

MANUAL



PARA O PRESTADOR

GUIA SADT

1- Acesse o site WWW.CASSIND.COM.BR após o acesso ir até a aba



2- Irá abrir o menu de informações nele irá escolher entre uma das opções de acesso ao prestador.

Acesso ao prestador

Opção 1

Entrar

Opção 2

Entrar

Pagamentos à Credenciados (analítico)

Recibo de RPA

Informações para Emissão de Notas Fiscais

Informe de Imposto de Renda (credenciado)

Informe de INSS

Relatório de Glosa

Transferir XML (TISS)

Tabela TUSS

Guia TISS

Tabela de Taxas

Boletim de Produção

Outros

O que é preciso para se credenciar

Calendário de Faturamento 2021

Manual de Autorização Online

Critérios do Fator de Qualidade

O QUE VOCÊ PROCURA? OK WEB FORNECEDOR ACESSO USUÁRIO ACESSO PRESTADOR

INSTITUCIONAL + NOTÍCIAS + GUIA MÉDICO + PROSPEC + DÚVIDAS + PARCEIROS + OUVIDORIA

3- Em seguida colocar usuário e senha, caso não tenha, entrar em contato com o setor de cadastro.

Contatos: ☎ Fixo (79) 3025-8009 📞 WhatsApp: 9877-4821 ✉ E-mail: cadastro@cassind.com.br

Login

Senha

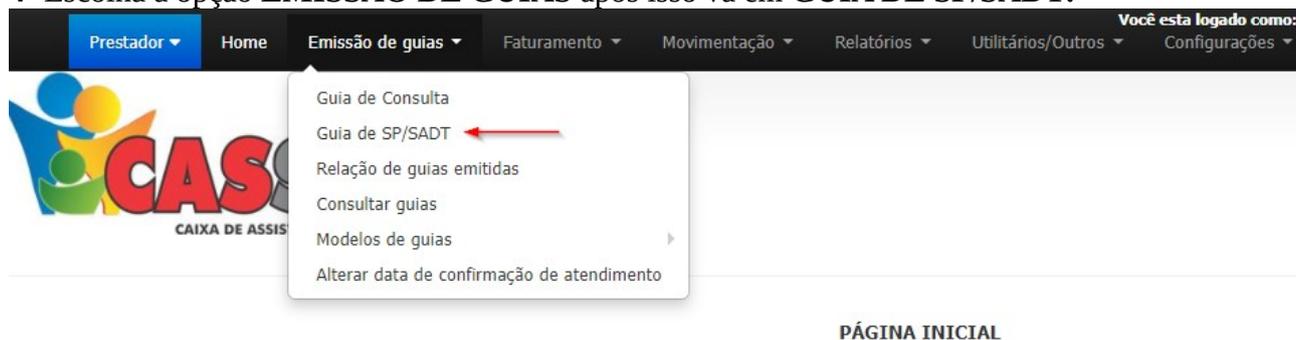
Entrar

[Esqueci minha senha](#)

Este site é melhor visualizado em Chrome ou Firefox
Clique na imagem para fazer o download



4- Escolha a opção **EMISSÃO DE GUIAS** após isso vá em **GUIA DE SP/SADT**.



5- Irá abrir uma tela para a marcação da consulta com um local para colocar o número da carteirinha, após coloca o número da carteirinha (com oito dígitos, completados com zero a esquerda), irá dar OK, ou TAB onde as configurações do usuário aparecera. Caso não coloque os oito dígitos não ira reconhecer o número da carteirinha.

GUIA DE CONSULTA

Dados do beneficiário

Número da carteira: [input] [Q] Nome do beneficiário: [input] [Q] Acomodação: APARTAMENTO Foto não disponível

Cel. contato Benef. Pessoa p/ contato: [input] [input]

Observações do beneficiário: [input]

6- Nesse campo será inserido os dados pedidos pelo mesmo, após colocá-los vá no botão **AUTORIZAR** e a guia estará autorizada para a consulta.

Dados da guia

Solicitante: [input] [Q] Especialidade solicitante: Seleccione a especialidade Executante: [input] [Q]

Especialidade: CLINICA MEDICA Regime: Eletiva Tipo de atendimento: [input]

Atendimento RN: Não Indicador de acidente: Não Acidente Procedimento já realizado?: [input]

Inserir Kit

Código	Descrição	Quantidade
40304957	ADENOGRAMA (INCLUI HEMOGRAMA)	1 [Q] ✕
40306925	HELICOBACTER PYLORI - IGM	1 [Q] ✕
[input] [Q]	[input]	1 [Q] ✕
[input] [Q]	[input]	1 [Q] ✕
[input] [Q]	[input]	1 [Q] ✕

+ Adicionar Procedimento

Observação impressa / Justificativa da guia

Autorizar