solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Descrição	Descrição do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Opção fabr	Indica a ordem de preferência do profissional solicitante em relação ao fabricante do material solicitado	Obrigatório.
Qtde solic	Quantidade do material solicitado pelo prestador	Obrigatório.



Termo	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor Unitário Solicitado	Valor indicado pelo prestador para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido caso o material seja fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
Quantidade autorizada	Quantidade do material autorizada pela operadora.	Obrigatório.
Valor unitário autorizado	Valor autorizado pela operadora para o material solicitado	Condicionado. Deve ser preenchido ao término da análise da solicitação nos casos em que o material será fornecido pelo prestador solicitante, conforme negociação entre as partes.
Registro ANVISA do material	Número de registro do material na ANVISA	Condicionado. Deve ser preenchido quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Referência do material no fabricante	Código de referência do material no fabricante	Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de órteses, próteses e materiais especiais, quando for utilizado código de material ainda não cadastrado na TUSS.
Nº autorização de funcionamento	Número da autorização de funcionamento da empresa da qual o material está sendo comprado.	Condicionado. Deve ser preenchido nos casos em que o prestador solicitante vai adquirir o material.
Especificação do material	Especificação ou esclarecimento adicional do profissional acerca do material solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o prestador solicitante tenha alguma informação adicional acerca do material solicitado.
Observação/Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.



#### Autorização- Últimas Solicitações:

Para consultar uma solicitação de autorização, acesse o menu: Autorização – Ultimas Solicitações. Será exibida a listagem com as ultimas solicitações e seus respectivos Status.

Para pesquisar através das informações do filtro de busca, preencha o campo com a informação correspondente (Data início, Data Fim, Tipo Solicitação, Numero da Carteira, Nome e Status) e clique em buscar.

Para obter detalhar sobre a solicitação clique no ícone Lupa 🥄.

torização licitar									
imas Solicitações									
atus Autorização									
Últimas Soli	icitações								
Data Inicio:	21/12/2016	) Data F 20/01/2	im: 2017		Tip	o Solicitação: Selecio	one	۲	
Número Carteira:				Nom	ne:				
Status:	Selecione		¥					Buscar	
Status: Documentos P Dt. Solicitação	Selecione endentes Senha	Тіро	v Cód. Car	teirinha	Non	ne Beneficiá <i>r</i> io	s	Buscar	Ações
Status: Documentos P Dt. Solicitação 11/01/2017	Selecione endentes Senha Teste	<b>Tipo</b> SERVIÇO ESPECIAL	v Cód. Car 000000	teirinha 00000	Non	ne Beneficiário Teste	Si Si Aguardand do j	Buscar tatus lo documentação prestador	Ações Q
Status: Documentos P Dt. Solicitação 11/01/2017 Ultimas Solicitação 22/12/2016	Selecione endentes Senha Teste ações Senha Teste	Tipo SERVIÇO ESPECIAL Tipo SERVIÇO ESP	Cód. Car 00000	teirinha 000000 Cód. Cart 000000	Non teirinha 00000	ne Beneficiário Teste Nome Benef Teste	SI Suardand do j ficiário	Buscar tatus to documentação prestador Status Liberado	Ações Ações
Status: Documentos P Dt. Solicitação 11/01/2017 Ultimas Solicita Dt. Solicitação 22/12/2016 22/12/2016	Selecione Senha Teste Cores Senha Teste Teste Teste	Tipo SERVIÇO ESPECIAL SERVIÇO ESP SERVIÇO ESP	Cód. Car 00000	teirinha 00000 Cód. Cart 000000	Non teirinha 00000	ne Beneficiário Teste Nome Benefi Teste Teste	Si Si Aguardand do ficiário	Buscar Buscar tatus to documentação prestador Status Liberado Liberado	Ações
Status: Documentos P Dt. Solicitação 11/01/2017 Ultimas Solicita 22/12/2016 22/12/2016 22/12/2016	Selecione  Senha Teste  Control  Senha Teste Teste Teste Teste Teste Teste Teste Teste	Tipo SERVIÇO ESPECIAL SERVIÇO ESP SERVIÇO ESP SERVIÇO ESP	Cód. Car 000000 PECIAL PECIAL PECIAL	teirinha 000000 Cód. Car 000000 000000 000000	Non teirinha 10000 10000	ne Beneficiário Teste Nome Benef Teste Teste Teste	Si C Aguardand do j ficiário	Buscar Buscar Status Io documentação prestador Liberado Liberado Liberado	Αções

Ao clicar no ícone **Lupa**, será exibido as informações da solicitação, para realizar a impressão das informações clique em Imprimir.



	Senha: Te	este		Data Autorização:	22/12/2016	
Data Valid	lade Senha: 21	1/01/2017		Status da Senha:	Autorizado	
Nùmero Guia	a Prestador: <b>()(</b>	00000000		Nùmero Guia Operadora:	000000000	
ados do Benefic	iário					
Número	da Carteira: 0(	00000000		Nome:	Teste	
Cartão Naciona	al de Saùde: 0	00000000				
ados do Prestad	lor					
and an encoded						
	CNPJ: 0	000000000		Nome do Contratado:	Teste	
CNES do	CNPJ: () Contratado: ()	000000000000000000000000000000000000000		Nome do Contratado:	Teste	
CNES do (	CNPJ: () Contratado: ()	000000000000000000000000000000000000000		Nome do Contratado:	Teste	
CNES do l	CNPJ: () Contratado: () mento	000000000000000000000000000000000000000		Nome do Contratado:	Teste	
CNES do l Dados do Procedi Cód. Proced.	CNP3: () Contratado: () mento Quantida:	de Descriç	āo	Nome do Contratado:	Teste	
CNES do l rados do Procedi Cód. Proced. 10101039	CNP3: () Contratado: () mento Quantidat	de Descriç EM PROI	ão (TO SOCORRO	Nome do Contratado:	Teste	
CNES do l ados do Procedi Cód. Proced. 10101039	CNPJ: () Contratado: () mento Quantida 1	de Descriç EM PROI	ão ITO SOCORRO	Nome do Contratado:	Teste	
CNES do 1 rados do Procedi Cód. Proced. 10101039	CNPJ: () Contratado: () mento Quantida 1	de Descriç EM PROI	តី០ ITO SOCORRO	Nome do Contratado:	Teste	
CNES do 1 ados do Procedi Cód. Proced. 10101039 bservação	CNPJ: () Contratado: () mento Quantida 1	de Descriç EM PROI	ão ITO SOCORRO	Nome do Contratado:	Teste	
CNES do 1 ados do Procedi Cód. Proced. 10101039 bservação	CNPJ: () Contratado: () mento Quantida 1	de Descriç EM PROI	ão ITO SOCORRO	Nome do Contratado:	Teste	
CNES do 1 ados do Procedi Cód. Proced. 10101039 bservação	CNPJ: () Contratado: () mento Quantida 1	de Descriç EM PROI	ão ITO SOCORRO	Nome do Contratado:	Teste	
CNES do 1 ados do Procedi Cód. Proced. 10101039 bservação	CNPJ: () Contratado: () mento Quantida 1	de Descriç EM PROI	ão Ito socorro	Nome do Contratado:	Teste	
CNES do 1 Pados do Procedi Cód. Proced. 10101039	CNPJ: () Contratado: () mento Quantida 1	de Descriç EM PROI	ão Ito socorro	Nome do Contratado:	Teste	

#### Autorização - Status de Autorização.

Para verificar o status de autorização acesse o menu: **Autorização-Status de Autorização**, será exibido dois campos para preenchimento **Numero de Guia do Prestador - Senha**, preencha os campos com as informações correspondentes e clique em **Consultar**.

Autorização			
Solicitar			
Últimas Solicitações			
Status Autorização			
Inicio > Autorização >	Status Autorização		
Status Autoriza	ação		
Número Guia F	Prestador:	Senha:	Consultar

Será exibido as informações detalhadas da autorização, como quantidade de **Diárias** e tipo de **Acomodação Autorizada**, para realizar a impressão das informações clique em Imprimir.



io > Autorização >	Status Autorização			
Status Autoriz	ação			
Número Gula I	Prestador:		Senha:	Consultar
Solicit	tação de Pro	rrogação de I	Internações ou Compleme	ntação de Tratamento
	Senha: Teste		Data Autorização:	03/01/2017
Data Validad	ie Senha: 02/02/	2017	Status da Senha:	Autorizado
Número Gula I	Prestador: 00000	000000	Nùmero Guia Operadora:	0000000000
Dados do Beneficiá	irio			
Nùmero da	Carteira: 00000	000000	Nome:	Teste
Cartão Nacional o	le Saùde: 00000	000000	Atendimento a RN:	Não
CNES do Co	intratado: 00000	000000	nume do constatado:	00000000
Dados da Internaç	ão			
Diárias I	iberadas: 4		Acomodação Autorizada:	APARTAMENTO PRIVATIVO
Dados do Procedim	ento			
Cód. Proced.	Quantidade	Descrição		
10102019	1	VISITA HOSPITALA	R (PACIENTE INTERNADO)	
Observação				
				/i



# 5 – Faturamento Digitação

Para realizar o a digitação do faturamento eletrônico acesse o menu: **Faturamento - Digitação – Digitar,** e selecione o tipo de guia que deseja digitar.

Faturamento		
Digitação		Digitar
Transferência		Gerenciar
Informe de Rendi	mento	Consultar
Inicio > Faturament	to > Digita	ção > Digitar
Digitação d  Guia	e novas	contas
> Guia	de Serviço I	Profissional/Serviço Auxiliar de D
> Guia	de Honorári	os

## 5.1 – Digitação de Guias

• Todos os campos que possuem (\*) são de preenchimento obrigatório.

• O campo numero \*2- N° Guia no Prestador, deverá seguir uma sequencia numérica controlada pelo prestador, não podendo haver repetições do numero da guia independente do tipos de guias (Consulta, SADT, Honorários ou internação), e intervalo de mês ou ano.

• As seções marcadas com o ícone 🔀 possuem campos obrigatórios que ainda não foram preenchidos. Assim que esses campos forem preenchidos corretamente, o respectivo ícone da seção mudará para 🖉.

Quando todas as seções estiverem marcadas com o ícone você poderá clicar em **Gravar Alterações para salvar a** guia.



• Exemplo: Guia de Consulta Eletiva (Digitação de Faturamento).

1 - Registro ANS: 40701     * Dados do Beneficiário     * - Nome:           * - Nome:              * - Nome: </th <th></th> <th></th> <th></th>			
Ados do Beneficiário  4: Húmero da Carteira:		1 - Registro ANS: <b>407011</b> *2 - Nº Guia no Prestador:	
Ados do Beneficiário *1 - Número da Carteira: 5 - Validade da Carteira: 6 - Atendimento a RH: *7 - Home: 8 - HP Cartão Nacional de Saúde: Pados do Contratado Selecione um documento V *10 - Nome do contratado: *11 - Código CNES: Pados do Profíssional Executante: *12 - Nome do Profíssional Executante: *12 - Nome do Profíssional Executante: *13 - Conselho Profíssional: Selecione V *14 - Número Conselho: *15 - Código CBO: Selecione V *16 - Código CBO: Selecione V *18 - Data do Atendimento: *19 - Tipo de Consults: Selecione V *19 - Tipo de Consults: Selecione V *10 - Otatas Selecione V *10 - Otatas Selecione V *10 - Otatas do Atendimento:			
Datos do Genericiano  A - Número da Carteira:  A - Número  A - Número da Carteira:  A - Número  A Núme			
*4 - Nimero da Carteira: 5 - Validade da Carteira: 6 - Atendimento a RN:   *7 - Nome: 8 - N° Cartão Nacional de Saúde:     * Dados do Contratado     Selecione um documento   *11 - Código CNES:     * Dados do Profissional   N. Conselho:   *11 - Código CNES:     * Dados do Profissional Executante:   *12 - Nome do Profissional Executante:   *13 - UT:   *16 - Código CBO:   *16 - Código CBO:   *17 - Indicação de Acidente:   *18 - Data do Atendimento:   *19 - Tipo de Consulta:   *20 - Tabela:   *20 - Tabela:   *20 - Tabela:   *21 - Código do Procedimento:   *20 - Tabela:   *21 - Código do Procedimento:   *22 - Valor do Procedimento:   *23 - Observeção/tastíncativa:   O caracteres digitados / restam 200 Campos obrigatórios	Jados do Beneficiario		
*7 - Nome: B - Nº Cartão Nacional de Saúde: & Dados do Contratado Selecione um documento	*4 - Número da Carteira:	5 - Validade da Carteira: 6 - Atendimento a RN:	
Catos do Contratado   Selecione um documento <ul> <li>'10 - Home do contratado:</li> <li>'11 - Código CNES:</li> </ul> <ul> <li>Cados do Profissional</li> <li>N. Conselho:</li> <li>Nome:</li> <li>Recutante</li> </ul> <ul> <li>12 - Nome do Profissional Executante:</li> <li>'13 - Conselho Profissional:</li> <li>Selecione</li> <li>'14 - Número Conselho:</li> <li>'16 - Código CBO:</li> <li>Selecione</li> <li>'16 - Código CBO:</li> <li>Selecione</li> <li>'18 - Data do Atendimento:</li> <li>2001/2017</li> <li>'19 - Tipo de Consulta:</li> <li>Selecione</li> <li>'20 - Tabeia:</li> <li>Selecione</li> <li>'21 - Código Atendemento:</li> <li>'2001/2017</li> <li>'22 - Valor do Procedimento:</li> <li>'0.000</li> <li>23 - Observação/Justificativa:</li> <li>'23 - Observação/Justificativa:</li> <li>'24 - Código Conselho:</li> <li>'25 - Otor do Procedimento:</li> <li>'26 - Conselho:</li> <li>'27 - Código Atendemento:</li> <li>'28 - Código Atendemento:</li> <li>'29 - Tipo de Consulta:</li> <li>Selecione</li> <li>'21 - Código Atendemento:</li> <li>'21 - Código Atendemento:</li> <li>'22 - Valor do Procedimento:</li> <li>'23 - Observação/Justificativa:</li> <li>'21 - Código Atendemento:</li> <li>'22 - Valor do Procedimento:</li> <li>'21 - Código Atendemento:</li> <li>'22 - Valor do Procedimento:</li> <li>'23 - Observação/Justificativa:</li> <li>'23 - Observação/Justificativa:</li> <li>'21 - Código Atendemento:</li> <li>'22 - Valor do Procedimento:</li> <li>'23 - Observação/Justificativa:</li> </ul>	*7 - Nome:	8 - Nº Cartão Nacional de Saúde:	
Selecione um documento     *11 - Código CNES:     *11 - Código CNES:     *11 - Código CNES:     *12 - Nome do Profissional   N. Conselho:   Nome:     *12 - Nome do Profissional   Executante     *12 - Nome do Profissional   *13 - Conselho Profissional:   *15 - UF:   Selecior   *13 - Conselho Profissional:   *15 - UF:   Selecior   *15 - Código CBO:   Selecione     *17 - Indicação de Acidente:   Selecione   *19 - Tipo de Consulta:   Selecione   *11 - Código CBO:   *12 - Volar do Procedimento Realizado   *13 - Indicação de Acidente:   Selecione   *13 - Indicação de Acidente:   Selecione   *14 - Número Consulta:   Selecione   *15 - Usidago do Procedimento:   *10 - Dabela:   Selecione   *12 - Volar do Procedimento:   *13 - Date:   *13 - Date:   *14 - Número Consult:   *15 - Occupación de Acidente:   *12 - Volar do Procedimento:   *13 - Date:   *13 - Date:   *14 - Número Consult:	🕻 Dados do Contratado		
Selecione um documento	•		
*11 - Código CNES: Dados do Profissional N. Conselho: Nome: Executante 12 - Nome do Profissional Executante: *15 - UF: Selecior *13 - Conselho Profissional: Selecione *14 - Número Conselho:	Selecione um documento	<ul> <li>*10 - Nome do contratado:</li> </ul>	
Dados do Profissional N. Conselho:     Nome:     12 - Nome do Profissional Executante:     *15 - UF:   Selecione      *16 - Código CBO:     *17 - Indicação de Acidente:     *19 - Tipo de Consulta:     *19 - Tipo de Consulta:     *10 - Oncedimento        *10 - Indicação de Acidente:     *10 - Indicação de Acidente:     *10 - Código cBO:     *10 - Indicação de Acidente:     *10 - Código cBO:     *10 - Indicação de Acidente:     *10 - Indicação de Acidente:     *10 - Oncedimento:     *10 - Unidação de Acidente:        *10 - Código cBO:     *10 - Unidação de Acidente:   <	*11 - Código (	CNES:	
Dados do Profissional Executante:       N. Conselho:       Nome:         12 - Nome do Profissional Executante:			
Dados do Profissional N. Conselho: Nome:   Executante     12 - Nome do Profissional Executante:   12 - Nome do Profissional Executante:   *15 - UF:   Selecior   *13 - Conselho Profissional:   Selecione     *16 - Código CBO:   Selecione     *17 - Indicação de Acidente:   Selecione     *17 - Indicação de Acidente:   Selecione     *10 - Tipo de Consulta:   Selecione     *12 - Valor do Procedimento:   20 - Tabela:   Selecione     *21 - Código do Procedimento:     0 caracteres digitados / restam 200     Campos obrigatórios     Vottar	A		_
12 - Nome do Profissional Executante:   *15 - UF:   *16 - Código CBO:   Selecione   *16 - Código CBO:   Selecione     *17 - Indicação de Acidente:   Selecione     *19 - Tipo de Consulta:   Selecione     *10 - Data do Atendimento:   20/01/2017     *10 - Tipo de Consulta:   Selecione     *12 - Valor do Procedimento:     *21 - Código do Procedimento:     *22 - Valor do Procedimento:   *23 - Observação/Justificativa:     0 caracteres digitados / restam 200     Campos obrigatórios     Yottar	Dados do Profissiona	N. Conselho: Nome:	
12 - Nome do Profissional Executante: *15 - UF: Selecior  *13 - Conselho Profissional: Selecione *14 - Número Conselho: *16 - Código CBO: Selecione *17 - Indicação de Acidente: Selecione *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017 *19 - Tipo de Consulta: Selecione *20 - Tabela: Selecione *21 - Código do Procedimento: 22 - Valor do Procedimento: 23 - Observação/Justificativa: 0 caracteres digitados / restam 200 Campos obrigatórios Votar	Executance		
*15 - UF: Selecior *13 - Conselho Profissional: Selecione *14 - Número Conselho: *16 - Código CBO: Selecione * *16 - Código CBO: Selecione * *17 - Indicação de Acidente: Selecione * *19 - Tipo de Consulta: Selecione * *20 - Tabela: Selecione * *21 - Código do Procedimento: 0.00 23 - Observação/Justificativa: () () () () () () () () () ()	12 - Nome do Profissional Execu	tante:	
*16 - Código CBO:   Selecione   *17 - Indicação de Acidente:   Selecione   *19 - Tipo de Consulta:   Selecione   *20 - Tabela:   Selecione   *21 - Código do Procedimento:   *22 - Valor do Procedimento:   0.00   23 - Observação/Justificativa:   O caracteres digitados / restam 200   Campos obrigatórios   Vottar			
Campos obrigatórios	*15 - UF: Selecior V	*13 - Conselho Profissional: Selecione 🔻 *14 - Número Conselho:	
Campos obrigatórios	*15 - UF: Selecior ▼ *16 - Código	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione	
Campos obrigatórios	*15 - UF: Selecior ▼ *16 - Código	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione	
*17 - Indicação de Acidente: Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017 *19 - Tipo de Consulta: Selecione *20 - Tabela: Selecione *21 - Código do Procedimento: 0.00 23 - Observação/Justificativa: 23 - Observação/Justificativa: 0 caracteres digitados / restam 200 Campos obrigatórios Voltar	*15 - UF: Selecior ▼ *16 - Código	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho: CBO: Selecione	
*19 - Tipo de Consulta: Selecione  *20 - Tabela: Selecione *21 - Código do Procedimento: *22 - Valor do Procedimento: 0.00 23 - Observação/Justificativa: 0 caracteres digitados / restam 200  Campos obrigatórios Voltar	*15 - UF: Selecior ▼ *16 - Código	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione    CBO: Procedimento Realizado	
*20 - Tabela: Selecione *21 - Código do Procedimento: 22 - Valor do Procedimento: 23 - Observação/Justificativa: 0 caracteres digitados / restam 200 Campos obrigatórios Voltar	<ul> <li>*15 - UF: Selecior ▼</li> <li>*16 - Código</li> <li>Codos do Atendiment</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:</li> </ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione	
*21 - Código do Procedimento: *22 - Valor do Procedimento: 0.00 23 - Observação/Justificativa: 0 caracteres digitados / restam 200 Gravar Alterações Campos obrigatórios	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>Codos do Atendiment         <ul> <li>*17 - Indicação de Acidente:</li></ul></li></ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione    *  CBO: Selecione  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *	
*22 - Valor do Procedimento: 0.00 23 - Observação/Justificativa: 0 caracteres digitados / restam 200 @ Gravar Alterações Campos obrigatórios	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>Codos do Atendiment</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:         <ul> <li>*19 - Tipo de Consulta:</li> <li>*20 - Tabala;</li> </ul> </li> </ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione	
22 - Vaior do Procedimento: 0.00 23 - Observação/Justificativa: 0 caracteres digitados / restam 200 Campos obrigatórios Voltar	*15 - UF: Selecior ▼ *16 - Código <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contempositive</b> <b>Contemposi</b>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione    *  CBO: Selecione  *  Selecione *	
23 - Observação/Justificativa: 0 caracteres digitados / restam 200 Gravar Alterações Campos obrigatórios	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>*16 - Código</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:         <ul> <li>*17 - Indicação de Acidente:</li> <li>*19 - Tipo de Consulta:</li></ul></li></ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione    *  CBO: Selecione  *  Selecione *  Selecion	
0 caracteres digitados / restam 200 Gravar Alterações Campos obrigatórios Voltar	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>*16 - Código</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:         <ul> <li>*17 - Indicação de Acidente:</li> <li>*19 - Tipo de Consulta:</li></ul></li></ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione   *  CBO: Selecione  *  *  Selecione  *  Selecione *	
0 caracteres digitados / restam 200 Gravar Alterações Campos obrigatórios Voltar	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>*16 - Código</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:         <ul> <li>*17 - Indicação de Acidente:</li> <li>*19 - Tipo de Consulta:</li></ul></li></ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione   CBO: Selecione   *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017  Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017  Selecione  *  0.00	
0 caracteres digitados / restam 200 Gravar Alterações Campos obrigatórios Voltar	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>*16 - Código</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:             <ul></ul></li></ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione   Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017  Selecione   O.00	
0 caracteres digitados / restam 200 Gravar Alterações Campos obrigatórios Voltar	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>*16 - Código</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:             <ul></ul></li></ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione	
Campos obrigatórios	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>*16 - Código</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:         <ul> <li>*17 - Indicação de Acidente:</li> <li>*19 - Tipo de Consulta:</li></ul></li></ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione   CBO: Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017  Selecione   Output  Selecione  Output  Selecione  Output  Selecione  Sel	
Campos obrigatórios Voltar	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>*16 - Código</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:         <ul> <li>*17 - Indicação de Acidente:</li> <li>*19 - Tipo de Consulta:</li></ul></li></ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione   CBO: Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017  Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017  Selecione  *0  CBO: Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017  Selecione  *	
Campos obrigatórios Voltar	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>*16 - Código</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:             <ul></ul></li></ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017 Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017 Selecione  0.00  0 caracteres digitados / restam	200
Campos obrigatórios Voltar	<ul> <li>*15 - UF: Selecior          <ul> <li>*16 - Código</li> </ul> </li> <li>*16 - Código</li> <li>*17 - Indicação de Acidente:             <ul></ul></li></ul>	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017  Selecione  *18 - Data do Atendimento: 20/01/2017  Selecione  *0  O caracteres digitados / restam	200
Campos obrigatórios Voltar	*15 - UF: Selecior  *16 - Código *16 - Código *17 - Indicação de Acidente: *19 - Tipo de Consulta: *20 - Tabela: *21 - Código do Procedimento: *22 - Valor do Procedimento: 23 - Observação/Justificativa:	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione  *  * * * * * * * * * * * * * * * * *	200
Volcal	*15 - UF: Selecior  *16 - Código Codos do Atendiment *17 - Indicação de Acidente: *19 - Tipo de Consulta: *20 - Tabela: *21 - Código do Procedimento: *22 - Valor do Procedimento: 23 - Observação/Justificativa:	*13 - Conselho Profissional: Selecione   *14 - Número Conselho:  CBO: Selecione  *  CBO: Selecione  * Selecione * Selecione *  Selecione *  O caracteres digitados / restam  C Gravar Alterações	200



#### 5.2 – Gerenciar - Enviar

Após realizar a digitação será necessário o envio das contas para concluir a transmissão do faturamento.

Para enviar as contas digitadas, acesse o menu: Faturamento – Digitação – Gerenciar: selecione o tipo de guia que deseja enviar "Guia de Consulta, Guia de Honorário, Guia de SP/SADT, Guia de Resumo de Internação". Selecione o campo ao lado esquerdo do nome do paciente ≤ das contas que deseja enviar, e clique em "Enviar".

Faturamento Digitação Digitar Transferência Gerenciar Informe de Rendimento Consultar Inicio > Faturamento > Digitação > Gerenciar Gerenciar contas digitadas Versão: 3\_02\_00 ∨ Tipo de Guia: Guias de Consulta  $\mathbf{\sim}$ Nº Conta Prestador Paciente Nº Guia Principal Data Conta Valor Conta 06/10/2015 R\$ 25,00 TESTE 000000000 1 2 000000000 06/10/2015 TESTE R\$ 52,00 000000000 06/10/2015 R\$ 100,00 TESTE 3 4 TESTE 000000000 08/12/2014 R\$ 0,00 Contas não enviadas: 4 R\$ 177,00 Total Apagar Enviar

Observação: Todas as contas digitadas já estão na versão atual TISS 3.02.00.

Preencha os campos Nota Fiscal e competência do faturamento, e clique em "Enviar".

Atenção: Prestadores Pessoa Jurídica são obrigados a enviar a Nota Fiscal junto com o faturamento.

Enviar Lote o	le Contas Selecionadas:	
Nota Fiscal: Competência:		
	Voltar	Enviar



## 5.3 – Digitação - Consultar (Imprimir Protocolo)

Para realiza a **Impressão** do protocolo de envio ou **Cancelamento** do lote acesse o menu: **Faturamento – Digitação – Consultar:** preencha os filtros de busca com as informações relacionadas ao lote que deseja localizar e clique em **"Buscar".** 

Faturamento				
Digitação	Digitar			
Transferência	Gerenciar			
Informe de Rendimento	Consultar			
Inicio > Faturamento >	Digitação > Consultar			
Filtro de busca	mtas digitadas			
Data	Je:até:	Número Pr	otocolo:	
Número Lo	te:	Número	O Conta:	Russar
				Buscar

- Para realizar a impressão do protocolo clique no ícone da "impressora 🖨".
- Para visualizar detalhes do protocolo clique no ícone "Lupa 🤍".

• Para realiza o **cancelamento** do lote. Selecione o campo ao lado esquerdo do **Lote** das contas que deseja cancelar, e clique em "**Cancelar Lotes**".

• As contas cancelada voltarão para o menu: Faturamento - Digitação - Gerenciar.

Ao consultar as contas digitadas é possível imprimir a **Guia TISS** seguindo os passos, **"Faturamento"**, **"Digitação" e "Consultar"**. Irá aparecer a lista de contar digitadas, clique sobre o **"Lote"** desejado, em seguida clique no nome do **"Paciente"** e depois em **"Imprimir"**.

Cor	nsulta d	e contas o	digitadas						
Filt	t <mark>ro de bu</mark> s	sca							
					Otde	Data Disp.			
	Lote	Data envio	Nota Fiscal	Valor	Contas	Operadora	Protocolo	Visualizar	Imprimir
	Lote 0000000	Data envio 23/01/2017	Nota Fiscal	Valor 70	Contas 1	Operadora	Protocolo 0000000	Visualizar	
Fora	Lote <u>0000000</u> im encontrad	Data envio 23/01/2017 los 1 Iten(s) de	Nota Fiscal <u>0000000</u> 1	Valor 70	Contas 1	Operadora	Protocolo 0000000	Visualizar	
Fora	Lote 0000000 am encontrad Detalhar envi	Data envio 23/01/2017 os 1 Iten(s) de o I	Nota Fiscal 0000000 1 Imprimir envio	Valor 70	Contas 1	Operadora	Protocolo 0000000	Visualizar	



# 6 – Faturamento Transmissão de XML

Para realizar o a digitação do faturamento eletrônico ou consultar arquivos já enviados acesse o menu: Faturamento - Transferência – Transferir.

Faturamento	_							
Digitação								
Transferência	Transferir							
Informe de Rendimento	Consultar							
<u>Inicio</u> > Faturamento >	Transferência > Transferir							
Visualização de	e Arquivos Transferid	os						
Atualizar								
		Atualizar	Trai	nsferiı	r novo a	arquivo		
Data								
envio	Arquivo / Lo	ote	Situação	Nota fiscal	Valor	Protocolo	Visualizar	Imprimir
envio 10/08/2016	Arquivo / L	ote	Situação Sucesso	Nota fiscal	Valor 116.05	Protocolo	Visualizar	Imprimir
envio           10/08/2016           10/08/2016	Arquivo / L	ote	Situação Sucesso Sucesso	Nota fiscal	Valor 116.05 3709.41	Protocolo	Visualizar Q Q	Imprimir
envio           10/08/2016           10/08/2016           10/08/2016	Arquivo / L	ote	Situação Sucesso Sucesso Cancelado	Nota fiscal	Valor 116.05 3709.41 3738.4	Protocolo	Visualizar	
envio           10/08/2016           10/08/2016           10/08/2016           Foram encontrados 3 It	Arquivo / L en(s) de 3	ote	Situação Sucesso Sucesso Cancelado	Nota fiscal	Valor 116.05 3709.41 3738.4	Protocolo	Visualizar Q Q	

Para transferir um novo arquivo clique em, Transferir novo arquivo

Depois clique em "Procurar…" e selecione o arquivo em seu computador, preencha as dados abaixo (**Competência**, **Nota fiscal, Valor, Quantidade de Arquivo e Quantidade de contas**), e clique em "Transferir arquivo".

Arquivo:	P	Procurar	
Dados da remessa			
Competência:	Nota fiscal:	Valor:	0.00
	ivos na remessa, informar as	quantidades existente no a	quivo ZIP
Para envio de vários arqu			
Para envio de vários arqu Quantidade de arquivos:		Quantidade de contas:	



Será exibido o resultado da transferência, para finalizar clique em **Concluir**, para transferir um novo arquivo clique em **Transferir novo arquivo**e repita o processo.

Inicio > Faturamento > T	ransferência > Transfe	rir		
Transferir arquiv	vos de contas			
		Arquivo ti	ransferido	
Dados da remessa	23/01/2017	Nota fiscal:	12345	Valor: <b>R\$ 1.500,00</b>
Quantidade de arquivos:	1	Quantidade de contas:	35	
			Concluir	Transferir novo arquivo

#### Após a transferência do seu arquivo XML, alguns status possíveis podem aparecer:

	Data envio	Arquivo / Lote	Situação	Nota fiscal	Valor	Protocolo	Visualizar	Imprimir		
	12/08/2016		Alerta		11952.75	0	٩			
	12/08/2016		Erro		o	0	٩			
	12/08/2016		Sucesso		10055.26	0	٩			
	12/08/2016		Erro		0	0	۹,			
	12/08/2016		Sucesso		14408.94	o	٩			
	12/08/2016		Sucesso		11679.61	0	٩			
	12/08/2016		Sucesso		23974.43	0	٩			
Foram encontrados 60 Iten(s) de 105         < 1 2 3 4 5 6 7 >										
🔍 - Detalh	ar envio 🛛 🚔- Im	primir envio								
			_							
				Autorizar	envio (	ancelar env	io			



#### Descrição dos Status:

• Aguardando: aguarde enquanto o seu arquivo está sendo verificado pela ConnectMed;

• **Descompactando**: no caso de arquivos enviados zipados, este status representa que os arquivos estão sendo extraídos do zip;

• Descompactado: arquivos já foram extraídos e estes aparecerão linha a linha na página da ConnectMed;

• **Sucesso**: arquivo enviado com sucesso pelo site da ConnectMed. Neste status, ainda é possível cancelar arquivos que por ventura foram enviados por engano;

• Alerta: Situação "Alerta" ocorre quando existe inconsistência dentro do arquivo XML, clique no ícone "Lupa " e verifique as informações, realize a verificação dentro do arquivo, se realmente os dados estiverem inconsistentes corrija e realize o envio do novo arquivo, caso as informações estejam corretas autorize o envio do arquivo, para

concluir a transferência de arquivos com status "<sup>A</sup>-<sup>Alerta</sup> a" é necessário selecionar o arquivo e clicar em " Autorizar envio":

• Erro: status que representa erros no arquivo XML. Para saber detalhes sobre o erro, clique no ícone da "lupa — " no canto direito;

• Processado: o faturamento já chegou na operadora e não é possível cancelar mais.

Atenção: Prestadores Pessoa Jurídica são obrigados a enviar a Nota Fiscal junto com o faturamento, e Prestadores Pessoa Física enviar RPA "Recibo de pagamento autônomo".



### 6.1 - Faturamento - Transferência - Consultar

Para fazer uma consulta de arquivos já transferidos, acesse o menu: Faturamento – Transferência – Consultar. Selecione o período de busca e clique em: Pesquisar.

Serão exibidos os protocolos que já foram enviados anteriormente: para realizar a impressão do protocolo de envio clique no ícone **"Imprimir** a ", e será exibido o protocolo para impressão.

Para visualizar detalhes do lote clique no ícone "Lupa 🥄 ".

Jackao       Staria       Transferir         sferência       Consultar         rme de Rendimento       Consultar         > Faturamento > Transferência > Consultar         Consulta de arquivos transferidos         Filtro de busca         Período: 120 ♥         Número Protocolo:       Nota fiscal:         Número Lote:       Número Conta:       Pesquisar         Protocolo         23/11/2016       Erro       0       0       0         0       23/11/2016       Erro       0       0       0       0         0       0/11/12016       Erro       0 <td< th=""><th>ento</th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th></td<>	ento								
nsferência Transferir  rme de Rendimento Consultar  Consultar  Consultar  Consulta consultar  Consulta de arquivos transferidos  Filtro de busca  Periodo: 120 ♥ Status: Todos ♥  Número Protocolo: Nota fiscal: Periodo: Número Conta: Pesquisar  Protocolo Data envio Arquivo / Lote Situação Nota fiscal Valor Visualizar Ir  2/11/2016	0								
Description       Consultar         consulta de arquivos transferidos         Filtro de busca         Período:       120         Número Protocolo:       Nota fiscal:         Número Lote:       Número Conta:         Período:       23/11/2016         0       23/11/2016         0       0/11/12/2016         0       0/11/12/2016         0       0/11/12/2016         0       0/11/12/2016         Valor       Visualizar         1       0.01	ência	Transferir							
D > Faturamento > Transferência > Consultar         Consulta de arquivos transferidos         Filtro de busca         Período:       120       V       Status:       Todos       V         Número Protocolo:       Nota       Nota       Yalor       Yisualizar       Ir         Potocolo       Data       Arquivo / Lote       Situação       Nota       Yalor       Visualizar       Ir         Potocolo       Data       Arquivo / Lote       Situação       Nota       Yalor       Visualizar       Ir         Potocolo       Data       Arquivo / Lote       Situação       Nota       Yalor       Visualizar       Ir         0       23/11/2016       Erro       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       0       Q       0       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       Q       0       0       Q       0       Q<	de Rendime	nento Consultar							
Consulta de arquivos transferidos         Filtro de busca         Período:       120       ✓       Status:       Todos       ✓         Número Protocolo:       Nota fiscal:       ✓       Número Conta:       Pesquisar         Número Lote:       Número Conta:       Pesquisar         Protocolo       Data       Arquivo / Lote       Situação       Nota       Valor       Visualizar       Ir         0       23/11/2016       Erro       0        0       0        0       0        0        0        0        0        0        0        0       0        0       0        0       0        0       0        0       0        0	Faturamento	nto > Transferência > Consultar							
ProtocoloData envioArquivo / LoteSituaçãoNota fiscalValorVisualizarIn023/11/2016ErroErro00<	nsulta de Itro de bus Período mero Protocolo Número Lote	de arquivos transferidos usca do: 120  v plo:	Status: T Nota fiscal: Número Conta:	odos			Pesquis	sar	
0         23/11/2016         Erro         0         <	tocolo Da	Data Arqu	uivo / Lote	s	Situação	Nota fiscal	Valor	Visualizar	Imprimir
0         11/11/2016         Sucesso         proc         262.71         Image: Colored co	0 23/11	/11/2016			Erro		0	9	
0         04/11/2016         Erro         4074.69         Q           0         04/11/2016         Alerta         1         0.01         Q	0 11/11	/11/2016		:	Sucesso	proc	262.71	Q	
0 04/11/2016 Alerta 1 0.01	0 04/11	/11/2016			Erro		4074.69	٩,	
	0 04/11	11/2016			Alerta	1	0.01	۹,	
0 04/11/2016 Erro 1 0.01 🔍	0 04/11	/11/2016			Erro	1	0.01		
Foram encontrados 15 Iten(s) de 105 <1 2 3 4 5 6 7 >	ram encontrad	ados <b>15</b> Iten(s) de <b>105</b>	<	1 2 3 4 5 9	<u>6 7</u> >				



Após clicar no ícone **"Lupa**, será exibido a lista com as contas detalhadas por paciente, clique no nome do paciente desejado para visualizar a guia TISS.

Data envio: 23/01/2017 Nota fiscal: 000000	Valor tota	I de contas: R\$ 1.634,18	
Nota fiscal: 000000			
ciente	Nº conta	Data conta	Valor conta
PACIENTE TESTE	0000000	23/01/2017	58.01
PACIENTE TESTE	0000000	23/01/2017	240.04
PACIENTE TESTE	0000000	23/01/2017	61.44
PACIENTE TESTE	0000000	23/01/2017	58.01
PACIENTE TESTE	0000000	23/01/2017	777.67
PACIENTE TESTE	0000000	23/01/2017	58.01
PACIENTE TESTE	00000000	23/01/2017	58.01
PACIENTE TESTE	0000000	23/01/2017	58.01
PACIENTE TESTE	00000000	23/01/2017	172.33
PACIENTE TESTE	0000000	23/01/2017	92.65
oram encontrados 10 Iten(s) de 10			



# 7 - Extratos - Visualização e Recurso de Glosa

Para visualizar o extrato de pagamento ao referenciado clique em "Extrato" e "Visualizar" selecione o período desejado e clique em Consultar.

dias     Consultar
dias Consultar

O portal irá exibir a lista com os extratos dos meses selecionados, para a visualização clique no Ícone Lupa "( )".

Eutosta da n		-		
- Extrato de pa	agamento ao referenciad	0		
Extrato	Itens Recursados	Itens Glosados	Prazo para recurso	
Extrato 16/01/2017	Itens Recursados 0	Itens Glosados 415	Prazo para recurso 17/03/2017	



Ao visualizar o extrato aparecerão três opções de visualizar o detalhamento do extrato, **Download** detalhamento do extrato em Excel, **Dados INSS** visualizar o comprovante de retenção de INSS na fonte e **Detalhar**.

Extrato			
Extrato de pagamento a referenciado			
Previsão de crédito: 29/12/2016	Data emissão:	: 19/12/2016	
Contrato:	Banco:	:	
	Agência: Conta:	:	
<b>Empresa</b> - Gama Saude - 02.009.924	4/0001-84		
Total apresentado:	INSS:	Total líquido:	
Total glosado:	PIS:		
Total bruto:	COFINS:		
Total acerto:	CSLL:		
IRRF:	ISS:		
	🔲 Download 🛛	Dados INSS 🛛 🖉 Detalhar	

Ao clicar no botão 🏴 Dados INSS , será exibido o comprovante de retenção de INSS na fonte com uma opção para impressão:

e acordo com a instrução normativa INSS/DC 087 de 27/03/2003 Operadora: 0000000000 Inscrição no CNPJ: 0000000000 Prestador: 0000000000 Mês de competência: 01/2017 Contrato: 0000000000 Base de cálculo: 0000000000 CPF: 0000000000 Valor da contribuição: 000000000 Inscrição no INSS: 000000000	comprovante de retençao de INSS na fo	onte
Operadora: 000000000         Inscrição no CNPJ: 000000000         Prestador: 000000000         Mês de competência: 01/2017         Contrato: 000000000         Contrato: 000000000         CPF: 000000000         Valor da contribuição: 000000000         Inscrição no INSS: 000000000         Voltar	e acordo com a instrução normativa INSS/DC 087 de 27/03/200	03
Operadora: 0000000000           Inscrição no CNPJ: 000000000           Prestador: 000000000           Mês de competência: 01/2017           Contrato: 000000000           CPF: 000000000           Valor da contribuição: 000000000           Inscrição no INSS: 000000000           Voltar		
Inscrição no CNPJ: 000000000           Prestador: 000000000         Mês de competência: 01/2017           Contrato: 000000000         Base de cálculo: 000000000           CPF: 000000000         Valor da contribuição: 000000000           Inscrição no INSS: 000000000         Voltar	Operadora: 000000000	
Prestador:         000000000         Mês de competência:         01/2017           Contrato:         0000000000         Base de cálculo:         000000000           CPF:         0000000000         Valor da contribuição:         000000000           Inscrição no INSS:         0000000000         Valor da contribuição:         000000000	Inscrição no CNPJ: 000000000	
Prestador:         000000000         Mês de competência:         01/2017           Contrato:         000000000         Base de cálculo:         000000000           CPF:         0000000000         Valor da contribuição:         000000000           Inscrição no INSS:         000000000         Valor da contribuição:         000000000		
Prestador:         000000000         Mês de competência:         01/2017           Contrato:         000000000         Base de cálculo:         000000000           CPF:         0000000000         Valor da contribuição:         000000000           Inscrição no INSS:         0000000000         Valor da contribuição:         000000000           Voltar         Imprimir		
Contrato:         000000000         Base de cálculo:         000000000           CPF:         0000000000         Valor da contribuição:         000000000           Inscrição no INSS:         0000000000         Voltar         Imprimir	Prestador: 000000000	Mês de competência: 01/2017
CPF: 000000000         Valor da contribuição: 000000000           Inscrição no INSS: 000000000         Voltar         Imprimir	Contrato: 000000000	Base de cálculo: 000000000
Inscrição no INSS: 000000000 Voltar Imprimir	CPF: 000000000	Valor da contribuição: 0000000000
Voltar Imprimir	Inscrição no INSS: 000000000	
Voltar		
		Voltar Imprimir



Ao clicar no botão recultar, será exibida a tela abaixo, onde poderão ser visualizados valores apresentados, valores glosados, Lotes e valores pagos por beneficiário e Recursar Glosas:

		enciado					
tes de Cont	tas Médicas						
Capa de Lote	Itens Recursados/Aceitos	Itens Glosados	Valor Apresentado	Valor Glosado	Valor Acerto	Valor Pago	
1000585824	0	6	R\$ 2.542,98	R\$ 144,89	R\$ 0,00	R\$ 2.398,09	
1000586508	1	43	R\$ 37.387,16	R\$ 17.504,96	R\$ 0,00	R\$ 19.882,20	0
1000586556	0	44	R\$ 8.739,63	R\$ 340,96	R\$ 0,00	R\$ 8.398,67	
1000586788	0	3	R\$ 74,02	R\$ 74,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	0
1000586870	0	23	R\$ 3.420,61	R\$ 48,79	R\$ 0,00	R\$ 3.371,82	
1000591088	0	1	R\$ 64,89	R\$ 1,36	R\$ 0,00	R\$ 63,53	0
1000591585	0	24	R\$ 43.358,66	R\$ 3.196,82	R\$ 0,00	R\$ 40.161,84	
1000591591	0	60	R\$ 10.464,25	R\$ 869,60	R\$ 0,00	R\$ 9.594,65	Q
1000501601	0	97	R\$ 62.543,95	R\$ 11.342,60	R\$ 0,00	R\$ 51.201,35	
1000291031		3	R\$ 1.666,28	R\$ 70,61	R\$ 0,00	R\$ 1.595,67	
1000591631	0	-					

Na exibição de detalhamento do extrato (, as linhas destacadas em vermelho são os itens que foram glosados. Você poderá selecionar e clicar no botão Recursar selecionadas:

Extrato							
Detalhes							
Capa de l	Lote	Valor Apr	resentado	Valor Glosado	Val	or Acerto	Valor Pago
1000585	5824	R\$	\$ 2.542,98	R\$ 144,89		R\$ 0,00	R\$ 2.398,09
Procedimer	ntos: Todos	T		l	Aceitar todas gl	osas F	Recursar todos
Nº Conta	a Prestador:		N	° Conta Operadora:			
At	endimento: 18/1	0/2016		Usuário:			
	Código Proced	limento	Qtde	Valor Glosado	Valor Pago	Outras I	Despesas
	<u>050091</u> 4	<u>40</u>	1	R\$ 0,00	R\$ 42,00		
	600335	<u>50</u>	1	R\$ 1,36	R\$ 14,65		
				Aceitar se	elecionadas	ecursar sel	ecionadas



Ao clicar no botão Recursar selecionadas, será exibida a tela de recurso:

Informe no campo Justificativa, o motivo do recurso.

Você também poderá anexar algum documento comprobatório, caso haja necessidade.

hes					
apa de Lote	Valor Apresentado	Valor Glosado	Valo	or Acerto	Valor Pago
1000601139	R\$ 2.892,18	R\$ 110,37	R	\$ 0,00	R\$ 2.781,81
			Recursar r	mantendo a	mesma justifical
Documento: 1182	25023 Atendim	ento: 02/12/2016	Usuário: VIVIANI	E APARECIDA V	ALADARES
Código Proced	imento: 60033550	Valor Glosado:	R\$ 1,36 Valo	r Recurso: 1,36	
	Qtde: 1	Valor Pago:	R\$ 14,65		
Proced	imento: TAXA DE REGISTRO ATENDIMENTO	AMBULATORIAL, POR			
				,	2
Anexar arquivos Adicior *Arquivo: Esco	: (Só pode(m) ser anexado(s) nar Remover olher arquivo Nenhum arqu	arquivo(s) com extensão J ivo selecionado	PG, JPEG, BMP e PDF.	)	
ens dos lotes : 1					



Após finalizar o preenchimento do recurso das glosas selecionadas, clique no botão Recursar todos preenchidos

Será então perguntado se você confirma o recurso das glosas.

Você confirma a operação sobre as glosas selecionadas? Cancelar Ok					X
Cancelar Ok	s	;			
	C	0	k		

Se você confirmar clicando em OK, será gerado um protocolo conforme tela abaixo:



# 8 – Extratos – Demonstrativo TISS

Para visualizar o demonstrativo, acesse o menu: **Extrato – Demonstrativo TISS**. Selecione o período desejado e clique em **Consultar**:

Serão exibidos os extratos, com a opção de detalhar, clicando no **ícone da lupa** (<sup>1</sup>) no canto direito do lote desejado para visualizar o detalhamento de cada extrato:

Demonstrativo			
Demonstrativo			
	Período: 60 🔹 dias Consu	ıltar	
Extrato	Itens Glosados (Respondidos/Total)	Prazo para Resposta	
16/01/2017	1/415	17/03/2017	۹,
29/12/2016	0/109	27/02/2017	۹,
15/12/2016	57/216	13/02/2017	٩,
30/11/2016	200/200	29/01/2017	9

Em seguida será exibido o extrato detalhado por lote, é possível visualizar o demonstrativo convertido em XML, clicando em ML Demonstrativo de Pagamento



#### Demonstrativo TISS

Nº. do demonstrativo: 999

Registro ANS: 999999

CNPJ da operadora: 99999999999999999

#### Dados do prestador:

Código CNES:

Nome:

#### Dados de pagamento:

Data do pagamento: 29/12/2016

Banco: 999

gencia: 999999

Nome da operadora: Data emissão do demonstrativo: 19/12/2016

Código do prestador/CNPJ/CPF:

Forma de pagamento: Número da conta/Cheque: 999999999

№.do Lote	Data de envio do lote	Protocolo	Valor Informado	Valor Processado	Valor Liberado	Valor Glosa
1000584234	29/12/2016	6425843	R\$ 455,64	R\$ 454,28	R\$ 454,28	R\$ 1,36
1000584237	29/12/2016	6408087	R\$ 281,61	R\$ 276,17	R\$ 276,17	R\$ 5,44
1000584240	29/12/2016	6416083	R\$ 797,29	R\$ 793,47	R\$ 793,47	R\$ 3,82
1000584244	29/12/2016	6395261	R\$ 808,58	R\$ 760,69	R\$ 760,69	R\$ 47,89
1000584245	29/12/2016	6413278	R\$ 562,71	R\$ 516,64	R\$ 516,64	R\$ 46,07
1000584248	29/12/2016	6415490	R\$ 2.257,33	R\$ 2.257,33	R\$ 2.257,33	R\$ 0,00
1000584250	29/12/2016	6408417	R\$ 7.670,81	R\$ 6.093,54	R\$ 6.093,54	R\$ 1.577,27
1000584356	29/12/2016	6425847	R\$ 9.473,33	R\$ 8.866,42	R\$ 8.866,42	R\$ 606,91
1000584531	29/12/2016	6397064	R\$ 702,32	R\$ 670,22	R\$ 670,22	R\$ 32,10
1000584536	29/12/2016	6397069	R\$ 455,64	R\$ 454,28	R\$ 454,28	R\$ 1,36
1000585822	29/12/2016	6413283	R\$ 163,50	R\$ 159,42	R\$ 159,42	R\$ 4,08
1000586777	29/12/2016	6408128	R\$ 1.569,39	R\$ 1.520,51	R\$ 1.520,51	R\$ 48,88

#### **Total Geral Bruto:**

Total geral valor informado: R\$ 25.198,15 Total geral valor liberado: R\$ 22.822,97 Total geral valor processado: R\$ 22.822,97 Total geral valor glosa: R\$ 2.375,18

#### Demais débitos/créditos:

	Indicador	Código	Descrição	Valor	
	Débito	01	IRRF	R\$ 0,00	
	Débito	02	ISS	R\$ 0,00	
	Débito	03	INSS	R\$ 0,00	
	Débito	04	PIS	R\$ 0,00	
	Débito	05	COFINS	R\$ 0,00	
	Débito	06	CSLL	R\$ 0,00	
otal Geral Liquido:					
Total Demais Débitos:	R\$ 0,00	Total Demais Créditos:	R\$ 0,00	Total Final a Receber:	R\$ 22.82
bservação:					
			-	XML Demonstrativo d	e Pagamento



Ao clicar no lote será exibido o detalhamento por beneficiário, é possível visualizar o demonstrativo convertido em XML, clicando em XML Demonstrativo de Pagamento

Guia	Emissão	Usuário	Faturado	Glosa / Acerto	Page
0000000	24/11/2016	Teste	37.06	o	37.0
000000	24/11/2016	Teste	148.5	0	148.
000000	24/11/2016	Teste	618.94	0	618.9
000000	24/11/2016	Teste	54.07	0	54.0
m encontrados 4 Iten(	s) de 4				
			XML D	emonstrativo de Analise	e de Conta

# 9 – Pré-Faturamento

Esta opção está disponível **apenas** para as operadoras **Serpro** e **Vale**. Acesse o menu: Pré-Faturamento – Visualizar, selecione o período desejado e clique em **Consultar**:

Inicio > Pré-faturamento	
Pré-faturamento	
	Período: Selecione. 🔽 dias Consultar

Serão exibidos os faturamentos em uma lista:

Pré-faturamento	)			
	Período	: 60 V dias Cons	sultar	
Data Prevista Pagto.	Prazo final	Status	Data Efetiva Pagto.	Motivo Reagend.
<u>25/01/2017</u>	17/01/2017	Documentos recebidos (processados com sucesso)		
20/12/2016	14/12/2016	Pagamento liberado		
23/11/2016	17/11/2016	Pagamento liberado		
Foram encontrados 3 Iter	n(s) de <b>3</b>			



Ao clicar em cada item, será exibido o status do pagamento:

Data	: 25/01/2017 - Prazo Final - 17/01/2	2017
	Empresa	Situação pagamento
	Operadora	Documentos recebidos (processados com sucesso)
	Foram encontrados 1 Iten(s) de 1	

Ao clicar no nome da empresa, será exibido um protocolo com os detalhes:

colo:	Credenciado	:	Co	ontrato:
Prezado credenciado, Para que o crédito referen preenchimento e envio da	nte à data de <b>25/01/20</b> a nota fiscal:	17 seja devidamente efetuado	o, informamos os valores	corretos para o
Valor Bruto	IRRF	PIS COFIN	IS CSLL	ISS
R\$ 6.186.245,51	-		-	-
DRTANTE: - Atenção: em caso de no documentos referentes a tabela abaixo: .	otas fiscais eletrônicas e ao pré-faturamento (Pro	enviar para o e-mail notafisca tocolo + RPA) devem ser env	al@planopasa.com.br, ca viados EXCLUSIVAMENT	so contrário, os E conforme mostra a
DRTANTE: - Atenção: em caso de no documentos referentes a tabela abaixo: .	otas fiscais eletrônicas e ao pré-faturamento (Proj Prestadores Odontológicos	enviar para o e-mail notafisca tocolo + RPA) devem ser env Prestadores de Minas Gerais	il@planopasa.com.br, ca viados EXCLUSIVAMENT Prestadores de Espirito Santo	so contrário, os E conforme mostra a Prestadores RJ, SP, BA, SE, MS, PA E MA
ORTANTE: - Atenção: em caso de no documentos referentes a tabela abaixo: . Caixas Postais	otas fiscais eletrônicas e ao pré-faturamento (Pro Prestadores Odontológicos	enviar para o e-mail notafisca tocolo + RPA) devem ser env Prestadores de Minas Gerais	al@planopasa.com.br, ca viados EXCLUSIVAMENT Prestadores de Espirito Santo	so contrário, os E conforme mostra a Prestadores RJ, SP, BA, SE, MS, PA E MA
ORTANTE: - Atenção: em caso de no documentos referentes a tabela abaixo: . Caixas Postais CEP	otas fiscais eletrônicas e ao pré-faturamento (Proj Prestadores Odontológicos	enviar para o e-mail notafisca tocolo + RPA) devem ser env Prestadores de Minas Gerais	il@planopasa.com.br, ca viados EXCLUSIVAMENT Prestadores de Espirito Santo	iso contrário, os E conforme mostra a Prestadores RJ, SP, BA, SE, MS, PA E MA
ORTANTE: - Atenção: em caso de no documentos referentes a tabela abaixo: . Caixas Postais CEP Agência	otas fiscais eletrônicas e ao pré-faturamento (Pro Prestadores Odontológicos	enviar para o e-mail notafisca tocolo + RPA) devem ser env Prestadores de Minas Gerais Ag. Central:	el@planopasa.com.br, ca viados EXCLUSIVAMENT Prestadores de Espirito Santo	so contrário, os E conforme mostra a Prestadores RJ, SP, BA, SE, MS, PA E MA



# 10 – Recurso de Glosa - Acompanhamento

Para acompanhar os recursos de glosa abertos, pendentes ou finalizados, acesse o menu: **Recurso de Glosa – Acompanhar**. Selecione o período desejado e o status do recurso e clique em Buscar:

Acompanhar recurso de glosa	a	
Filtro de busca		
Período: Selecione Data Pagamento:	<ul> <li>▼ Status: Escolha opção</li> <li>▼ Nº Protocolo: Buscar</li> </ul>	]

Serão exibidos os recursos, podendo visualizar maiores detalhes clicando no ícone da lupa (<sup>\$</sup>) no canto direito:

<b>io &gt;</b> Acompanhar i	recurso de glosa				
Acompanhar	r recurso de glos	Sa			
Filtro de busc	а				
Recurso	Data	Beneficiário	Extrato	Status	
Kecurso	20/01/2017		16/01/2017	Pendente	
	10/01/2017		15/12/2016	Pendente	٩,
	28/12/2016		30/11/2016	Pendente	٩,
Foram encontrados	Item(s) de	<1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 >			



Em seguida é possível responder a operadora justificando o motivo do recurso, podendo haver replica e tréplica, e anexar documento comprobatório.

icio >	Acompanhar recurso de glosa	> Detalhe					
Detalhe do recurso de glosa							
	Contrato:	Prestador:					
	Carteira:	Beneficiário:					
	Recurso:	Data Recurso:	16/12/2016 12:48:36				
	Área:	Extrato:	23/11/2010				
	Status: Pendente	Data Atendimento:	30/09/2016 12:00:00				
	Código Procedimento:	60025565 Quantidade:	e: 1				
	Procedimento:	ALUGUEL/TAXA DE BISTURI ELÉTR	TRICO MONOPOLAR, POR USO				
	Valor Apresentado:	R\$ 15,46 Valor Glosad	ado: R\$ 1,15 Valor Pago: R\$ 14,31				
	Valor Recursado:	R\$ 1,15					
	Código Procedimento:						
	<b>Motivo de Glosa:</b> ↓ 2 - VALOR COBRADO A	MAIOR, PAGO CONFORME CONTRA	ATADO (COMENTARIO: CORREÇÃO DE SISTEMA)				
	Mensagem						
	Login do prestador 16/12/2016 12:48:36 Situação: Pendente	OPERADORA ALEGA 2 - VALO (COMENTARIO: CORREÇÃO D HOSPITAL COBRADO CONFOR 2016	OR COBRADO A MAIOR, PAGO CONFORME CONTRATADO DE SISTEMA). POREM APOS ANALISE REALIZADA PELO DRME TABELA DE DIÁRIAS E TAXAS VALE - VIGÊNCIA				
	Recurso: R\$ 1,15						



# 11 – Administração

## 11.1 – Administração - Usuário - Cadastrar

Para criar novos usuários, acesse o menu Administração – Usuários – Cadastrar. Preencha os dados dos usuários e escolha o perfil que este usuário poderá acessar. A senha de acesso para o Perfil será encaminhada para o e-mail cadastrado, o campo Login deverá conter uma identificação própria, pois o sistema não aceita duplicidade, evite nomes próprios ou identificações simples.

Para conceder este acesso, selecione os itens na coluna **Desativados** e transporte para a coluna **Ativados**. (Utilize as Setas Centrais >> Para mover todas as funcionalidades, ou >> para mover uma a uma) e clique em salvar.

Inicio > Admis	tração > Cadastro de usuário		
Dados d	o usuário		
*Nome: *Login: *E-mail:	Usuário de teste Usuario teste@teste.com.br	*Telefone: 11 1111-1111 *Tipo Pessoa: OFísica OJurídica *CNPJ: 99.999.999/9999-99	
Escolha o	perfil Desativados	Ativados Administrador Faturamento Extrato Elegibilidade Autorizador	
* Campos Ob	rigatórios	Autorizador Prefaturamento Recurso de Glosa Auditoria Auditoria Voltar Salvar	



### 11.2 - Administração - Usuário - Gerenciar

Para gerenciar os usuários clique em Administração, Usuários e Gerenciar.

Será exibida a lista com todos os perfis criados, onde é possível realizar as seguintes ações, "**Excluir**" ( )" Excluir perfil, "**Editar**" ( )" Editar informações do perfil e "**Reenviar Dados**" ( )" resetar senha do perfil, para realizar as ações clique no ícone correspondente".

Inicio > Administracao > Us	<b>uarios &gt;</b> Administracao Us	suarios				
Lista de usuários (	de Dreetader					
Código	Nome				Arőes	
1000	Usuário de teste			9	26 P	
1000	Usuário administrador			9	<i>&amp; &gt;</i>	
Foram encontrados 11 Iten(s) de 11						
		🥥 - Excluir	⊃ - Reenviar dados	🚜 - Editar		

# 12 – Atualização cadastral - Endereço

Para atualizar o seu endereço, clique no menu: Atualização Cadastral – Endereços. Depois clique em

Incluir Endereço, preencha todos os campos e clique em Salvar :

> Atualização cadastral > Endereços	
Endereços	
Lista Atual Endereço	Cancelar
R GONCALVES DIAS,	٢
RUA MATO GROSSO,	٢



Ao clicar em **Induir Endereço**, o formulário abaixo é exibido para ser preenchido. Após preenchimento, clique em **Salvar**.

Solicitação de Alteração ou I	Inclusão de Endereco					
Solicitação de Alteração ou I	inclusad de Endereço					
Nome fantasia :						
Numero do CEP:						
UF:	Selecione uma UF					
Cidade:						
Bairro:						
Endereço:						
Numero:						
Complemento:	Damak					
Telefone 1:	Pamal					
relefone 2:						
Tipo de endereco:	Correspondência					
Inclusão / Exclusão de procedimentos:						
	6					
Especialidades do endereço:						
Adicionar especialidade	Remover especialidade					
Especialidade						
Anexos						
Adicionar Remover						
Categoria:						
Alvará de funcionamento	Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado					
Só pode(m) ser(em) anexado(s) arquivo(s) em extensão JPG, JPEG, BMP e PDF						
	Voltar Salvar					



## 12.1 – Atualização cadastral - Dados bancários

Para atualizar seus dados bancários, clique no menu: "Atualização cadastral" – "Dados "Bancários" caso não tenha dados bancários para a atualização contate a operadora.

Agência Conta corrente Alterar
Agên

# 12.2 – Atualização cadastral - Cadastro.

Para atualizar os demais dados cadastrais, acesse o menu: "Atualização Cadastral" – "Cadastro" preencha os campos e clique em salvar.

Prestador:	CPF/CNP3:	
E-mail:		
E-mail Financeiro:		
E-mail Retorno Autorização:		
Website:		
PIS/IAPAS:		
cadastro nacional de E. Saúde:		
Inscrição de municipal / CCM:		
UF do conselho:	MG •	
Tipo do conselho:	CRM T	
Número do conselho:		
Nome do contratado:		
Especialidade principal:	Selecione uma especialidade  v	
	Voltar	Salvar



## 12.3 – Atualização cadastral - Atualização de senha

Para alterar a sua senha de acesso ao portal, acesse o menu: "Atualização Cadastral" – "Atualizar senha", preencha os campos com as informações correspondentes e clique em Salvar.

Inicio > Atualização cadastral > Senha	
Atenção	
Senha atual: Nova senha: Confirme a nova senha:	] ]
	Salvar

# 13 – Suporte ao Prestador

No Link Manuais, você tem acesso aos manuais, documentos disponibilizados pela operadora e também às videoaulas que explicam passo-a-passo a utilização do sistema Connectmed.







E através do **Link Dúvidas** você pode nos enviar dúvidas relativas a utilização do sistema Connectmed. A sua solicitação será encaminhada diretamente para a equipe de suporte, que após uma análise prévia da dúvida ou problema, entrará em contato no telefone informado no formulário.

Mensagens		🔔 teste_sol	Manual TISS	Manuais	Dúvidas	Sair
conn	ect·	med			Operadora Trocar O	peradora
Fale Con	osco					
• [ Nome*: Email*: Escreva	Dúvida Os	Sugestão T ios*:	elefone para Contato*:			
		Atenção: somente para Dúvidas Técnica	as de uso da solução <b>Connectmed</b> até 48 horas			
* Camı	pos Obrigatórios				Enviar	