

## **BENNER WEB**

# **TUTORIAL ATENDIMENTO AUTORIZADOR WEB CONSULTA**



## TUTORIAL ATENDIMENTO AUTORIZADOR WEB



<b>1. Procedimento inicial para acessar o Portal Web.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Solicitação de Autorização.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Solicitação de Consulta.....</b>	<b>5</b>
<b>3.1 Solicitação NEGADA.....</b>	<b>6</b>
<b>3.2 Solicitação AUTORIZADA.....</b>	<b>7</b>

## 1. Procedimento inicial para acessar o Portal Web


Na tela de identificação o Prestador de Serviço irá clicar em **Prestadores** e informar **Usuário** e **Senha**.



## 2. Solicitação de Autorização

Para o Prestador de Serviço solicitar uma autorização deverá clicar em **Solicitação de Autorizações** e selecionar o tipo de autorização desejada (Consulta ou SP/SADT), conforme telas abaixo:

Serviços Relatórios Sair Prestador






**Serviços**

- Solicitação de autorizações
- Upload de guias no padrão TISS
- Solicitação de credenciamento/alteração de corpo clínico
- Upload de certidões

Serviços Relatórios Sair Prestador

## Solicitação de Autorização

 Consulta  SP/SADT

Data emissão	Nº Autorização	Beneficiário
 14/7/2010 16:33	287	DULCE MARIA HORTA DE SOUZA ALVIM

### 3. Solicitação de Consulta

Na Solicitação de Consulta o prestador terá que informar o Beneficiário pelo **Código de sua Carteira** ou pelo seu **Nome**, informar a **Tabela** referente ao procedimento solicitado e na seqüência localizar o procedimento pelo **Código** ou **Descrição**, por fim clicar no botão **Enviar** conforme campos mencionados abaixo:

**OBS:** Ao enviar a solicitação, o sistema irá validar todas as regras parametrizadas e autorizar ou não a solicitação.

#### Solicitação de consulta

##### Prestadores

Solicitante

04639732000187



Nome Solicitante

INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE B

Local de execução

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE E

Recebedor

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE E

Executor

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE E

Endereço do executor

SEPS 710/910 Centro Clín Via Brasil Torre A SI 424 BRASILIA-C

Beneficiário

000100005465b4



Nome Beneficiário

##### Indicadores TISS

Indicador de acidente

Outros

Tipo de consulta

Primeira

Senha solicitação

Informe a senha

##### Procedimento consulta

Tabela

LPM

Evento

00.01.0014



Evento

CONSULTA EM CONSULTÓRIO (no HORÁRIO NORMAL ou PRÉ-ES

Item de custo

139-Consulta

Enviar

Voltar



## TUTORIAL ATENDIMENTO AUTORIZADOR WEB



### 3.1 Solicitação NEGADA

Ao negar uma Autorização, o sistema emitirá um **Recibo** com a crítica de Autorização NEGADA e logo em seguida o Numero da Autorização.

#### Solicitação de consulta - Recibo

Operação concluída: Autorização NEGADA.

**Autorização:**  
288

**Guia:**

#### Prestadores

**Solicitante:**

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE BRASÍLIA LTDA

**Local de execução:**

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE BRASÍLIA LTDA

**Recebedor:**

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE BRASÍLIA LTDA

**Executor:**

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE BRASÍLIA LTDA

**Endereço do executor:**

SEPS 710/910 Centro Clín Via Brasil Torre A SI 424 BRASÍLIA-DF

#### Beneficiário

00010000235000 - WOLFGANG DE OLIVEIRA MATIAS PEREIRA

#### Indicadores TISS

**Indicador de acidente:**

Outros

**Tipo de consulta:**

Primeira

**Senha solicitação:**

#### Procedimento consulta

**Evento:**

00.01.0014 - CONSULTA EM CONSULTÓRIO (no HORÁRIO NORMAL ou PRÉ-ESTABELECIDO)

**Item de custo:**

139 - Consulta

**Resultado**

**Situação:**  
Negada

**Valor:**

#### Mensagem

[Voltar](#)

[Imprimir](#)



## TUTORIAL ATENDIMENTO AUTORIZADOR WEB



### 3.2 Solicitação AUTORIZADA

Caso a solicitação seja AUTORIZADA, o sistema emitirá um **Recibo** informando o número da autorização. Podendo, assim, imprimir a Guia de Consulta.

#### Solicitação de Autorização

**Autorização:**

282

**Guia:**

**Data de atendimento:**

**Data de emissão:**

#### Prestadores

**Solicitante:**

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE BRASÍLIA LTDA

**Local de execução:**

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE BRASÍLIA LTDA

**Recebedor:**

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE BRASÍLIA LTDA

**Executor:**

04639732000187 - INSTITUTO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DE BRASÍLIA LTDA

**Endereço do executor:**

SEPS 710/910 Centro Clín Via Brasil Torre A SI 424 BRASILIA-DF

#### Beneficiário

00010000137701 - MARCELO DE MELO ANDRADE COURA

**C.I.D. principal:**

**C.I.D. (2):**

**C.I.D. (3):**

**C.I.D. (4):**

#### Observação

#### Eventos

Evento	Quantidade	Item de Custo
00.01.0014 - CONSULTA EM CONSULTÓRIO (no HORÁRIO NORMAL ou PRÉ-ESTABELECIDO)	1	-

#### Resultado

**Situação:**

Autorizada

**Valor total:**

#### Mensagem

[Voltar](#)

[Imprimir](#)