

**PROCEDIMENTOS**

**FISIOTERAPIA**

**CONVÊNIOS E PARCEIROS**

**UNISER DO VALE**

**OUTUBRO 2025**

<b>ALLIANZ.....</b>	<b>PÁGINAS 03 - 04</b>
<b>ASSEFAZ.....</b>	<b>PÁGINAS 05 A 12</b>
<b>BRADESCO (EXECUÇÃO ORIZON).....</b>	<b>PÁGINAS 13 A 19</b>
<b>DONA SAÚDE.....</b>	<b>PÁGINAS 20 A 27</b>
<b>FUSEX TAUBATÉ.....</b>	<b>PÁGINAS 28 A 29</b>
<b>MEDISERVICE (RPG E AVALIAÇÃO).....</b>	<b>PÁGINAS 30 A 36</b>
<b>MEDISERVICE (VALIDAÇÃO PRÉVIA ORIZON).....</b>	<b>PÁGINAS 37 A 41</b>
<b>OMINT SAÚDE.....</b>	<b>PÁGINAS 42 A 44</b>
<b>SANTA CASA.....</b>	<b>PÁGINAS 45 A 49</b>
<b>SEPACO.....</b>	<b>PÁGINAS 50 A 55</b>
<b>UNIMED CAÇAPAVA.....</b>	<b>PÁGINAS 56 A 62</b>
<b>UNISER PARCEIROS ADC/CTA, AVIBRÁS, FUNDHAS.....</b>	<b>PÁGINA 63</b>
<b>UNISER FAMÍLIA E ASSEJUS.....</b>	<b>PÁGINA 64 A 65</b>

## **PROCEDIMENTO ALLIANZ**

\*SEMPRE CONFIRMAR OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS\*

- ❖ SOLICITAÇÕES ATRAVÉS DO E-MAIL: [solicitacoessaude@allianz.com.br](mailto:solicitacoessaude@allianz.com.br)

### **PARA PRIMEIRO ATENDIMENTO:**

- ❖ NO ASSUNTO COLOCAR NÚMERO DA CARTEIRINHA E O NOME DO USUÁRIO.
- ❖ NO CORPO DO E-MAIL:  
REPETIR NÚMERO DA CARTEIRINHA E NOME COMPLETO DO USUÁRIO, INFORMAR TIPO DE TERAPIA, CID, O CÓDIGO DE PROCEDIMENTO E QUANTIDADE DE SESSÕES.  
PRESTADOR:  
UNISER DO VALE COOPERATIVA DE TRABALHO – CNPJ:68.930.940/0001-13
- ❖ **PROCEDIMENTOS:**  
**TABELA TUSS DISPONÍVEL NO SITE UNISER DO VALE.**
- ❖ O PEDIDO MÉDICO TEM VALIDADE DE 90 DIAS.
- ❖ ANEXAR O PEDIDO MÉDICO NO E-MAIL E RELATÓRIO DO PROFISSIONAL COOPERADO.

### **CONTINUIDADE DO TRATAMENTO:**

- ❖ PARA DAR CONTINUIDADE AO TRATAMENTO FAZER O MESMO PROCESSO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO E NO ASSUNTO DO E-MAIL COLOCAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO E ESCREVER **CONTINUIDADE DO TRATAMENTO**. ANEXAR O RELATÓRIO DO COOPERADO.
- ❖ A RESPOSTA DA AUTORIZAÇÃO LEVA DE 3 A 5 DIAS PARA A LIBERAÇÃO, E A PRÓPRIA UNISER DO VALE RECEBE POR E-MAIL, [administrativo@uniserdovale.com.br](mailto:administrativo@uniserdovale.com.br).
- ❖ APÓS O PERÍODO DE 3 A 5 DIAS O COOPERADO DEVE ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER PARA VERIFICAR SE JÁ RECEBEMOS A AUTORIZAÇÃO, CASO SIM, ENVIAREMOS POR E-MAIL, CASO NÃO HAJA RESPOSTA, INSTRUÍMOS LIGAR NO **4001-5080**.

## VERIFICAR A GUIA ALLIANZ AUTORIZADA

- ❖ **STATUS DA AUTORIZAÇÃO:** SE AUTORIZADO OU NÃO
- ❖ **DADOS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / SOLICITANTE**
- ❖ **DADOS DO SEGURADO**
- ❖ **DETALHES DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.**
- ❖ **OBSERVAR A QUANTIDADE AUTORIZADA.**
- ❖ **INFORMAÇÕES RELEVANTES/OBSERVAÇÕES:** PEDIR PARA O BENEFICIÁRIO ASSINAR A QUANTIDADE AUTORIZADA COM AS RESPECTIVAS DATAS DE ATENDIMENTO NO ESPAÇO EM BRANCO. CARIMBO E ASSINATURA DO COOPERADO UNISER NO FINAL DA GUIA.

Status da solicitação: Autorizado

**Autorização de SADT**

Senha Nº XXXXXXXXXX Data de validade da senha 24/04/2023 Nº guia no prestador \_\_\_\_\_

Data de emissão 25/03/2023

**Dados do Profissional Executante / Solicitante**

Nome do contratado executante UNISER DO VALE Código CNES 3452271 Código do contratado (CNPJ) 68930940000113

Endereço AV ADEMAR DE BARROS 621 FUNDOS,0 - JARDIM SÃO DIMAS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP Telefone 1239412176

Nome do profissional solicitante \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

**Dados do Segurado**

Nome do beneficiário Ademir de Barros dos Santos Nº carteira do beneficiário XXXXXXXXXX Idade 47 Sexo Feminino

Plano EXCELLENCE 20 Titular / Dependente Cônjuge Recém-nato Não


**Detalhes dos Procedimentos Médicos**

Tabela Referência	Cod. Procedimento	Descrição Procedimento	Quantidade Solicitada	Quantidade Autorizada	Cód. Motivo da Negativa	Descrição Motivo da Negativa	Data da Autorização
22	20103514	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM	10	10			25/03/2023

**Informações Relevantes / Observações**

ASSINAR A QUANTIDADE AUTORIZADA COM AS RESPECTIVAS DATAS DE ATENDIMENTO

CARIMBO/ASSINATURA  
COPP UNISER



Ativar o Windows

Allianz Saúde S.A.  
Rua Eugênio de Medeiros, 303 - 05425-000 São Paulo-SP - www.allianz.com.br  
CNPJ: 04.430.477/0001-10 - Insc. Est. 12.111.111-11

## DOCUMENTOS PARA ENVIO AO FATURAMENTO:

- ❖ GUIA AUTORIZADA COM AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL E IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL COOPERADO (CARIMBO E ASSINATURA).
  - ❖ CÓPIA DO PEDIDO MÉDICO ANEXO A GUIA FÍSICA.
  - ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.
- OBS:** MANTENHA SEMPRE UMA CÓPIA DA GUIA ARQUIVADA, POIS ELA PODERÁ SER NECESSÁRIA EM EVENTUAIS RECURSOS DE GLOSAS.

## **ASSEFAZ**

SEMPRE CONFIRMAR OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS\*

- ❖ A MAIORIA DAS AUTORIZAÇÕES ESTÁ FICANDO EM ANÁLISE, EM ALGUNS CASOS A AUDITORIA ESTÁ DEMORANDO EM TORNO DE 10 DIAS PARA AUTORIZAR.
- ❖ ABRA SEU NAVEGADOR DE INTERNET, E NA BARRA DE ENDEREÇOS DIGITE O ENDEREÇO <https://novowebplanassefaz.facilinformatica.com.br/> CLIQUE EM ACESSO AO WEBPLAN.

### **TIPO DE ACESSO: PRESTADOR PF**

**LOGIN: 68930940000113      SENHA: 68930940000113**



 **LOGON**

Tipo de acesso: Prestador PF ▼

Usuário: 68930940000113











Senha: ●●●●●●●●

[Esqueci minha senha](#)

Entrar

### **CONSULTAR A ELEGIBILIDADE**

- ❖ CLICAR EM CONSULTA DE BENEFICIÁRIO, DIGITAR O NÚMERO DA CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO, CLICAR EM PESQUISAR. NA LINHA DE BAIXO IRÁ APARECER SE ESTÁ ATIVO OU NÃO, O PLANO E OS DADOS DO BENEFICIÁRIO.


**Consulta de Beneficiário**

Filtros

Beneficiário:

CPF:

Número do Cartão:

 **Pesquisar**

**JULIANA BORBA EVANGELISTA**

Situação: Ativo

Tipo: Dependente

Plano: ASSEFAZ RUBI

Unidade: MINISTERIO DA FAZENDA

Nº Cartão:

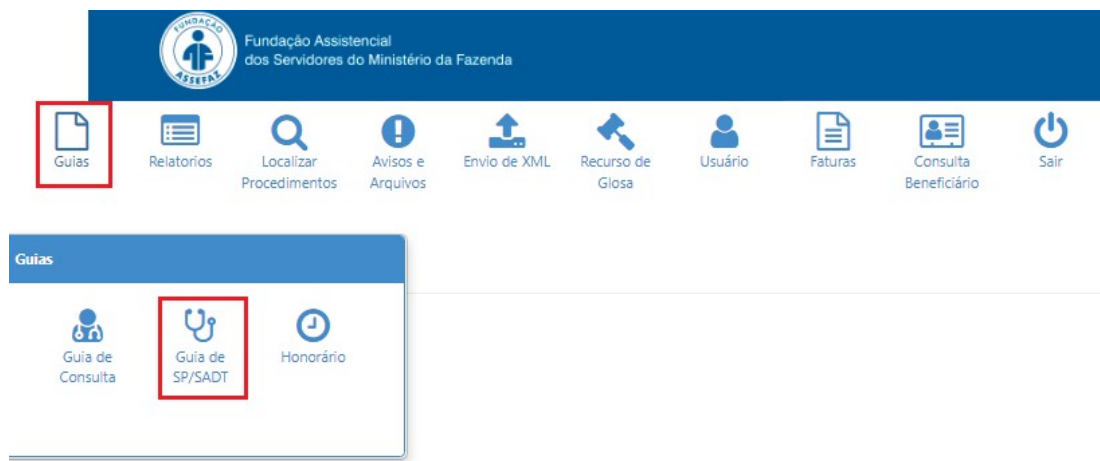
Titular:

Dt. Validade: 31/07/2027

Ativar o Windows

## AUTORIZAÇÃO DA GUIA

- ❖ ACESSE O MENU “GUIAS” E CLIQUE EM “GUIA DE SP/SADT” E AGUARDE O CARREGAMENTO DO FORMULÁRIO.



- ❖ INICIE O PREENCHIMENTO A PARTIR DA ABA **DADOS PRINCIPAIS**, NO **CAMPO 8**, ONDE PODEMOS INSERIR O **NÚMERO DA CARTEIRINHA** OU **NOME DO BENEFICIÁRIO**.
- ❖ **CAMPO 12**, ATENDIMENTO A RN: **NÃO**.
- ❖ NO **CAMPO 13** DEVE SER INFORMADO O MÉDICO SOLICITANTE, É POSSÍVEL REALIZAR A CONSULTA DIGITANDO O NÚMERO DO CONSELHO OU NOME DO PROFISSIONAL.
- ❖ **CAMPO 21**, CARATER DO ATENDIMENTO: **ELETIVO**.
- ❖ **CAMPO 23**, INDICAÇÃO CLÍNICA: **CID**.

### Guia de SP/SADT

▼ Dados principais

1 - Registro ANS 346926	2 - Nº Guia no Prestador	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	--------------------------	------------------------------

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira *	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN *
				Não

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional (CRM) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA	17 - Número no Conselho	18 - UF SP	19 - Código CBO (225125) MÉDICO
---------------------------------------	---	-------------------------	---------------	------------------------------------

21 - Caráter do Atendimento *	22 - Data da solicitação *	23 - Indicação Clínica
Eletivo	15/06/2023	

Ativar o Windows  
Acesse Configurações para

- ❖ NA ABA **DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE**, NO CAMPO 29, PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO (DADOS DA UNISER).

O CAMPO 32 DEVE SER PREENCHIDO DE ACORDO COM O TIPO ATENDIMENTO: TERAPIA

#### Guia de SP/SADT

➤ Dados principais

▼ Dados do Contratado Executante

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora \* 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES

09436-0 UNISER VALE COOP DE PSICOLOGIA FONO TERAP OC 5282225

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento \* 33 - Indicação de Acidente 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

TERAPIA NÃO ACIDENTE -- Seleccione -- -- Seleccione --

- ❖ NA ABA **PROCEDIMENTOS** SERÁ UTILIZADA PARA LANÇAMENTO DOS PROCEDIMENTOS. CADA ÍCONE TEM UMA FUNÇÃO E APLICAÇÃO DIFERENTE. O BOTÃO **INSERIR** DEVE SER UTILIZADO PARA A INSERÇÃO INDIVIDUAL DOS PROCEDIMENTOS. É POSSÍVEL INSERIR VÁRIOS PROCEDIMENTOS AO MESMO TEMPO, UTILIZANDO O BOTÃO **INSERÇÃO EM LOTE**.

#### Guia de SP/SADT

➤ Dados principais

➤ Dados do Contratado Executante

▼ Procedimentos

+ Inserir Inserção em lote

Tabela	Procedimento	Descrição	Quantidade	Qtde. Fracionada	Unidade de Medida	Via Acesso	Valor
Registros: 0 Procedimentos: 0 Valor Total:							

- ❖ SE OPTAR POR INCLUIR UM DE CADA VEZ, DEVE CLICAR EM **INSERIR** E DIGITAR O NOME OU CÓDIGO DO PROCEDIMENTO, SEGUINDO O PADRÃO TUSS, EM SEGUIDA COLOQUE A QUANTIDADE DESEJADA E CLIQUE EM **CONFIRMAR**.

#### ▼ Procedimentos

Confirmar Cancelar Inserção em lote

Tabela	Procedimento	Descrição	Quantidade	Qtde. Fracionada	Unidade de Medida	Via Acesso
1	22	2.01.03.48-4	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBR	1		
Registros: 0 Procedimentos: 0 Valor Total:						

- ❖ SE ESCOLHER INCLUIR VÁRIOS PROCEDIMENTOS AO MESMO TEMPO, CLICAR EM **INSERÇÃO EM LOTE** VAI ABRIR UMA CAIXA, NESTA TELA É POSSÍVEL DIGITAR UMA SEQUÊNCIA DE CÓDIGOS E OS INSERIR DE UMA SÓ VEZ NO GRID DE PROCEDIMENTOS. (SEGUIR O EXEMPLO: CODIGO\*QUANTIDADE) DEPOIS CLICAR EM **INSERIR** NO FIM DO GRID.



### EXEMPLO:

The screenshot shows the 'WebPlan' window with the following content:

**Procedimentos em lote**  
 Insira um procedimento por linha  
 Para informar mais que uma unidade utilize [codigo\*quantidade]  
 Para informar a tabela utilize [Tabela;codigo], se não informar a tabela padrão é 22.  
 Exemplos:  
 10101012\*3 ou 19;101010\*1/11,00

Below the examples, there is a list of codes: 20103484\*2 and 20103310\*2.

In the background, the 'Meus aplicativos' window shows the 'Procedimentos' section with a red arrow pointing to the 'Inserção em lote' button.

- ❖ VAI ABRIR UMA CAIXA WEBPLAN PARA DIZER SE OS PROCEDIMENTOS ESTÃO VÁLIDOS OU NÃO. CLICAR NO BOTÃO OK.

The 'WebPlan' window displays the following information:

**Procedimentos Válidos:**

- (2.01.03.48-4) PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO [Tabela: 21]
- (2.01.03.31-0) LESAO NERVOSA PERIFERICA AFETANDO MAIS DE UM NERVO COM ALTERACOES SENS [Tabela: 21]

**Nenhum procedimento inválido.**

At the bottom right, there is an 'OK' button.

- ❖ É POSSIVEL **ALTERAR** OU **REMOVER** PROCEDIMENTOS CASO PRECISE.

+ Inserir   Alterar   Inserção em lote   Remover						
Tabela	Procedimento	Descrição	Quantidade	Qtde. Fracionada	Unidade de Medida	Via Acesso
1 22	2.01.03.48-4	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO [Tabela: 21]	2			
2 22	2.01.03.31-0	LESAO NERVOSA PERIFERICA AFETANDO MAIS DE UM NERVO COM ALTERACOES SENS [Tabela: 21]	2			
Registros: 2   Procedimentos: 4.00   Valor Total:						

**\*PROCEDIMENTOS TABELA TUSS FISIOTERAPIA NO SITE DA UNISER DO VALE.**

- ❖ ANEXAR O PEDIDO MÉDICO E RELATÓRIO DO PROFISSIONAL, EM **TIPO DE ANEXO** SELECIONAR A OPÇÃO DESEJADA. CLICAR EM **GRAVAR**.



Tabelas:

- 18 (Diário)
- 19 Material
- 20 Medicamento
- 22 Procedimento

Profissionais Exe...

Observação/Justi...

Informações Adic...

Contato para Aud...

Anexos (tamanho máx 5mb):

Tipo Anexo: PEDIDO MEDICO

Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido Adicionar

Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar o Windows

Limpar Dados Gravar

❖ OS ANEXOS NA IMAGEM ABAIXO. APÓS ISSO, CLIQUE NO BOTÃO **GRAVAR**.

Anexos (tamanho máx 5mb):

Tipo Anexo: PEDIDO MEDICO

Escolher arquivo Pedido Kleber.docx Adicionar

RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA 09436022092343142001.pdf

PEDIDO MEDICO Pedido [redacted]

Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar o Windows

Limpar Dados Gravar

❖ SE **LIBERADO**, VAI ABRIR UMA CAIXA, WEB PLAN. CLICAR EM IMPRIMIR GUIA.

❖ NA MAIORIA DAS LIBERAÇÕES ESTÃO FICANDO **EM ANÁLISE**, COMO MOSTRAMOS NA FIGURA A DIREITA. A AUDITORIA ESTÁ DEMORANDO EM TORNO DE 10 DIAS PARA AUTORIZAR.

WebPlan

Autorização concedida para todos os procedimentos.

Nº Guia Operadora: 71

Nº Guia Prestador: 00035228051611514000

Senha: 71161

Validade: 27/06/2016

Solicitado em: 28/05/2016

Imprimir guia i Fechar

WebPlan

Autorização em análise.

Nº Guia Operadora: 5197887

Nº Guia Prestador: 09436027062309214801

Solicitado em: 27/06/2023

5.00.00:47-0

Quantidades:

Solicitado(s): 5 Autorizado(s): 0 Pendente(s): 5

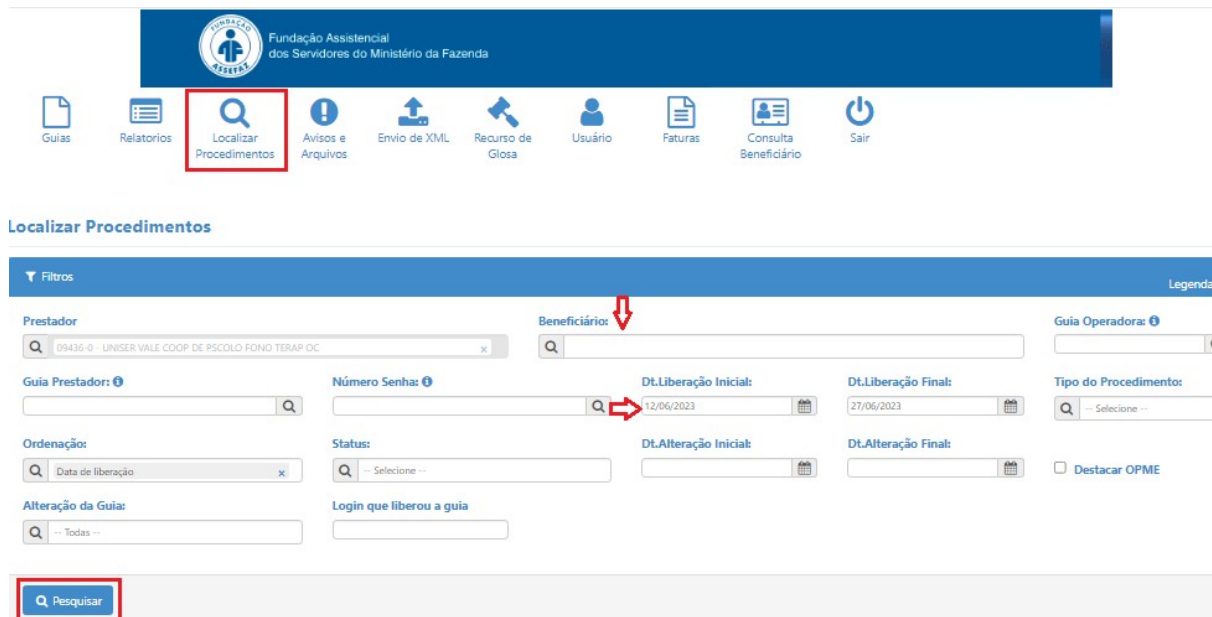
SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO [Tabela: 21]

- Procedimento possui DUT \* Procedimento: 5.00.00:47-0 (Tab.: 21)
- A liberação do serviço é condicionada a Auditoria Médica.

Fechar

## CONSULTA DE GUIAS

- ❖ CASO PRECISE CONSULTAR UMA GUIA PARA VER SE FOI LIBERADA OU AINDA CONTINUA EM ANÁLISE, CLICAR EM **LOCALIZAR OS PROCEDIMENTOS**. VAI ABRIR UMA CAIXA, PREENCHER O NÚMERO COM A CARTEIRINHA PARA CONSULTAR, OU APENAS AS DATAS PARA FILTRAR AS LIBERAÇÕES. DEPOIS CLICAR EM **PESQUISAR**.



- ❖ ABAIXO TEMOS 3 EXEMPLOS DOS STATUS DE CADA GUIA:  
**CANCELADO; AUTORIZADO; EM ANÁLISE.**

Procedimentos

Beneficiário:

Prestador: (09436-0)-UNISER VALE COOP DE PSICOLOGIA FONO TERAP OC

Procedimentos:

4 - 5.00.00.47-0

Num. Guia Operadora:

Num. Guia Prestador:

09436015062303850201

Senha:

Dt. Lib.:

15/06/2023

Serviço:

SP/SADT

Tipo de Guia:

SP/SADT

Situação?:

Cancelado

Beneficiário:

Prestador: (09436-0)-UNISER VALE COOP DE PSICOLOGIA FONO TERAP OC

Procedimentos:

4 - 5.00.00.47-0

Num. Guia Operadora:

Num. Guia Prestador:

09436020062305920201

Senha:

Dt. Lib.:

15/06/2023

Serviço:

SP/SADT

Tipo de Guia:

SP/SADT

Situação?:

Autorizado

Beneficiário:

Prestador: (09436-0)-UNISER VALE COOP DE PSICOLOGIA FONO TERAP OC

Procedimentos:

4 - 5.00.00.47-0

Num. Guia Operadora:

Num. Guia Prestador:

09436020062305920201

Senha:

Dt. Lib.:

20/06/2023

Serviço:

SP/SADT

Tipo de Guia:

SP/SADT

Situação?:

Em análise

Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar

- ❖ ABAIXO UMA BREVE DESCRIÇÃO DOS BOTÕES DE AÇÃO EXIBIDOS NOS RESULTADOS DA PESQUISA.



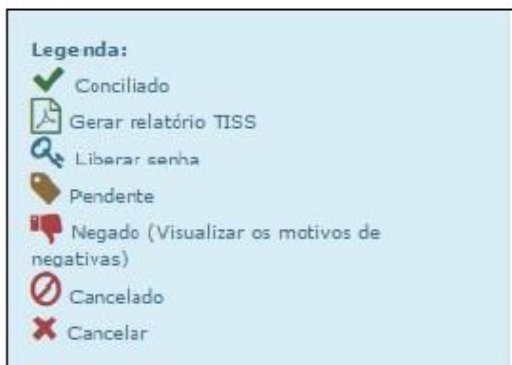
CONSULTA AO HISTÓRICO DE MENSAGENS TROCADAS COM A OPERADORA;



ADICIONA OBSERVAÇÃO À GUIA VISUALIZADA;

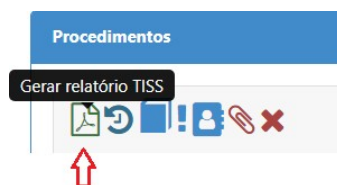


VISUALIZAÇÃO, REMOÇÃO E INSERÇÃO DE DOCUMENTOS ANEXOS DA GUIA;



## IMPRESSÃO DE GUIAS AUTORIZADAS

- ❖ CLICAR NO ÍCONE **GERAR RELATÓRIO TISS**,
- ❖ CONFORME IMAGEM A SEGUIR, IRÁ ABRIR A GUIA TISS.



- ❖ OS CAMPOS SINALIZADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, INCLUIR AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO E AS DATAS DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

<b>CAMPO 56</b>	DATA DA REALIZAÇÃO DE CADA PROCEDIMENTO
<b>CAMPO 57</b>	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
<b>CAMPO 67</b>	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU O RESPONSÁVEL ATENDIDO PELO COOPERADO
<b>CAMPO 68</b>	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL COOPERADO

## MODELO DE GUIA ASSEFAZ

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT										2- Nº Guia no Prestador <b>48817000</b>	
1 - Registro ANS 340326		3 - Número da Guia Principal			6 - Data de Validade da Senha 12/04/2023			7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4889515			
4 - Data da Autorização 12/04/2023		5 - Senha									
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira 31/03/2027		10 - Nome Social					12 - Atendimento a RM Sim		
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora 00000-0		14 - Nome do Contratado LIB. SEM LOCAL			16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		
15 - Nome do Profissional Solicitante							19 - Código CBO 223005		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento Elétrico		22 - Data de Solicitação 12/04/2023		23 - Indicação Clínica					30 - Indicador Cobertura Especial		
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição					27 - Qtd. Solic.		
1 22		2.01.03.34-4		MIOPATIAS					10		
2 22		5.00.00.14-4		CONSULTA AMBULATORIAL EM FISIOTERAPIA					1		
3 22		2.01.03.49-2		PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS					10		
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora 09436-0		30 - Nome do Contratado UNISER VALE COOP DE PSICOLOGIA FONO TERAP OC					31 - Código CNES 5282225				
Dados do Atendimento											
32 - Tipo de Atendimento (3) TERAPIA		33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada) (2) OUTROS			34 - Tipo de Consulta (1) PRIMEIRA CONSULTA		35 - Motivo de Encerramento de Atendimento		36 - Regime de Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
37 - Data		38 - Hora Inicial		39 - Hora Final		40 - Tabela		41 - Código do Procedimento		42 - Descrição	
1 12/04/2023		22		22		2.01.03.34-4		MIOPATIAS		10	
2 12/04/2023		22		22		5.00.00.14-4		CONSULTA AMBULATORIAL EM FISIOTERAPIA		1	
3 12/04/2023		22		22		2.01.03.49-2		PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS		10	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Prof.		50 - Código na Operadora/CNPJ		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
1				68.930.940/0001-13		UNISER VALE COOP DE PSICOLOGIA FONO TERAP OC		68.930.940/0001-13		914020	
2										SP	
3										223005	
4											
54 - Data de Realização de Procedimentos em Série											
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -		11 -	
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -		12 -	
55 - Observação / Justificativa											
56 - Total Procedimentos (R\$)											
57 - Total Taxas / Aluguéis (R\$)											
58 - Total Materiais (R\$)											
59 - Total OPME (R\$)											
60 - Total Medicamentos (R\$)											
61 - Total Gases Médicos (R\$)											
62 - Total Geral (R\$)											
63 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
65 - Assinatura do Contratado											

## DOCUMENTOS PARA ENVIO AO FATURAMENTO:

- ❖ GUIA SP/SADT AUTORIZADA EMITIDA PELO SITE COM AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL E IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL COOPERADO (CARIMBO E ASSINATURA).
- ❖ CÓPIA DO PEDIDO MÉDICO ANEXO A GUIA FÍSICA.
- ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.

**OBS:** MANTENHA SEMPRE UMA CÓPIA DA GUIA ARQUIVADA, POIS ELA PODERÁ SER NECESSÁRIA EM EVENTUAIS RECURSOS DE GLOSAS.

## **PROCEDIMENTO BRADESCO**

### **PARA ESTA ESPECIALIDADE SOMENTE SITE ORIZON (EXECUÇÃO)**

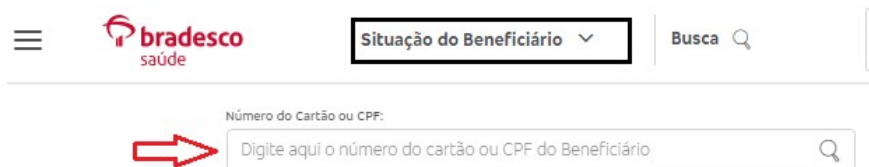
O LOGIN E SENHA DA ORIZON SÃO INDIVIDUAIS, CASO AINDA NÃO POSSUA, ENTRE EM CONTATO COM O SETOR ADMINISTRATIVO DA UNISER.

\*SEMPRE CONFIRMAR A ELEGIBILIDADE E OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS\*

### **SITE BRADESCO PARA CONSULTAR A ELEGIBILIDADE E O PLANO DO BENEFICIÁRIO**

[www.bradescoseguros.com.br](http://www.bradescoseguros.com.br)

- ❖ TIPO DE ACESSO: REFERENCIADO
- ❖ PESSOA JURÍDICA (SEMPRE)
- ❖ CNPJ UNISER: 68.930.940/0001-13
- ❖ LOGIN: (CPF COOPERADO)
- ❖ SENHA: SENHA BRADESCO INDIVIDUAL. SOLICITAR A UNISER CASO NÃO TENHA.



The image shows a portion of the Bradesco Saúde website. At the top, there is a navigation bar with the Bradesco Saúde logo, a dropdown menu labeled 'Situação do Beneficiário', and a search bar labeled 'Busca'. Below this, there is a section titled 'Número do Cartão ou CPF:' with a red arrow pointing to a text input field. The input field contains the placeholder text 'Digite aqui o número do cartão ou CPF do Beneficiário' and a magnifying glass icon on the right.

#### **PEDIDO MÉDICO:**

- ❖ O BENEFICIÁRIO DEVERÁ IR AO CONSULTÓRIO DO PROFISSIONAL COM ENCAMINHAMENTO MÉDICO.
- ❖ É IMPRESCINDÍVEL QUE O PEDIDO MÉDICO ESTEJA DATADO E CONTENHA O CID.
- ❖ NA EXECUÇÃO COLOCAR O MESMO CID QUE ESTÁ NO ENCAMINHAMENTO MÉDICO.
- ❖ O PEDIDO MÉDICO DATADO SERÁ VÁLIDO POR **180 DIAS** E PODERÁ SER UTILIZADO E REUTILIZADO DURANTE SEU PERÍODO DE VALIDADE. (NÃO SERÃO ACEITOS PEDIDOS MÉDICOS SEM DATA).
- ❖ EM CASO DO ATENDIMENTO CONTÍNUO, SALVE A CÓPIA DO PEDIDO MÉDICO EM PDF, QUE SERÁ ANEXADA NO SISTEMA DA OPERADORA A CADA NOVA SOLICITAÇÃO.
- ❖ SE TIVER COM MAIS DE UM PEDIDO MÉDICO COM DIFERENTES PATOLOGIAS, É NECESSÁRIO JUNTAR EM UMA ÚNICA SOLICITAÇÃO E SE FOR O CASO ENVIAR OS DOIS PEDIDOS DE UMA ÚNICA VEZ JUNTO COM A GUIA.
- ❖ **INFORMAMOS QUE OS ATENDIMENTOS E AS RESPECTIVAS EXECUÇÕES DE GUIAS DEVEM SER REALIZADOS EXCLUSIVAMENTE DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA, EXCETO NOS CASOS EM QUE O PROFISSIONAL CONSTE NO CNES COMO PRESTADOR DE ATENDIMENTOS AOS SÁBADOS.**
- ❖ A LIBERAÇÃO É DE UMA GUIA POR DIA OU A CADA 6 HORAS.
- ❖ PARA O FATURAMENTO A SENHA TEM VALIDADE DE 90 DIAS.
- ❖ **O NÚMERO DA GUIA E SENHA SÓ PODE SER FATURADO UMA ÚNICA VEZ EM SISTEMA.**
- ❖ *O SISTEMA VALIDARÁ O ATENDIMENTO E, SE APROVADO, EMITIRÁ UMA GUIA DE AUTORIZAÇÃO.*

## \*TABELA TUSS (DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER DO VALE)

ANTES DAS AUTORIZAÇÕES CONSULTE O ARQUIVO NO SITE DA UNISER DO VALE: ORIENTAÇÕES FISIOTERAPEUTAS - BRADESCO – MEDISERVICE.

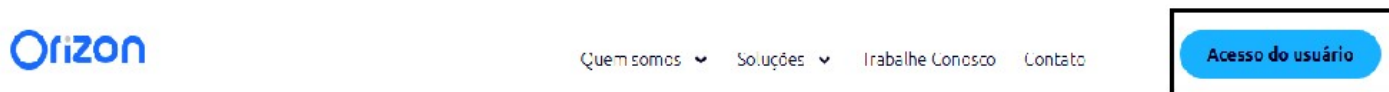
<https://www.orizon.com.br/>

## PASSO A PASSO AUTORIZE ORIZON EXECUÇÃO

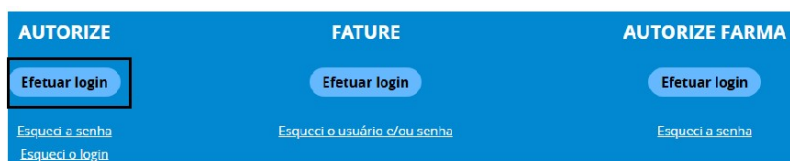
### LOGIN E SENHA INDIVIDUAIS

SOLICITAR AO ADMINISTRATIVO UNISER DO VALE

- ❖ NO PORTAL DA ORIZON CLICAR EM ACESSO DO USUÁRIO:



- ❖ NA OPÇÃO **AUTORIZAR** CLICAR EM **EFETUAR LOGIN**



- ❖ LOGIN E SENHA INDIVIDUAIS



- ❖ ASSIM QUE ABRIR O PORTAL, CLICAR EM **EXECUÇÃO (SP-SADT)**





❖ PREENCHER SOMENTE OS CAMPOS SINALIZADOS COM \*.

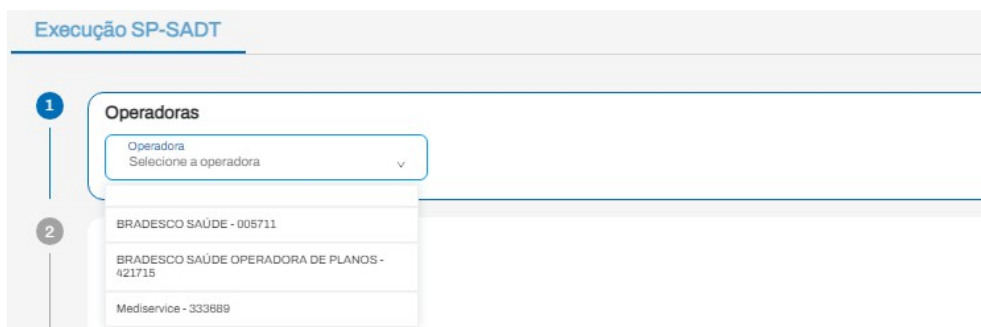
❖ OBRIGATORIAMENTE A EXECUÇÃO DEVE SER EFETUADA:

**1 - VIA CARTEIRINHA NA LEITORA**

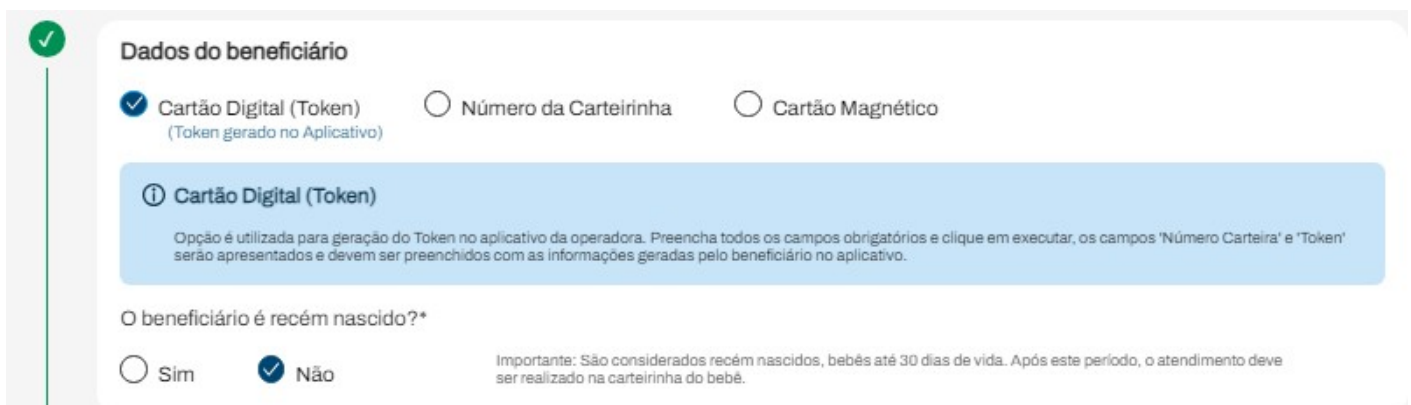
**2 - VIA TOKEN (SOMENTE NO FINAL DA TRANSAÇÃO, DURAÇÃO 30 SEGUNDOS).**

*OBS. CASO SEJA EFETUADO MANUALMENTE/DIGITADO, O SISTEMA TEM FERRAMENTAS PARA IDENTIFICAR E POSSIVELMENTE GLOSAR.*

1- **OPERADORAS:** DE ACORDO COM A CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO, SELECIONAR **005711** OU **421715**.



2. **DADOS DO BENEFICIÁRIO:** ESCOLHER A OPÇÃO CARTÃO DIGITAL (TOKEN) OU CARTÃO MAGNÉTICO.



**CARTÃO DIGITAL (TOKEN) – SOMENTE NO FINAL DA TRANSAÇÃO, DURAÇÃO 30 SEGUNDOS.**

**ATENDIMENTO RN - (NÃO)**

**CARTÃO MAGNÉTICO - PASSAR NA LEITORA NO INÍCIO DA TRANSAÇÃO.**

**OBS. O NÚMERO DA CARTEIRA NÃO PODE SER DIGITADO.**



### 3. SENHA SOLICITADA NO PORTAL AUTORIZA: DEIXAR EM BRANCO (NÃO PRECISA PREENCHER)

#### Senha solicitada no Portal Autorize

Utilize esta opção para executar uma senha já autorizada pela operadora e solicitada ...

Senha solicitada previamente  
Digite a senha alfanumérica

Trazer dados da senha

#### - DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

DADOS DO MÉDICO QUE ENCAMINHOU.

PESQUISAR PROFISSIONAL SOLICITANTE OU PREENCHER TODOS OS CAMPOS:

#### Dados do profissional solicitante

Pesquisar Profissional Solicitante  
Clique e pesquise o profissional cadastrado

Pesquise o profissional solicitante ou preencha os campos.  
Para agilizar seu processo, selecione um profissional previamente cadastrado. Os demais itens serão preenchidos automaticamente. Caso não localize o profissional, regularize o cadastro na tela [Cadastros de Profissional na página inicial](#).

Nome do profissional  
Digite o nome do profissional

Tipo de conselho  
Selecione o tipo de conselho

Digite o número do conselho  
Digite o número do conselho

UF do conselho  
Selecione o UF do conselho

Selecione o CBO \*  
Selecione o CBO

### 4- DADOS DO ATENDIMENTO

- TIPO DE ATENDIMENTO: TERAPIAS
- REGIME DE ATENDIMENTO: AMBULATORIAL
- PESQUISA DE CID: CID NO PEDIDO MÉDICO
- CARÁTER DE SOLICITAÇÃO: PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO: ELETIVA
- INDICADOR DE ACIDENTE: PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO: NÃO É ACIDENTE
- TIPO DE COBERTURA: PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO: NÃO SE APLICA

Dados do atendimento

Tipo do atendimento  
Terapias

Regime do atendimento  
Ambulatorial

Saúde ocupacional  
Selecione o atendimento

Pesquisa de CID

Caráter de solicitação\*

☒ Eletiva
☐ Urgência / Emergência

Eletivo: procedimentos médicos que são programados.  
Urgência/Emergência: para procedimentos exigem atendimento em curto espaço de tempo.

Indicador de acidente\*

☒ Não é acidente
☐ Acidente de trabalho
☐ Acidente de trânsito
☐ Outros acidentes

Tipo de cobertura

☒ Não se aplica
☐ Gestante
☐ Pré-operatório
☐ Pós-operatório

Grau de participação

Grau de participação  
Selecione o grau

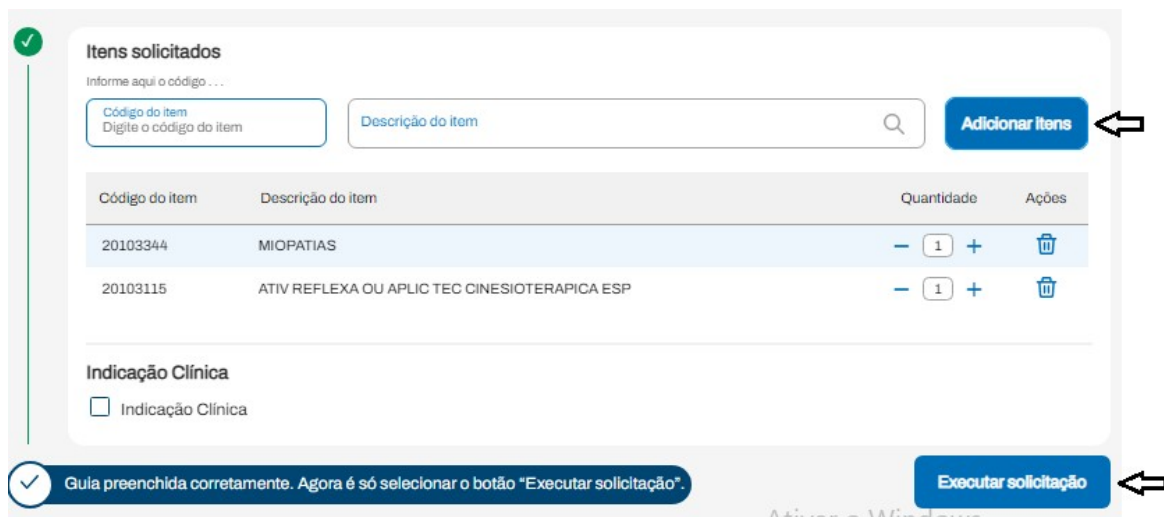
Ativar o Windows  
Acesse Configurações para ativar o Windows.

### 5- ITENS SOLICITADOS

DIGITAR O PROCEDIMENTO E CLICAR EM **ADICIONAR ITENS**.

UTILIZAR O BOTÃO DE + PARA ACRESCENTAR SESSÕES OU – PARA DIMINUIR A QUANTIDADE.

CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS NA TABELA TUSS (CONFORME INDICAÇÃO CLÍNICA/PEDIDO MÉDICO) NO FINAL CLICAR EM **EXECUTAR SOLICITAÇÃO**.



**Itens solicitados**  
Informe aqui o código...

Código do item  
Digite o código do item

Descrição do item

Adicionar itens

Código do item	Descrição do item	Quantidade	Ações
20103344	MIOPATIAS	- 1 +	
20103115	ATIV REFLEXA OU APLIC TEC CINESIOTERAPICA ESP	- 1 +	

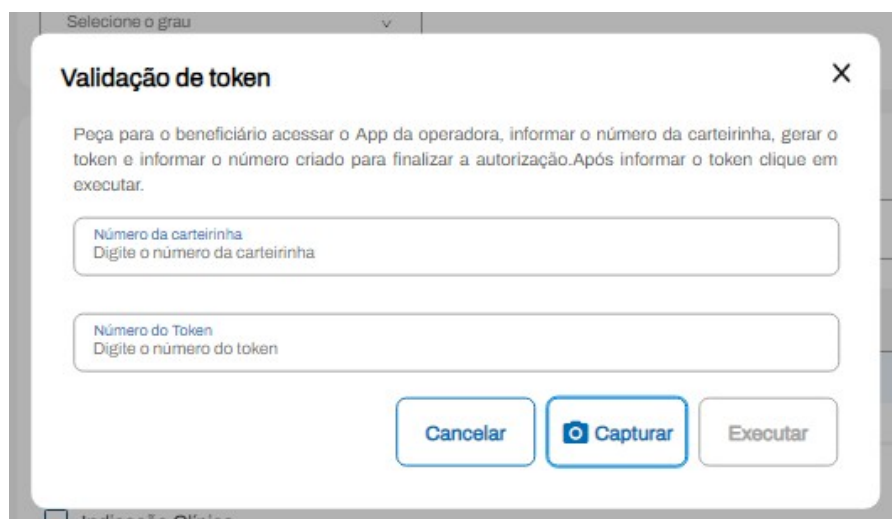
Indicação Clínica  
☐ Indicação Clínica

Guia preenchida corretamente. Agora é só selecionar o botão "Executar solicitação".

Executar solicitação

## 6 - VALIDAÇÃO DE TOKEN

OBS: DIGITAR O NÚMERO DA CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO ANTES DE GERAR O TOKEN.  
NO APLICATIVO DO BENEFICIÁRIO GERAR O TOKEN E CLICAR EM EXECUTAR.



Selecione o grau

**Validação de token**

Peça para o beneficiário acessar o App da operadora, informar o número da carteirinha, gerar o token e informar o número criado para finalizar a autorização. Após informar o token clique em executar.

Número da carteirinha  
Digite o número da carteirinha

Número do Token  
Digite o número do token


Cancelar Capturar Executar



- ❖ CASO A GUIA SEJA NEGADA, IR EM CONSULTAR GUIAS NEGADAS VERIFICAR O MOTIVO E REFAZER O PROCESSO DA EXECUÇÃO.


## COMO CONSULTAR / IMPRIMIR GUIAS

- ❖ NA PARTE SUPERIOR DO PORTAL ORIZON CLICAR NA OPÇÃO **EXTRATO**, NO CANTO DIREITO DA TELA;
- ❖ SELECIONAR A OPERADORA, **005711** OU **421715**, DE ACORDO COM A SENHA LIBERADA NA BRADESCO.
- ❖ DIGITAR A DATA QUE FOI FEITA A EXECUÇÃO.
- ❖ DIGITAR A CARTEIRINHA EM BENEFICIÁRIO.
- ❖ CLICAR EM PESQUISAR.


Pesquisa de Transações


Operadora: SELECIONE UMA OPERADORA 


Data Inicial: 22/01/2025  dd/mm/aaaa 


Data Final: 22/01/2025  dd/mm/aaaa


Resultado: ANALITICO POR PROCEDIMENTO ▾


Transação: 


CBO-S: 


Tipo de Transação: 


Situação: 


Motivo: 


Terminal: 


Procedimento: 

Autorização: 


Número da Guia Prestador: 

Número Guia Operadora: 

Beneficiário: 

Número: 

Prestador: 2695154 - UNISER DO VALE COOPDE TRABEM FISIO.

Cartão: 

**Pesquisar**

RESULTADOS:

- ❖ AUTORIZADO – CLICAR NA IMPRESSORA, IMPRIMIR E PREENCHER CONFORME INSTRUÇÕES.
- ❖ NEGADO – CLICAR NA GUIA PARA VERIFICAR O MOTIVO E POSTERIORMENTE REFAZER O PROCESSO.
- ❖ CANCELADO – NORMALMENTE EFETUADO PELO COOPERADO, REFAZER O PROCESSO SE FOR O CASO.
- ❖ AGUARDANDO JUSTIFICATIVA TÉCNICA - CLICAR NA GUIA PARA VERIFICAR O MOTIVO E RESPONDER SE FOR POSSÍVEL.

Resultado

Guia prestador	Nome / Carteirinha	Data e hora solicitada	Tipo de Solicitação	Status	Senha	Guia principal	Ações
			SP/SADT Execução	Autorizado		Guia principal	
			SP/SADT Execução	Negado		Guia principal	
			SP/SADT Execução	Cancelado		Guia principal	
			Solicitação de Sen...	Aguardando justificativa técnica		Guia principal	

Operadora: BRADESCO SAÚDE OPERADORA DE PLANOS

Data da Solicitação: 10/04/2023

Número da Transação: 1125458244

Número da Guia: 1125458244

Guia Ref. / Principal: Status: Negada 

Caráter de Atendimento: Eletivo

Motivo: 612 - Refaça a transação, alterando a identificação da operadora. 

Login que inseriu guia: Prestador (68930940U)

Data de conclusão da análise: 10/04/2023

- ❖ CASO A GUIA FIQUE COM O STATUS (OUTROS) OU (EM ANÁLISE) ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER PARA ABRIR UM CHAMADO JUNTO A OPERADORA BRADESCO.

## PREENCHIMENTO DA GUIA BRADESCO/ORIZON

- ❖ OS CAMPOS SINALIZADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, INCLUIR AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO E AS DATAS DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

<b>CAMPO - 56</b>	DATA DA REALIZAÇÃO DE CADA PROCEDIMENTO
<b>CAMPO - 57</b>	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
<b>CAMPO - 67</b>	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU O RESPONSÁVEL ATENDIDO PELO COOPERADO
<b>CAMPO- 68</b>	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL COOPERADO

**BRASCO**

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

D- Nº Guia no Protocolo

1- Registro ABB 421715	3- Número de Sua Própria			6- Data Validade da Sentença		7- Número de Guia Atribuído pela Operadora	
2- Nome do Beneficiário 18/07/2025	4- Sexo F						
5- Nome da Clínica		8- Validação da Clínica		9- Nome		10- Atendimento a RM <b>N</b>	

**Dados do Solicitante:**

12- Código da Operadora 659843	14- Nome do Contratado <b>UNISOR DO VALE COOPDE TRABEM FISIO.</b>	
15- Nome do Profissional Solicitante	16- Conselho Profissional CRM	17- Número no Conselho 98900
	18- UF <b>SP</b>	19- Código CBO 225270
		20- Assinatura do Profissional Solicitante

**Dados do Beneficiário / Procedimentos e Exames Realizados:**

21- Causas de Atendimento Elefvia	22- Data do Solicitação 18/07/2025 16:29	23- Indicação Clínica	26- Indicador de Cateterismo Espinal
24- Tabela 22	25- Código do Procedimento	28- Descrição	27-Qr. Selo: 1
			28-Qr. Autoriz. 1

**Dados do Contrato Encerrante:**

33- Código da Operadora 659843	35- Nome do Contratado <b>UNISOR DO VALE COOPDE TRABEM FISIO.</b>	37- Código CNES 8452271
-----------------------------------	--	----------------------------

**Dados de Atendimento:**

39- Tipo de Atendimento 3	40- Indicação de Atendentes (dentista ou técnico especializado) 9- Não Acidentes	41- Tipo de Consulta	42- Meio de Encaminhamento do Atendimento	43- Regime de Atendimento DI	44- Saúde Ocupacional
------------------------------	---	----------------------	---	---------------------------------	-----------------------

**Dados de Entorpes / Procedimentos e Exames Realizados:**

30 Data	31 Hora Inicial	32 Hora Final	33 Tempo	34 Código do Procedimento	35 Descrição	36 Qdr.	37 Qdr.	38 Taxa	39 Valor Realizado	40 Valor Total R\$	
<b>Solicitante(s) Profissional(es) Encarregado(s)</b> 41- Nome do Profissional 42- Conselho Profissional 43- Número no Conselho 44- UF 45- Código CBO											
<b>36-Dados das Realizações de Procedimentos em Selo DI- Assinaturas dos Beneficiários ou Responsáveis</b> 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____ 6- _____ 7- _____ 8- _____ 9- _____											
<b>37-Observações / Justificativa</b>    											
46- Total de Procedimentos (R\$)		47- Total de Taxas e Regimes (R\$)		48- Total em (R\$) (R\$)		49- Total de Medicamentos (R\$)		50- Total de Outros Serviços (R\$)		51- Total Geral (R\$)	
62- Assinatura do Responsável pela Autorização				63- Assinatura do Beneficiário ou Responsável				64- Assinatura do Contratado			

**DOCUMENTOS PARA ENVIO AO FATURAMENTO:**

**PARA ESTA OPERADORA, TEMOS DUAS OPÇÕES PARA ENTREGA DA GUIA:**

- 1- IMPRIMIR A GUIA SADT DO PORTAL ORIZON A CADA SESSÃO REALIZADA, COLHER AS ASSINATURAS E CARIMBO, E ENTREGAR TODAS AS GUIAS GRAMPEADAS JUNTAS.
- 2- PARA PROMOVER A ECONOMIA DE PAPEL, INFORMAMOS QUE É POSSÍVEL IMPRIMIR SOMENTE A PRIMEIRA GUIA QUE FOI EXECUTADA E PREENCHER AS DEMAIS DATAS DE ATENDIMENTO. AS DATAS PREENCHIDAS NA GUIA TEM QUE SER EXATAMENTE AS DATAS EXECUTADAS NA ORIZON.

**OBSERVAÇÃO:** ESSA OPÇÃO NÃO EXCLUI A OBRIGATORIEDADE DE EXECUÇÃO A CADA SESSÃO AUTORIZADA.

- ❖ GUIA SP/SADT EMITIDA PELA ORIZON COM A IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL COOPERADO (CARIMBO E ASSINATURA) E DATAS DOS ATENDIMENTOS.
  - ❖ PRIMEIRA GUIA PEDIDO MÉDICO ORIGINAL, NAS DEMAIS CÓPIAS DO PEDIDO ANEXO A GUIA FÍSICA.
  - ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.
  - ❖ TABELA DE HORÁRIOS EM QUE AS SESSÕES FORAM EXECUTADAS. DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER DO VALE. (ESTE DOCUMENTO SOMENTE PARA QUEM PREFERIR A OPÇÃO 2).
  - ❖ RELATÓRIO FISIOTERÁPICO DETALHADO (MODELO DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER). OBSERVAÇÃO: PEDIDO MÉDICO E RELATÓRIO FISIOTERÁPICO PERMANECEM OBRIGATÓRIOS A CADA ENVIO DE GUIA.
- OBS:** MANTENHA SEMPRE UMA CÓPIA DA GUIA ARQUIVADA, POIS ELA PODERÁ SER NECESSÁRIA EM EVENTUAIS RECURSOS DE GLOSAS.

## **DONA SAÚDE**

**\*ESTE PROCEDIMENTO ESTÁ EM ATUALIZAÇÃO\***

**\*SEMPRE CONFIRMAR OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS\***

**A GUIA AUTORIZADA PODE SER LIBERADA PELA OPERADORA QUANTO PELO PROFISSIONAL UNISER.**

**TODOS OS ATENDIMENTOS DEVEM SER EXECUTADOS E CONFIRMADOS PELO PORTAL PLANO ONLINE A CADA SESSÃO.**

**A CONFIRMAÇÃO DEVE SER FEITA USANDO O TOKEN/SENHA INFORMADO PELO BENEFICIÁRIO NO MOMENTO DO ATENDIMENTO PELO APLICATIVO.**

<https://planoonline.com.br/portal/donasaude>

LOGIN: 006026      SENHA: Uniser\*01

RECOMENDAMOS A UTILIZAÇÃO DOS NAVEGADORES MOZILLA FIREFOX OU GOOGLE CHROME.

## **PROCEDIMENTOS**

**\*TABELA TUSS (DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER DO VALE)**

## **ELEGIBILIDADE DE BENEFICIÁRIOS**

NO MOMENTO DO ATENDIMENTO É NECESSÁRIO QUE SEJA FEITA A ELEGIBILIDADE, EVITANDO ASSIM, TRANSTORNOS FUTUROS, COMO POR EXEMPLO: NÃO LIBERAÇÃO DE GUIAS, GLOSAS.

ACESSAR O ÚLTIMO ÍCONE DA PÁGINA (PESQUISAR BENEFICIÁRIO).



- DIGITAR O NOME COMPLETO OU PARCIAL DO BENEFICIÁRIO E CLICAR NA LUPA.



## EMISSÃO DE GUIAS SADT/EXECUÇÃO

- SELECIONAR O ÍCONE “EXECUÇÃO DE SP/SADT”.



Avisos

Consulta

Solicitação SP/SADT

Execução de SP/SADT

OPME

- **NOME DA ESPECIALIDADE:** CLICAR NA LUPA E SELECIONAR A ESPECIALIDADE DESEJADA DANDO UM DUPLO CLIQUE.
- **NOME DO LOCAL DE ATENDIMENTO:** CLICAR NA LUPA E DAR DUPLO CLIQUE NO NOME DA UNISER DO VALE.

### GUIA DE SP/SADTS

Código do prestador:	Nome do prestador:	
006026	UNISER DO VALE	
Código da especialidade:	Nome da especialidade:	
Local de atendimento:	Nome do local de atendimento:	
1792	UNISER DO VALE	
Data de Emissão:	Hora de Emissão:	Validade:
13/05/2025	15:15:13	12/06/2025

- **CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:** DIGITAR O NÚMERO DA CARTEIRINHA CONTENDO O TRAÇO E DÍGITO. TAB OU CLICAR NO ESPAÇO DO NOME.
- SE PREFERIR, CLICAR NA LUPA DIRETO, VAI ABRIR UMA CAIXA, DIGITAR O NOME DO BENEFICIÁRIO DAR UM DUPLO CLIQUE EM CIMA DO NOME LOCALIZADO.

Código do Beneficiário:	Dígito:	Nome do usuário:
0507-88888	8	UNISER DO VALE
Procedimentos Solicitados:	Exibir	Exibir
0	Carência	
Data de Nascimento:	Empresa:	
24/02/2020	UNISER DO VALE	
Plano:	Cobertura:	
DONA SAUDE EMPRESARIAL ENF STAI	06 - AMB + HOSP COM OBS	

- **CÓDIGO SOLICITANTE:** 006026 UNISER DO VALE E CLICAR EM TAB OU NO CAMPO DO NOME DO SOLICITANTE.
- **CÓD. DO PROFISSIONAL SOL:** VAI ABRIR UMA CAIXA, **CLICAR DUAS VEZES** NO NOME DO **PROFISSIONAL UNISER** RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO.
- **CAMPO CID:** DIGITAR O CID INFORMADO NO PEDIDO MÉDICO, OU NA AUSÊNCIA Z000.



- **OBSERVAÇÃO DA GUIA:** COLOCAR ALGUMA OBSERVAÇÃO RELACIONADA A INDICAÇÃO CLÍNICA OU DIGITAR “OK”.
- **TIPO DE ACIDENTE:** NÃO ACIDENTADO.

Código sol.: 006026 Nome do solicitante: UNISER DO VALE

Cód. do profissional sol.: Nome do profissional solicitante:

Exec. Complementar: Nome do Executante:

CID: Nome CID:

Indicação Clínica:

Limite de 60 Caracteres

Guias de SP/SADT: Sim

Guias de Quimioterapia: Não

Guias de Radioterapia: Não

Outros: Não

Observação da Guia: OK

Você ainda pode digitar 198 caracteres.

Tipo de acidente: Não Acidentado

Atendimento a RN: Não

Paciente Internado: Não

- **CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:** PREENCHER COM O PROCEDIMENTO DESEJADO E CLICAR EM TAB;

### ARQUIVO TABELA TUSS FISIOTERAPIA NO SITE DA UNISER DO VALE

- **QUANTIDADE:** A QUANTIDADE DEVERÁ SER SEMPRE “1”, POIS O LANÇAMENTO SERÁ CONFORME A REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO. OU SEJA, NO DIA EM QUE O ATENDIMENTO FOR SER REALIZADO, LANÇAR UMA GUIA COM QUANTIDADE 1 PARA AQUELE ATENDIMENTO.

Código do Procedimento: CH: 1

Procedimento: Filme: 0.00000

Quantidade: 1

Alterar Quantidade

- CLICAR NO BOTÃO DE + VERDE PARA INCLUIR O PROCEDIMENTO NA GUIA (ELE VAI APARECER PREENCHIDO NO FINAL DA TELA).
- PARA EXCLUIR UM PROCEDIMENTO, SELECIONAR O PROCEDIMENTO DESEJADO E CLICAR NO BOTÃO EXCLUIR.

Código do Procedimento: CH: Filme: Quantidade: Alterar Quantidade

Código	Descrição	CH	Filme	Quantidade	Data	Excluir
000000	SESSÃO DE FISIOTERAPIA INDIVIDUAL POR FISIOTERAPISTA	1	0.00000	4	13/05/2022	Excluir

Excluir



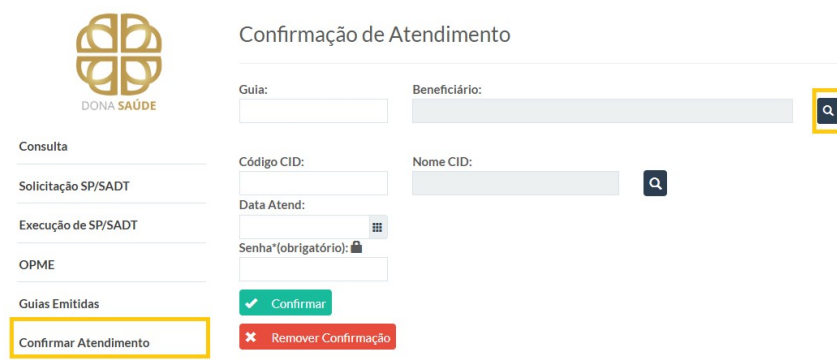
- CLICAR NO BOTÃO “**SALVAR**” PARA GERAR A GUIA SADT:



- APÓS SALVAR, SERÁ DISPONIBILIZADO O ARQUIVO COM UM NÚMERO DE GUIA PARA SEGUIR COM A **CONFIRMAÇÃO DO ATENDIMENTO**, QUE DEVERÁ SER FEITA NO MESMO DIA.

## CONFIRMAÇÃO DE ATENDIMENTO

- NO MENU, CLICAR EM **CONFIRMAR ATENDIMENTO**.
- BUSCAR A GUIA QUE DESEJA CONFIRMAR ATRAVÉS DA LUPA “LOCALIZAR”



- SELECIONAR A GUIA A SER CONFIRMADA
- DIGITE O NOME COMPLETO OU PARCIAL DO BENEFICIÁRIO PARA AGILIZAR A LOCALIZAÇÃO DA GUIA.
- CONFIRA OS DADOS EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO E DÊ DUPLO CLIQUE PARA SELECIONAR A GUIA A SER CONFIRMADA.



Guia	Código	Usuário	CPF	Emissão	Procedimento	Descrição	Qtd	Status
10059466	0000-0002-00	CAMILA CECILIA BRASIL	21634683803	03/12/2019	10101123	CONSULTA EM CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA	1	

- APÓS SELECIONAR A GUIA QUE DESEJA REALIZAR A CONFIRMAÇÃO, SOLICITAR AO BENEFICIÁRIO QUE FORNEÇA A SENHA/TOKEN.
- PREENCHER O CAMPO SENHA COM O TOKEN INFORMADO PELO BENEFICIÁRIO ATRAVÉS DO APLICATIVO DELE.

### Confirmação de Atendimento

Guia:  Beneficiário:

Código CID:  Nome CID:

Data Atend:

Senha\*(obrigatório):

**IMPORTANTE: A SENHA / CÓDIGO DE SEGURANÇA É OBRIGATÓRIO PARA TODO E QUALQUER TIPO DE ATENDIMENTO.**

**OBSERVAÇÃO:** SE NO MOMENTO DO ATENDIMENTO O BENEFICIÁRIO NÃO CONSEGUIR INFORMAR O NÚMERO DA SENHA, DEVIDO A INSTABILIDADE NO APLICATIVO, O MESMO DEVERÁ ACIONAR A OPERADORA E SOLICITAR AO SETOR DE ATENDIMENTO AO CLIENTE O NÚMERO DA SENHA.

O SETOR DE ATENDIMENTO AO CLIENTE NÃO ESTÁ AUTORIZADO A INFORMAR SENHA DE ATENDIMENTO A PRESTADORES, SOMENTE AOS BENEFICIÁRIOS APÓS A CONFIRMAÇÃO DE DADOS.

**AS GUIAS GERADAS E NÃO CONFIRMADAS COM O CÓDIGO DE SEGURANÇA, NÃO SERÃO FATURADAS.**

### MODELO DE GUIA SADT GERADA

IMPRIMIR A GUIA E COLHER ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

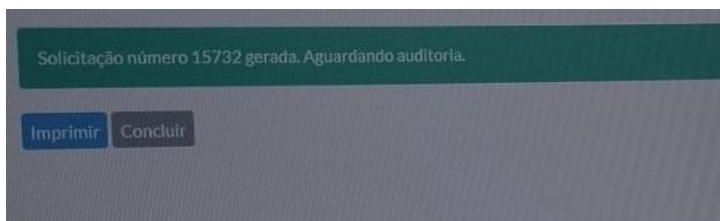
**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

10060865 TISS 3.04.00

1-Registro ANS 365645	3-Nº Guia Principal(Paciente Internado)	4-Data de Autorização 26/12/2019	5-Senha 01AB10	6-Data de Validade da Senha 25/01/2020	7-No da Guia atribuído pela Operadora 10060865
<b>Dados do Beneficiário</b>					
8-Número da Carteira 0000-00057 00	9-Validade da Carteira 23-06-2020	10-Nome <NOME DO BENEFICIÁRIO>	11-Número Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN Não	
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>					
13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 106103210001-6		14 - Nome do Contratado <NOME DA CLINICA>			
15-Nome do Profissional Contratado <NOME DA CLINICA>	16-Conselho Profissional	17-Nº no Conselho	18-UF SP	19-Cód CBO S	20-Assinatura do Profissional Solicitante
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>					
21-Carater da Solicitação   E   E-eletiva U-urgência/emergência	22-Data/Hora Solicitação 26/12/2019	23 - Indicação Clínica(Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)			
24-Tabela TUS	25-Código do Procedimento 50000001	26-Descrição PACOTE TOMOGRAFIA SEM CONTRASTE	27-Qt. Solic. 1	28-Qt Autoriz. 1	
<b>Dados do Contratado Executante</b>					

- **IMPRIMIR:** CLICAR NA OPÇÃO IMPRIMIR NO CANTO SUPERIOR DIREITO DA GUIA.

**OBSERVAÇÃO:** APÓS SALVAR A GUIA, CASO APAREÇA A SEGUINTE MENSAGEM:



CASO ISSO ACONTEÇA, APÓS SALVAR UMA GUIA SADT, POR FAVOR PROCEDER CONFORME ORIENTAÇÃO ABAIXO:

**1º PASSO:** ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER DO VALE.

**2º PASSO:** APÓS A ORIENTAÇÃO DE LIBERAÇÃO, IR ATÉ O MENU PRINCIPAL E ESCOLHER A OPÇÃO **EXECUÇÃO SADT**, CONFORME ILUSTRADO ABAIXO:

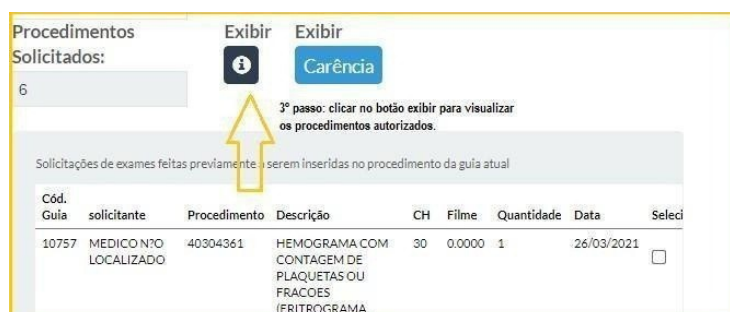
**3º PASSO:** LOCALIZAR O BENEFICIÁRIO ATRAVÉS DA “LUPA”.



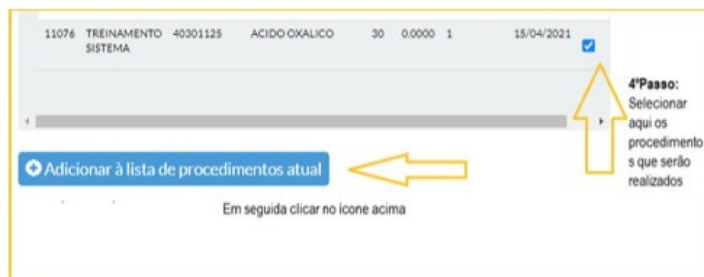
**4º PASSO:** DIGITAR O NOME DO BENEFICIÁRIO, CLICAR EM “PESQUISAR”. EM SEGUIDA, DAR UM DUPLO CLIQUE EM CIMA DO NOME LOCALIZADO.



**5º PASSO:** CLICAR NO ÍCONE “EXIBIR” E VISUALIZAR OS PROCEDIMENTOS QUE A AUDITORIA LIBEROU:



**6º PASSO:** SELECIONAR OS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS EM SEGUIDA CLICAR EM “ADICIONAR A LISTA DE PROCEDIMENTO ATUAL”.



**7º PASSO:** NO CAMPO “CÓDIGO DO SOLICITANTE” DIGITAR O CÓDIGO DE PRESTADOR, **006026**; NO CAMPO “CID” DIGITAR O CID INFORMADO NO PEDIDO MÉDICO, CASO TENHA. OU, Z000.



**8º PASSO:** CLICAR NO ÍCONE “**SALVAR**” PARA GERAR A GUIA SADT. IMPRIMIR E COLHER AS ASSINATURA

## IMPRESSÃO DA GUIA

- PARA IMPRESSÃO DA GUIA, CLICAR NO MENU **GUIAS EMITIDAS**, CLICAR NA OPÇÃO **GUIAS CONFIRMADAS**, FILTRAR ATRAVÉS DA DATA, NÚMERO DE GUIA OU CLICANDO NA LUPA E PUXAR PELO USUÁRIO.



- SELECIONAR A GUIA COM DUPLO CLIQUE E CLICAR EM **IMPRIMIR**.


## CANCELAMENTO DE CONFIRMAÇÃO


- ❖ NO MENU CLICAR EM CONFIRMAR ATENDIMENTO
- ❖ DIGITAR O NÚMERO DA GUIA. VAI APARECER A GUIA QUE ESTAVA CONFIRMADA.
- ❖ PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO COMO: CID; DATA DA CONFIRMAÇÃO E A SENHA/TOKEN QUE O BENEFICIÁRIO INFORMOU NO MOMENTO DA CONFIRMAÇÃO.
- ❖ CLICAR EM REMOVER CONFIRMAÇÃO.

Guia	Código	Nome	CPF	Emissão	Término	Procedimento	Descrição	Qtd	Status
10000000000000000000	000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	01/07/2025	50001221	CONSULTA AMBULATORIAL EM PSICOLOGIA	1	EXECUTADA	


**Visualizar Guia**


Código CID:


Nome CID:  

Data Atend:  

Senha\*(obrigatório):

 Confirmar

 Remover Confirmação

**Sucesso!**  
Atendimento removido! 

## DOCUMENTOS PARA ENVIO AO FATURAMENTO:

- ❖ IMPRIMIR A GUIA SADT DO PORTAL A CADA SESSÃO REALIZADA COM AS SUAS RESPECTIVAS ASSINATURAS E CARIMBO. **CAMPOS 56 E 67** BENEFICIÁRIO E **CAMPO 68** – COOPERADO.
  - ❖ AS GUIAS SÓ PODERÃO SER ENTREGUES APÓS A REALIZAÇÃO DA CONFIRMAÇÃO DE ATENDIMENTO.
  - ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.
- OBS:** MANTENHA SEMPRE UMA CÓPIA DA GUIA ARQUIVADA, POIS ELA PODERÁ SER NECESSÁRIA EM EVENTUAIS RECURSOS DE GLOSAS.

**CANAL DE ATENDIMENTO 24 HORAS BENEFICIÁRIO: (11) 3500-9838.**

## **FUSEX TAUBATÉ** **(CAVEX)**

### **AUTORIZAÇÃO FEITA PELA PRÓPRIA FUSEX.**

#### **BENEFICIÁRIO:**

- O PEDIDO MÉDICO PODERÁ SER DE UM MÉDICO MILITAR OU MÉDICO CIVIL.
- COM O PEDIDO MÉDICO EM MÃOS O BENEFICIÁRIO DEVERÁ IR ATÉ O ESPECIALISTA DA FUSEX PARA VALIDAÇÃO DO PEDIDO MÉDICO.
- O PEDIDO SÓ TERÁ VALIDADE COM O CARIMBO DO ESPECIALISTA DA FUSEX E DO MÉDICO SOLICITANTE.
- COM A SOLICITAÇÃO EM MÃOS DEVIDAMENTE CARIMBADA O BENEFICIÁRIO PODERÁ REALIZAR O AGENDAMENTO COM O PROFISSIONAL UNISER.
- APÓS REALIZAR O AGENDAMENTO COM O PROFISSIONAL O BENEFICIÁRIO ENTRARÁ EM CONTATO COM O SETOR DE SISTEMA DE REGISTRO DE ENCAMINHAMENTO (SIRE) PARA EMITIR A GUIA DE ENCAMINHAMENTO (GE).

#### **COOPERADO:**

- CASO O BENEFICIÁRIO NÃO TENHA A GUIA DE ENCAMINHAMENTO (GE), ORIENTAR A PROCURAR O SETOR DE LIBERAÇÃO DE GUIAS NA FUSEX TAUBATÉ.
- O COOPERADO UNISER SOMENTE PRESTARÁ ATENDIMENTO MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA GUIA DE ENCAMINHAMENTO (GE) EMITIDA NO SIRE (SISTEMA DE REGISTRO DE ENCAMINHAMENTOS), COM O PEDIDO DO MÉDICO CARIMBADO E ASSINADO E PELO ESPECIALISTA FUSEX EM ANEXO.
- A GUIA DE ENCAMINHAMENTO PRECISA SER EM NOME DA **BAV -T (BASE DE AVIAÇÃO DE TAUBATÉ)**.
- OBSERVAR SE A GUIA DE ENCAMINHAMENTO ESTÁ DENTRO DA **VALIDADE DE 30 DIAS**. CASO JÁ TENHA VENCIDO, ORIENTAR O BENEFICIÁRIO A ENTRAR EM CONTATO COM A FUSEX E SOLICITAR A PRORROGAÇÃO DE MAIS 15 DIAS; (A PRORROGAÇÃO SERÁ UM CARIMBO VERMELHO COM AS DEVIDAS DATAS E ASSINATURA DO SETOR RESPONSÁVEL).
- **A PRIMEIRA SESSÃO PRECISA SER DENTRO DA VALIDADE DA GUIA**, A DEMAIS SESSÕES NÃO É NECESSÁRIO.
- A GUIA DE ENCAMINHAMENTO PRECISA VIR COM AS 2 ASSINATURAS: ASSINATURA DO MÉDICO MILITAR/CIVIL E DO SETOR RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO FUSEX.
- SOLICITAR SEMPRE O CARTÃO DO BENEFICIÁRIO = **PREC.** OBSERVAR A VALIDADE DO CARTÃO.
- O LIMITE DE SESSÕES É DE ATÉ 10 SESSÕES EM UM PERÍODO DE 30 DIAS.



### **PRINCIPAIS CAMPOS A SEREM OBSERVADOS NA GUIA DE ENCAMINHAMENTO (GE):**

- **GUIA UG. BAVT** - BASE DE AVIAÇÃO DE TAUBATÉ.
- **VALIDADE:** 30 DIAS OU PRORROGAÇÃO DE MAIS 15 DIAS.
- **OCS – ORGANIZAÇÃO CIVIL DE SAÚDE** = UNISER DO VALE CNPJ - 68.930.940/0001-13.
- **DADOS DO BENEFICIÁRIO** = DE ACORDO COM A PREC (CARTÃO DA FUSEX).
- **PROCEDIMENTO A SER REALIZADO** = SE ESTÁ DE ACORDO COM O PEDIDO MÉDICO MILITAR/CIVIL EM ANEXO E SE UTILIZADO PELO PROFISSIONAL UNISER.
- **QUANTIDADE** = OBSERVAR A QUANTIDADE LIBERADA DAS SESSÕES.
- **ASSINATURAS** = MÉDICO MILITAR E RESPONSÁVEL PELA GE (GUIA DE ENCAMINHAMENTO), PODENDO SER ASSINATURA DIGITAL.
- **FATOR CUSTO** = QUANDO O BENEFICIÁRIO FUSEX NÃO TEM CUSTO/DESCONTOS DA GUIA GE.

### **ASSINATURAS DAS SESSÕES:**

- ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO NO CAMPO REFERENTE A ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA GE (FRENTE DA GUIA).
- DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL NO VERSO DA GUIA DE ATENDIMENTO A CADA ATENDIMENTO REALIZADO.
- CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL UNISER NO VERSO DA GUIA DE ATENDIMENTO.

### **PROCEDIMENTOS:**

**TABELA TUSS DISPONÍVEL NO SITE UNISER DO VALE.**

**\*ESTE PROCEDIMENTO ESTÁ EM ATUALIZAÇÃO\***

**QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR FATURAMENTO.**



## PROCEDIMENTO MEDISERVICE

\*SEMPRE CONFIRMAR OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS\*

### PROCEDIMENTO PARA LIBERAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA E RPG

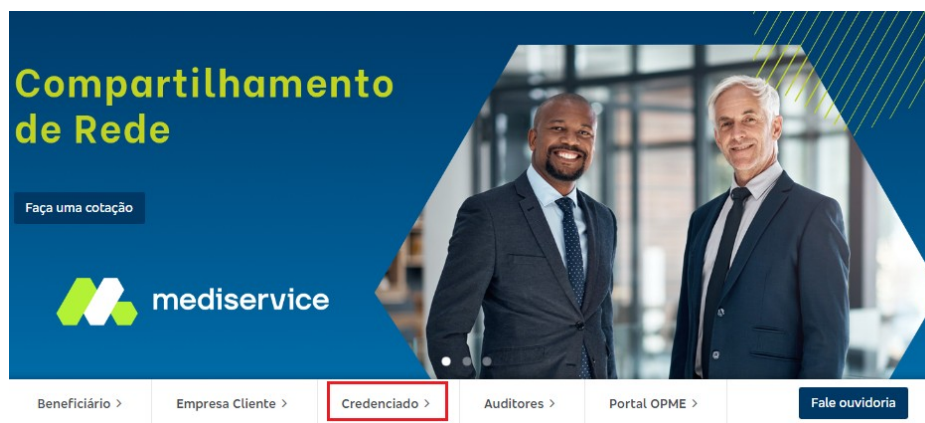
- ❖ O BENEFICIÁRIO DEVERÁ ESTAR COM ENCAMINHAMENTO MÉDICO, QUE DEVERÁ SER ANEXADO NA GUIA DA PRIMEIRA SESSÃO E SER ENTREGUE NA UNISER.
- ❖ **SERÁ NECESSÁRIA SENHA:** AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA E RPG. (PARA OS DEMAIS PROCEDIMENTOS, VALIDAÇÃO PRÉVIA NO PORTAL DA ORIZON – PÁG 38).

**OBSERVAÇÃO: CONSULTAR A ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO A CADA ATENDIMENTO. MESMO COM A SENHA LIBERADA PELA OPERADORA.**

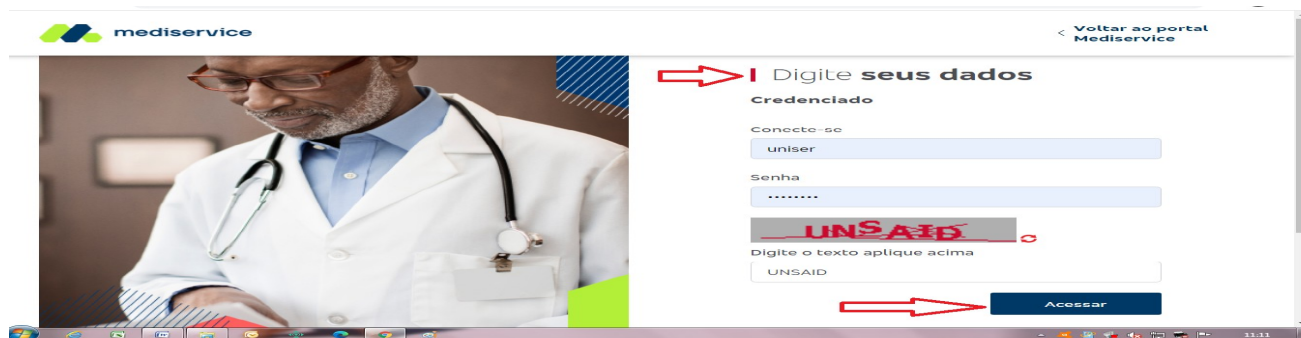
[www.mediservice.com.br](http://www.mediservice.com.br)

**Login: UNISER**

**Senha:** DISPONÍVEL EM COMUNICADOS GERAIS (MUDANÇA MENSAL).



- ❖ DIGITAR OS DADOS DO LOGIN, SENHA E CÓDIGO DE SEGURANÇA, ACESSAR O SITE DA MEDISERVICE.



- ❖ NECESSÁRIO VERIFICAR A ELEGIBILIDADE DE TODOS OS BENEFICIÁRIOS SE ESTÁ ATIVO OU INATIVO.

## PASSO A PASSO DA AUTORIZAÇÃO

- ❖ CLICAR EM PRÉ-AUTORIZAÇÃO:
- ❖ NOVA AUTORIZAÇÃO.
- ❖ INCLUIR

### ❖ DADOS DO BENEFICIÁRIO

PREENCHER O NÚMERO DO CARTÃO E CLICAR EM ENVIAR (TODOS OS DEMAIS DADOS SERÃO PREENCHIDOS AUTOMATICAMENTE COMO MOSTRA NA IMAGEM A DIREITA). CLICAR EM PRÓXIMA ETAPA.

### ❖ DADOS DO SOLICITANTE

DADOS DO SOLICITANTE - PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO.

## Dados do solicitante

Razão social

UNI SER DO VALE COOP TRABALHO PSICOLOGIA FONO TERAP OCUP E FISIO DO VALE DO PARA

Nome fantasia

UNISER DO VALE

CNPJ

68.930.940/0001-13

Selecione o CNES <sup>1</sup> correspondente a sua unidade.


☒ CNES  
9999999

Endereço

Cidade

Estado

- ❖ **DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE – MÉDICO QUE ENCAMINHOU.**
- ❖ **SELECIONAR O CONSELHO E ESTADO. PREENCHER NÚMERO DO CONSELHO E CLICAR EM INSERIR. NOME DO PROFISSIONAL PREENCHE AUTOMATIAMENTE.**
- CBO'S DIGITAR O NÚMERO DO CBOS E PESQUISAR.**


**Dados do profissional solicitante**

Conselho Profissional

CRM

Estado

São Paulo

N° <sup>1</sup>

Inserir


Nome do profissional solicitante

CBO <sup>1</sup>

225270 | MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

## ❖ DADOS DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

DADOS DO COOPERADO SOLICITANTE. PREENCHER COM NOME E CELULAR, EMAIL OPCIONAL. **CLICAR EM PRÓXIMA ETAPA.**


**Dados do responsável pela solicitação <sup>1</sup>**

Nome do responsável

Telefone

E-mail (opcional)

endereco@mail.com

Voltar

Próxima etapa

## ❖ DADOS DA SOLICITAÇÃO.

- ❖ CARÁTER DE ATENDIMENTO – ELETIVO
- ❖ DATA DO PEDIDO MÉDICO – CONFORME DATADO PELO MÉDICO
- ❖ DATA PREVISTA DE ATENDIMENTO – DATA PREVISTA PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO
- ❖ INDICAÇÃO CLÍNICA – CID E DESCRIÇÃO

- ❖ TIPO DE ATENDIMENTO – OUTRAS TERAPIAS
- ❖ REGIME DE ATENDIMENTO - AMBULATORIAL
- ❖ INDICAÇÃO DE ACIDENTE – NÃO ACIDENTE

### Dados da solicitação

Insira aqui informações preliminares da solicitação.

Caráter do atendimento

☒ Eletivo ☐ Urgência / Emergência

Data do pedido médico

06/05/2024

Data prevista do atendimento

DD/MM/AAAA

Data real do atendimento (opcional)

DD/MM/AAAA

Tipo de atendimento

OUTRAS TERAPIAS

Tipo de consulta

Selecione

Regime de atendimento

Ambulatorial

Saúde ocupacional (opcional)

Selecione

Indicação de acidente

NAO ACIDENTE

Indicação clínica ⓘ

M54

[Voltar](#) [Próxima etapa](#)

### ❖ DADOS DO PROCEDIMENTO.

- ❖ SELECIONAR TABELA TUSS E CÓDIGO. DIGITAR O CÓDIGO DO PROCEDIMENTO E CLICAR EM PESQUISAR. COLOCAR A QUANTIDADE QUE DESEJA AUTORIZAR. ADICIONAR. **CLICAR EM PRÓXIMA ETAPA.**

✓ Dados do beneficiário  
Tudo certo!

✓ Dados do solicitante  
Tudo certo!

✓ Dados da solicitação  
Tudo certo!

4 Dados do procedimento

5 Autorização complementar

6 Anexos

7 Resumo solicitação

### Dados do procedimento

Para prosseguir, informe o código ou descrição do procedimento na tabela e adicione a quantidade solicitada


☒ Tabela TUSS ☐ Tabela do Prestador

Código ▼

Quantidade Solicitada

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000144	AVALIAÇÃO FISIOTERAPICA – SOMENTE 1 QUANTIDADE E NO PRIMEIRO ATENDIMENTO
50000466	RPG


### Procedimentos solicitados

Código	Descrição	Quantidade solicitada	Tabela de procedimentos	Excluir
5.00.00.14-4	CONSULTA AMBULATORIAL EM FISIOTERAPIA	1	Tabela TUSS	

[Voltar](#)
[Próxima etapa](#)

- ❖ **AUTORIZAÇÃO COMPLEMENTAR.**  
NÃO PRECISA SELECIONAR NENHUM CAMPO. CLICAR EM **PRÓXIMA ETAPA.**

### Autorização complementar


**Não são necessárias autorizações complementares para esta solicitação.**  
 Caso deseje, adicione uma autorização complementar ou siga para a próxima etapa.

☐ OPME
 ☐ Quimioterápico
 ☐ Radioterapia
 ☐ Demais Protocolos

[Voltar](#)
[Próxima etapa](#)

Ativar o Windows

- ❖ **ANEXOS:** CASO NECESSÁRIO ANEXAR ALGUM DOCUMENTO. CLICAR EM **PRÓXIMA ETAPA.**

### Anexos

Verifique aqui os procedimentos solicitados e caso necessário, anexe o(s) documento(s).

Nº	Procedimentos	Anexo necessário?
001	CONSULTA AMBULATORIAL EM FISIOTERAPIA	Não

Anexe seus arquivos aqui



**Clique para procurar os arquivos**  
 Ou arraste aqui dentro

Upload de até 4MB por arquivo - PDF, GIF, TIFF, JPEG, JPG, BMP ou PNG

Ativar o Windows

- ❖ **RESUMO DA SOLICITAÇÃO.**  
OBSERVAR SE TODAS AS OPÇÕES ESTÃO TICADAS E NA COR VERDE, CASO PRECISE EDITAR, SELECIONE O CAMPO CORRESPONDENTE.



### Resumo da solicitação

Confira os procedimentos solicitados antes de finalizar. Para editar qualquer dado, selecione o campo correspondente.

## GUIA EM ANÁLISE OU AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO

- ❖ CASO A GUIA FIQUE EM ANÁLISE, OU AGUARDANDO A CONFIRMAÇÃO, PODE CONSULTAR EM:
- ❖ **PRÉ-AUTORIZAÇÃO; CONSULTA DE AUTORIZAÇÕES; CLICAR EM VER MAIS.**


Elegibilidade


Pré-autorização


Consulta de autorizações

Nova autorização


Gestão de saúde


Extratos

## Consulte suas autorizações

Consultar

**Autorização ambulatorial**









Ver mais →

- ❖ SELECIONAR O **FILTRO** DESEJADO PARA PUXAR AS INFORMAÇÕES DA GUIA E CLIQUE EM OK.

Clique em uma das autorizações na tabela abaixo, para selecioná-la.

Filtro

Legenda

 Cancelado	 Com Crítica	 Em Análise	 Aguardando Confirmação	 Aprovado	 Recusado
 Pendente	 A aguard. Aprov. Empresa Cliente				

- ❖ ASSIM QUE CONSEGUIR PUXAR A GUIA DESEJADA, OBSERVAR NA LEGENDA O STATUS QUE A GUIA SE ENCONTRA: CASO ESTEJA **AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO**, SELECIONAR A GUIA E EM OUTRAS OPÇÕES ESCOLHER CONFIRMAR AUTORIZAÇÃO, CLICAR EM OK.

Outras Opções

CONFIRMAR AUTORIZAÇÃO

Ok

Incluir

Excluir

Autorizações														
	Autoriz.	Autoriz. Compl.	Autoriz. OPME	Autoriz. Químio	Autoriz. Radio	Dt. Solic.	Dt. Atd.	Car. Atd.	Usuário	Prestador	Sit.	Mt. Pend.	Log	Do
	938076					15/07/2025	22/07/2025	E	938076	UNI SER DO VALE COOP TRABALHO PSICOLOGIA FONO TERAP OCUP E FISIOT DO VALE DO PARA				


- ❖ VAI ABRIR UMA CAIXA COM OS DADOS DA AUTORIZAÇÃO, PREENCHER COM A DATA E CLICAR EM CONFIRMAR.
- ❖ **GUIA COM PENDÊNCIA:** ENCONTRAR A GUIA QUE DESEJA NA BUSCA, CLICAR EM **LOG**, VAI APARECER O MOTIVO, SE FOR NECESSÁRIO REFAÇA A SOLICITAÇÃO.

Autoriz.	Autoriz. Compl.	Autoriz. OPME	Autoriz. Químico	Autoriz. Radio	Dt. Solic.	Dt. Atd.	Car. Atd.	Usuário	Prestador	Sit.	Mt. Pend.	Log	Do
					14/07/2025	14/07/2025	E		UNI SER DO VALE COOP TRABALHO PSICOLOGIA FONO TERAP OCUP E FISIO DO VALE DO PARA				

- ❖ EXEMPLO DE MOTIVO ABAIXO:

**ATENÇÃO!**  
ESTA SOLICITAÇÃO CONTÉM RESTRICÇÕES DE ATENDIMENTO.  
POR FAVOR ACOMPANHAR RETORNO DA ANÁLISE TÉCNICA MEDISERVICE.

Canal de entrada da Autorização: PORTAL DO CREDENCIADO

Log de Autorizações			
Objeto	Instância	Mensagem	Det
CARTAO	68930940000113	OK	
CONTA	68930940000113	OK	
LOCAL DE ATD	2	OK	
PRESTADOR	68930940000113	OK	
SERVICO	68930940000113	COBRANCA DE SERVICO EM DUPLICIDADE	

Fechar



## ❖ **IMPRIMIR A GUIA**

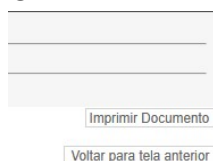
- ❖ CASO O PROFISSIONAL NÃO CONSIGA IMPRIMIR A GUIA NO MOMENTO DA LIBERAÇÃO, PODERÁ CONSULTAR A GUIA EM **PRÉ-AUTORIZAÇÃO, CONSULTA DE AUTORIZAÇÕES E CLICAR EM VER MAIS.**



- ❖ CONFIRME SE REALMENTE PUXOU A GUIA DESEJADA E **CLICAR NO NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO** PARA ABRIR A GUIA

Autoriz.	Autoriz. Compl.	Autoriz. OPME	Autoriz. Químico	Autoriz. Radio	Dt. Solic.	Dt. Atd.	Car. Atd.	Usuário	Prestador	Sit.
					17/07/2025	17/07/2025	E		UNI SER DO VALE COOP TRABALHO PSICOLOGIA FONO TERAP OCUP E FISIO DO VALE DO PARA	✓

- ❖ ASSIM QUE ABRIR AUTORIZAÇÃO, ROLEI ATÉ O FINAL DA TELA E CLIQUE EM **IMPRIMIR DOCUMENTO:**



## **PREENCHIMENTO DA GUIA MEDISERVICE**

- ❖ OS CAMPOS SINALIZADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, INCLUIR AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO E AS DATAS DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

CAMPO - 56	DATA DA REALIZAÇÃO DE CADA PROCEDIMENTO/SESSÃO
CAMPO - 57	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
CAMPO - 67	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL ATENDIDOS PELO COOPERADO
CAMPO- 68	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL COOPERADO

- ❖ **O RELATÓRIO FISIOTERÁPICO E TABELA TUSS ESTÃO DISPONÍVEIS NO SITE DA UNISER DO VALE.**

## **PARA FATURAMENTO É OBRIGATÓRIO:**

- ❖ IMPRESSÃO DA GUIA SADT DE AUTORIZAÇÃO COM SENHA EMITIDA DIRETAMENTE NO SITE DA MEDISERVICE (RPG E AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA), ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL, ASSINATURA E CARIMBO DO COOPERADO.
- ❖ PEDIDO MÉDICO ANEXO A GUIA FÍSICA (PRIMEIRA GUIA, PEDIDO ORIGINAL; DEMAIS GUIAS, CÓPIA).
- ❖ RELATÓRIO FISIOTERÁPICO DETALHADO PARA RPG (MODELO DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER)
- ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.
- ❖ **OBS:** MANTENHA SEMPRE UMA CÓPIA DA GUIA ARQUIVADA, POIS ELA PODERÁ SER NECESSÁRIA EM EVENTUAIS RECURSOS DE GLOSAS.

**OBSERVAÇÃO: CONSULTAR A ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO A CADA ATENDIMENTO. MESMO COM A SENHA LIBERADA PELA OPERADORA.**



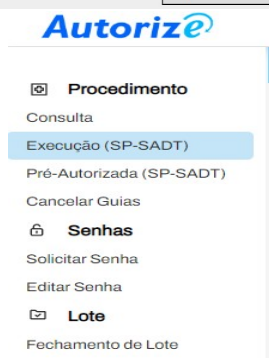
## VALIDAÇÃO PRÉVIA MEDISERVICE

### TABELA TUSS

#### (PORTAL DA ORIZON-AUTORIZAÇÃO)

- ❖ **A PRÉ-VALIDAÇÃO MEDISERVICE NÃO SUBSTITUI O PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO OBRIGATÓRIO PARA AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA E RPG NO PORTAL DA MEDISERVICE.**
- ❖ OBS. TABELA TUSS (DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER DO VALE).
- ❖ ANTES DAS AUTORIZAÇÕES CONSULTE O ARQUIVO NO SITE DA UNISER DO VALE. ORIENTAÇÕES FISIOTERAPEUTAS - BRADESCO – MEDISERVICE
- ❖ NÃO É NECESSÁRIA A EXECUÇÃO DIÁRIA NESTA OPERADORA, PODE SER EXECUTADA ATÉ 10 SESSÕES POR VEZ.

#### PASSO A PASSO NO AUTORIZAÇÃO



#### 1. OPERADORAS: SELECIONAR MEDISERVICE 333689.

**DADOS DO BENEFICIÁRIO:** DIGITAR O NÚMERO DA CARTEIRINHA. (DIGITAR OS DADOS SOMENTE NESTA OPERADORA, POIS SE TRATA DE UMA VALIDAÇÃO PRÉVIA).

**ATENDIMENTO RN - (NÃO)**

**Execução SP-SADT**

1. Operadoras

Operadora  
Mediservice - 333689

2. Dados do beneficiário

☐ Cartão Digital (Token)  
(Token gerado no Aplicativo)

☒ Número da Carteirainha

☐ Cartão Magnético

Número da carteirainha  
Digite o número da carteirainha

Importante: Dependendo da operadora deve-se usar a tarja magnética

O beneficiário é recém nascido?\*

☐ Sim ☒ Não

Importante: São considerados recém nascidos, bebês até 30 dias de vida. Após este período, o atendimento deve ser realizado na carteirainha do bebê.

## 2. DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

**- DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

PESQUISAR PROFISSIONAL SOLICITANTE OU PREENCHER TODOS OS CAMPOS:

**- DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE:**

CONSELHO PROFISSIONAL. DEIXAR TICADO A OPÇÃO UTILIZAR OS MESMOS DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE.

1. Dados do profissional solicitante

Pesquisar Profissional Solicitante

Pesquise o profissional solicitante ou preencha os campos.  
Para agilizar seu processo, selecione um profissional previamente cadastrado. Os demais itens serão preenchidos automaticamente. Caso não localize o profissional, regularize o cadastro na tela [Cadastros de Profissional](#) na página inicial..

Nome do profissional  
[REDACTED]

Tipo de conselho  
Conselho Regional de Medicina

Digite o número do conselho  
[REDACTED]

UF do conselho  
São Paulo

Selecione o CBO \*  
225270 - Médico ortopedista e traumatologista

2. Dados do contratado solicitante

Contratado solicitante  
Conselho profissional

☒ Utilizar os mesmos dados do Profissional solicitante.

## 3. DADOS DO ATENDIMENTO: CBOS DE ACORDO COM O PEDIDO MÉDICO.

**CARATER DE SOLICITAÇÃO:** ELETIVA

**TIPO DE COBERTURA:** NÃO SE PLICA

**Dados do atendimento**

Pesquisa de CID  
M54 - Dorsalgia

Caráter de solicitação\*

☒ Eletiva ☐ Urgência / Emergência

Eletivo: procedimentos médicos que são programados.  
Urgência/Emergência: para procedimentos exigem atendimento em curto espaço de tempo.

Tipo de cobertura

☒ Não se aplica ☐ Gestante ☐ Pré-operatório ☐ Pós-operatório

4. **ITENS SOLICITADOS (PROCEDIMENTOS):** CONFORME INDICAÇÃO CLÍNICA/PEDIDO MÉDICO. DIGITAR O **PROCEDIMENTO** E CLICAR EM **ADICIONAR ITENS** NO FINAL CLICAR EM **EXECUTAR SOLICITAÇÃO**.

**Itens solicitados**

Informe aqui o código ...

Código do item  
Digite o código do item

Descrição do item  
Insira ao menos 4 caracteres para pesquisa

**Adicionar itens**

Código do item	Descrição do item	Quantidade	Ações
20103492	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS SESSAO	- 10 +	
20103514	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DIFERENTES SEGMENTOS DA COLUN	- 10 +	

Guia preenchida corretamente. Agora é só selecionar o botão "Executar solicitação".

Executar solicitação

5. **GUIA AUTORIZADA:** CLICAR EM IMPRIMIR GUIA TISS AUTORIZADA.

### AUTORIZADA

Operadora:  
Registro ANS:  
Transação:  
Data:  
Data de conclusão da análise:

Mediasevice (3)  
333689  
SP/SADT Execução  
25/08/2023  
25/08/2023

Número Guia Prestador:  
Número Guia Operadora:

XXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXX

Beneficiário:  
Nº da Carteira:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Procedimentos

Código	Descrição	Qtde Solicitada	Qtde Autorizada	Status	Mensagem	Observação
20103492	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS	10	10	Autorizada		
20103514	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DIFERENTES SEGMENTOS DA COLUNA	10	10	Autorizada		

Nº da Transação: 3897443  
30/10/2023 10:52:11

Imprimir Guia Tiss Autorizada

## COMO CONSULTAR / IMPRIMIR GUIAS

- ❖ NA PARTE SUPERIOR DO PORTAL ORIZON CLICAR NA OPÇÃO **EXTRATO**, NO CANTO DIREITO DA TELA;
- ❖ SELECIONAR A OPERADORA, **005711** OU **421715**, DE ACORDO COM A SENHA LIBERADA NA BRADESCO.
- ❖ DIGITAR A DATA QUE FOI FEITA A EXECUÇÃO.
- ❖ DIGITAR A CARTEIRINHA EM BENEFICIÁRIO.
- ❖ CLICAR EM PESQUISAR.

Extrato de Guias    Guias em Auditoria    **Extrato**

Pesquisa de Transações

Operadora: SELECIONE UMA OPERADORA (dropdown) →

Data Inicial: 22/01/2025 (calendar icon) →

Data Final: 22/01/2025 (calendar icon) →

Resultado: ANALITICO POR PROCEDIMENTO (dropdown)

Transação: CBO-S (dropdown)

Tipo de Transação: (dropdown)

Situação: (dropdown)

Motivo: (dropdown)

Terminal: (dropdown)

Procedimento: (dropdown)

Autorização: (dropdown)

Número da Guia Prestador: (dropdown)

Número Guia Operadora: (dropdown)

Beneficiário: Número (dropdown) →

Prestador: 2895154 - UNISER DO VALE COOPDE TRABEM FISIO.

Cartão: (dropdown)

Pesquisar

## RESULTADOS:

- ❖ AUTORIZADO – CLICAR NA IMPRESSORA, IMPRIMIR E PREENCHER CONFORME INSTRUÇÕES.
- ❖ NEGADO – CLICAR NA GUIA PARA VERIFICAR O MOTIVO E POSTERIORMENTE REFAZER O PROCESSO.
- ❖ CANCELADO – NORMALMENTE EFETUADO PELO COOPERADO, REFAZER O PROCESSO SE FOR O CASO.
- ❖ AGUARDANDO JUSTIFICATIVA TÉCNICA - CLICAR NA GUIA PARA VERIFICAR O MOTIVO E RESPONDER SE FOR POSSÍVEL.

### Resultado

Guia prestador	Nome / Carteirainha	Data e hora solicitada	Tipo de Solicitação	Status	Senha	Guia principal	Ações
			SP/SADT Execução	Autorizado		Guia principal	🖨️ 🔍 ⌵
			SP/SADT Execução	Negado		Guia principal	🖨️ 🔍 ⌵
			SP/SADT Execução	Cancelado		Guia principal	⌵
			Solicitação de Sen...	Aguardando justificativa técnica		Guia principal	🔍 ⌵

## PREENCHIMENTO DA GUIA MEDISERVICE/ORIZON

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº Guia no Prestador

1- Registro AOS 333689	3- Número da Guia Principal		
4- Data de Autuação 25/08/2023	5- Senha	6- Data Validade da Senha	7- Número da Guia Atribuído pela Operadora 12988826
Dados Beneficiário			
8- Número da Carteira	9- Validade da Carteira	10- Nome	12- Atendimento a PRN N
Dados do Solicitante			
13- Código da Operadora 68930940000113	14- Nome do Contratado UNISER DO VALE COOPDE TRABEM FISIO,		
15- Nome do Profissional Solicitante	16- Conselho Profissional CRM	17- Número no Conselho 86226	18- UF SP
19- Código CBO 225270		20- Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21- Caracter do Atendimento Eletiva	22- Data da Solicitação 25/08/2023 09:57	23- Indicação Clínica	24- Indicador de Cobertura Especial
24- Tabela	25- Código do Procedimento	26- Descrição	27- Dt. Solic. 28- Dt. Autoriz.
22	20103492	PATOLOGIA OSTEOMIARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS	10 10
22	20103514	PATOLOGIA OSTEOMIARTICULAR EM DIFERENTES SEGMENTOS DA COLUNA	10 10
Dados do Contratado Executante			
29- Código da Operadora 68930940000113	30- Nome do Contratado UNISER DO VALE COOPDE TRABEM FISIO,		31- Código CNES 99999999
Dados de Atendimento			
32- Tipo de Atendimento	33- Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada) 9- Não acidentados	34- Tipo de Consulta	35- Motivo de Encerramento do Atendimento
36- Regime de Atendimento		37- Saúde ocupacional	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
38- Data	39- Hora Início	40- Hora Fim	41- Hora Início
42- Qtd.	43- Val.	44- Fm.	45- Fm.
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
46- Seq. Inf.	47- Seq. Inf.	48- Seq. Inf.	49- Seq. Inf.
50- Data de Realização do Procedimento em Selo ST Assinatura do Beneficiário ou Responsável	51- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	52- Assinatura do Profissional	53- Assinatura do Contratado
54- Data de Realização do Procedimento em Selo ST Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56- Assinatura do Profissional	57- Assinatura do Contratado
58- Observações / Assinaturas			
59- Data de Realização (pt)	60- Data de Realização (pt)	61- Data de Realização (pt)	62- Data de Realização (pt)
63- Assinatura do Responsável pela Autorização	64- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	65- Assinatura do Contratado	66- Assinatura do Contratado

**OS CAMPOS SINALIZADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, INCLUIR AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO E AS DATAS DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS.**

<b>CAMPO - 56</b>	DATA DA REALIZAÇÃO DE CADA PROCEDIMENTO
<b>CAMPO - 57</b>	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
<b>CAMPO - 67</b>	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU O RESPONSÁVEL ATENDIDO PELO COOPERADO
<b>CAMPO - 68</b>	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL COOPERADO

### DOCUMENTOS PARA ENVIO AO FATURAMENTO:

- ❖ GUIA SP/SADT EMITIDA PELA ORIZON, COM AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL E IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL COOPERADO (CARIMBO E ASSINATURA).
- ❖ PEDIDO MÉDICO ANEXO A GUIA FÍSICA (PRIMEIRA GUIA, PEDIDO ORIGINAL; DEMAIS GUIAS, CÓPIA).
- ❖ RELATÓRIO FISIOTERÁPICO DETALHADO (MODELO DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER).
- ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.

**OBS:** MANTENHA SEMPRE UMA CÓPIA DA GUIA ARQUIVADA, POIS ELA PODERÁ SER NECESSÁRIA EM EVENTUAIS RECURSOS DE GLOSAS.

**OBSERVAÇÃO: CONSULTAR A ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO A CADA ATENDIMENTO.**

**MESMO COM A SENHA LIBERADA PELA OPERADORA.**

## **OMINT SAÚDE**

\*SEMPRE CONFIRMAR OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS\*

- ❖ AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PELO CHAT NO PRÓPRIO SITE DA OMINT.
- ❖ CASO TENHA ALGUMA INTERCORRÊNCIA NO CHAT, OBSERVAR A INFORMAÇÃO QUE VAI APARECER E ENTRAR EM CONTATO COM O TELEFONE INFORMADO NA MENSAGEM.  
**EX:**  
*Para essa credencial, a consulta da elegibilidade deve ser feita na Central de Atendimento, através do telefone 11 2132 4011 opção 9.*  
*Ah... não esqueça de informar o Protocolo desse atendimento.*
- ❖ A RESPOSTA DA AUTORIZAÇÃO OCORRE EM ATÉ 48 HORAS, NO E-MAIL .
- ❖ [ATENDIMENTO@UNISERDOVALE.COM.BR](mailto:ATENDIMENTO@UNISERDOVALE.COM.BR). ENTRE EM CONTATO COM A UNISER PARA CONFIRMAR O RECEBIMENTO.
- ❖ CÓDIGO JUNTO À OPERADORA OMINT – 03117723
- ❖ **TABELA TUSS DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER.**

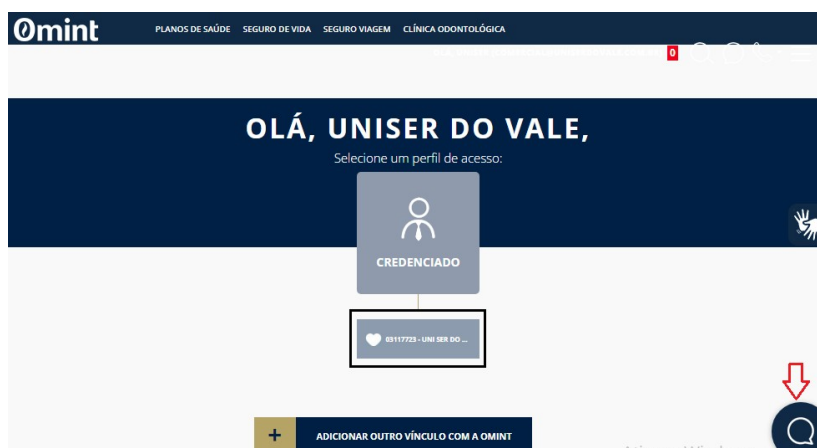
**ACESSE O SITE:** <https://www.omint.com.br/minha-omint/login/>

**LOGIN:** [comercial@uniserdovale.com.br](mailto:comercial@uniserdovale.com.br)

**SENHA:** [Univale2021](#)

### **SEGUIR O PROCEDIMENTO ABAIXO**

- ❖ ENTRAR NO SITE DA OMINT COM LOGIN E SENHA.
- ❖ VERIFICAR SE CREDENCIADO ESTÁ EM NOME DA UNISER DO VALE.
- ❖ CLICAR NO BOTÃO DO CHAT A DIREITA PARA FAZER A SOLICITAÇÃO.



- ❖ ASSIM QUE ABRIR O CHAT, CLICAR NA OPÇÃO *SOU CREDENCIADO DE PLANOS OMINT*.





### RESPONDER AS OPÇÕES DO CHAT:

- ❖ CLICAR NA OPÇÃO CPF/CNPJ E DIGITAR O CNPJ DA UNISER: 68930940000113.
- ❖ APÓS DIGITAR O CNPJ DA UNISER VAI APARECER AS INFORMAÇÃO REFERENTE AO NOSSO CONTRATO.
- ❖ CLICAR EM **AUTORIZAÇÕES** PARA PROSEGUIR COM A SOLICITAÇÃO.
- ❖ APÓS CLICAR EM AUTORIZAÇÕES, CLICAR EM **SOLICITAR NOVA AUTORIZAÇÃO**.
- ❖ INFORMAR O NÚMERO DA CARTERINHA DO BENEFICIÁRIO (CREDENCIAL) OU O CPF.
- ❖ CONFIRMAR AS INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO; NOME E CARTEIRINHA.
- ❖ CLICAR EM **CRIAR AUTORIZAÇÃO**.
- ❖ VAI ABRIR UMA TELA PARA FINALIZAR A SOLICITAÇÃO.

Informe o CPF ou o número da Credencial (13 dígitos)

\_\_\_\_\_

Data do Procedimento/Exame (Entre 16/01/2024 e 14/02/2024)

dd/mm/aaaa

Informe o tipo de Evento

☒ Medicina ☐ Odontologia ☐ Home Care







Informe o Nome ou CRM/CRO do Médico/Dentista Solicitante (que emitiu a Solicitação)

→ Informe o Nome ou CRM/CRO do Médico/Dentista Solicitante (que emitiu a Solicitação)

Informe o nome do local que realizará o procedimento (Ex.: Hospital... / Clínica.... / Laboratório ...)

→ uniser do vale

Anexe o Pedido Médico (obrigatório) e documentos complementares (opcional)

Observação (máximo de 350 caracteres)

\_\_\_\_\_

Concluir

- ❖ PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO DO NOME DO BENEFICIÁRIO.
- ❖ INFORMAR UMA DATA PREVISTA PARA O ATENDIMENTO DENTRO DO ESTIPULADO.
- ❖ INFORMAR O TIPO DE EVENTO: **MEDICINA**.

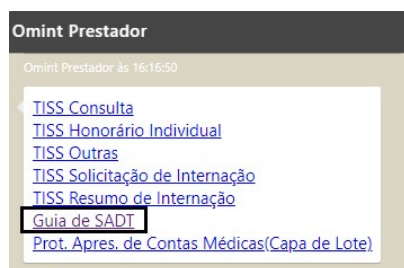
- ❖ INFORMAR OS DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE PUXANDO PELO NÚMERO DO CRM OU NOME.
- ❖ INFORMAR O NOME DO LOCAL QUE REALIZARÁ O PROCEDIMENTO: **UNISER DO VALE**.
- ❖ ANEXAR O PEDIDO MÉDICO EM PDF CLICANDO NO ÍCONE DE ANEXOS. (SELECIONADO NA IMAGEM ACIMA).
- ❖ CLICAR EM CONCLUIR.

### SOLICITAR GUIA SADT EM BRANCO

- ❖ ABRIR O CHAT NO PORTAL OMINT.
- ❖ SOU CREDENCIADO DE PLANOS OMINT.
- ❖ PREENCHER O CNPJ 68930940000113
- ❖ SELECIONAR A OPÇÃO **GUIA TISS MEDICINA**.



- ❖ CLICAR EM GUIA DE SADT.



- ❖ ABRIR O ARQUIVO DA GUIA EM PDF. GUIA EM DUAS PÁGINAS. (CASO NECESSÁRIO PARA CONSULTA OU IMPRESSÃO, GUIA DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER DO VALE EM FORMULÁRIOS).
- ❖ IMPRIMIR, PREENCHER COM AS INFORMAÇÕES DA SOLICITAÇÃO RECEBIDA POR EMAIL.
- ❖ **CAMPO 5 – SENHA**
- ❖ **CAMPOS 8 E 11 – NÚMERO CARTEIRINHA E NOME**
- ❖ **CAMPOS 26 E 27 – PROCEDIMENTO E DESCRIÇÃO**  
**TABELA TUSS DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER.**
- ❖ **CAMPO 63 – DATAS E ASSINATURAS DAS SESSÕES REALIZADAS**
- ❖ **CAMPO 88 – DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL.**
- ❖ **CAMPO 89 – DATA E ASSINATURA COOPERADO UNISER COM CARIMBO.**

### DOCUMENTOS PARA FATURAMENTO

- ❖ GUIA SP/SADT OMINT, COM AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL E IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL COOPERADO (CARIMBO E ASSINATURA).
  - ❖ CÓPIA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO OMINT (RECEBIDO POR EMAIL).
  - ❖ PRIMEIRA GUIA PEDIDO MÉDICO ORIGINAL, NAS DEMAIS CÓPIAS DO PEDIDO ANEXO A GUIA FÍSICA.
  - ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.
- OBS:** MANTENHA SEMPRE UMA CÓPIA DA GUIA ARQUIVADA, POIS ELA PODERÁ SER NECESSÁRIA EM EVENTUAIS RECURSOS DE GLOSAS.

## **SANTA CASA**

**\*ESTE PROCEDIMENTO ESTÁ EM ATUALIZAÇÃO\***

**A GUIA AUTORIZADA PODE SER LIBERADA PELA OPERADORA QUANTO PELO PROFISSIONAL UNISER.**

**MESMO COM A SENHA LIBERADA PELA OPERADORA SANTA CASA, CONSULTAR O PLANO E A ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO A CADA ATENDIMENTO.**

**SEMPRE ENVIAR JUNTO A GUIA O PEDIDO MÉDICO/RELATÓRIO ORIGINAL UTILIZADO PARA AUTORIZAÇÃO.**

## **AVALIAÇÃO**

- ❖ CASO O PACIENTE AINDA NÃO TENHA A AUTORIZAÇÃO DA GUIA DE AVALIAÇÃO, ORIENTÁ-LO A COMPARECER AO SETOR RESPONSÁVEL DA SANTA CASA, LEVANDO O PEDIDO MÉDICO, COM ENCAMINHAMENTO PARA A UNISER DO VALE.  
OBS: A SANTA CASA PODE LEVAR ATÉ 10 DIAS PARA LIBERAR ESSA AUTORIZAÇÃO, PORTANTO QUANTO ANTES O PACIENTE FIZER ESSA SOLICITAÇÃO, MELHOR.
- ❖ COM A GUIA AUTORIZADA EM MÃOS, O PACIENTE AGENDARÁ A AVALIAÇÃO COM O COOPERADO FISIOTERAPEUTA UNISER.

## **PRINCIPAIS CAMPOS PARA VERIFICAÇÃO:**

<b>CAMPO - 25</b>	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<b>CAMPO - 29</b>	CÓDIGO DA OPERADORA - 313/68.930. 940/0001-13
<b>CAMPO - 30</b>	NOME DO CONTRATADO - UNISER DO VALE

## **ELABORAÇÃO DA SOLICITAÇÃO PARA CONTINUIDADE**

- ❖ APÓS A AVALIAÇÃO, O PROFISSIONAL DEVERÁ ELABORAR UMA SOLICITAÇÃO DETALHADA PARA DAR CONTINUIDADE AO TRATAMENTO, CONTENDO:

- TRATAMENTO INDICADO (DE ACORDO COM O PEDIDO MÉDICO).
- CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS
- QUANTIDADE DE SESSÕES NECESSÁRIAS
- SOLICITAR EM NOME DA UNISER DO VALE – CÓDIGO 313

## **ELEGIBILIDADE**

- ❖ PRIMEIRO PASSO, SEMPRE CONFERIR A **ELEGIBILIDADE** DO BENEFICIÁRIO E O **ARQUIVO DE PLANOS ATENDIDOS** NA ÁREA DO COOPERADO, SITE UNISER DO VALE.
- ❖ ENTRE NO SITE: <https://santacasasaudesjc.dev.br/mvautorizadorguias/?expired=1>

LOGIN: **313**      SENHA: **689309**

- ❖ SELECIONAR O ENDEREÇO DA UNISER: **ENDEREÇO UNISER – DOUTOR NELSON DAVILA 389**



**Acesso ao sistema**

Usuário: 313

Senha: .....

Local: DOUTOR NELSON DAVILA, 389 - JARDIM

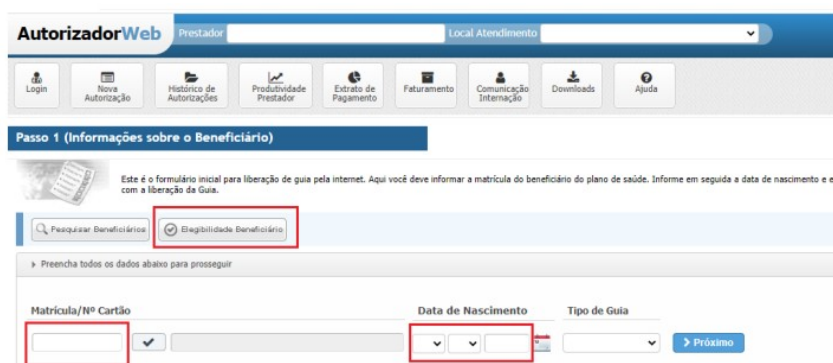
Login

[Esqueceu sua senha?](#)

**\*ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO:** INFORMA SE O BENEFICIÁRIO ESTÁ LIBERADO PARA ATENDIMENTO NO PRESTADOR (LIBERAÇÃO DE PLANO CONTRATADO E ADMINISTRATIVA).

- ❖ CLICAR EM **ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO**.

PREENCHER NÚMERO DA CARTEIRINHA E DATA DE NASCIMENTO.



**AutorizadorWeb** Prestador Local Atendimento

Login Nova Autorização Histórico de Autorizações Produtividade Prestador Extrato de Pagamento Faturamento Comunicação Informação Downloads Ajuda

**Passo 1 (Informações sobre o Beneficiário)**

Este é o formulário inicial para liberação de guia pela internet. Aqui você deve informar a matrícula do beneficiário do plano de saúde. Informe em seguida a data de nascimento e es com a liberação da Guia.

Pesquisar Beneficiário **Elegibilidade Beneficiário**

Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão Data de Nascimento Tipo de Guia

Próximo

- ❖ CASO A ELEGIBILIDADE APRESENTE COMO **NÃO** O PRESTADOR **NÃO PODERÁ REALIZAR O ATENDIMENTO**.



**Consulta Situação do Beneficiário**

Para consultar a elegibilidade de um beneficiário antes do atendimento digite nos campos de "parâmetros para pesquisa" a matrícula ou o CPF do beneficiário e clique no botão procurar!

Parâmetros para Pesquisa

Matrícula/Nº Cartão CPF do Beneficiário Titular

☒ Retornar dependentes da Matrícula/CPF

Pesquisar

Situação do Beneficiário

Matrícula	Carteirinha	Nome do Beneficiário	Carências	Autorizado
			1. INTERNAÇÕES	LIBERADA
			2. URGÊNCIA/EMERGENCIA	LIBERADA
			3. PARTOS	LIBERADA
			4. CONSULTA	LIBERADA
			5. DOENÇAS E LESÕES PRE-EXISTENTE	LIBERADA
			6. TERAPIAS	LIBERADA
			7. EXAMES ESPECIAIS	LIBERADA
			8. EXAMES SIMPLES	LIBERADA

Esse campo refere-se a elegibilidade.

Esse campo refere-se as carências.

## AUTORIZAÇÃO SADT

**PREENCHER SOMENTE OS CAMPOS COM (\*)**

- ❖ CLICAR EM NOVA AUTORIZAÇÃO OU NA TELA INICIAL, PREENCHER COM A MATRÍCULA E DATA DE NASCIMENTO.
- ❖ SELECIONAR O TIPO DA GUIA: **SP/SADT**.
- ❖ CLICAR EM PRÓXIMO.

► Preencha todos os dados abaixo para prosseguir

Matrícula/Nº Cartão



Data de Nascimento

Tipo de Guia

> Próximo

SP/SADT

- ❖ PREENCHIMENTO GUIA DE SP/SADT:
- ❖ AS INFORMAÇÕES SERÃO PREENCHIDAS AUTOMATICAMENTE COM OS DADOS DO BENEFICIÁRIO.

## Passo 2 (Informações sobre a Guia)

► Verifique as informações do beneficiário

10 - Nome

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Plano

79 - LIVRE ENF PJ FIXA 1

Celular

XXXXXXXXXXXX

Email

XXXXXXXXXXXX@XXXXXX

- ❖ **PRESTADOR SOLICITAÇÃO E LOCAL DE ATENDIMENTO:** PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO.
- ❖ SELECIONAR A ESPECIALIDADE EXECUTANTE; A DATA DE ATENDIMENTO É PREENCHIDA AUTOMATICAMENTE.

Prestador Solicitação (*)		Local de Atendimento (*)	
313 - UNISER DO VALE		8519 - DOUTOR NELSON DAVILA,389 - JARDIM SAO DIMAS - SAO JOSE DOS CAMPOS/SP	
Tipo de Guia	2 - Nº Guia no Prestador	3 - Número da Guia Principal	Especialidade Executante(*)
SP/SADT			
Dados do Beneficiário		22 - Data de Atendimento(*)	
<input type="checkbox"/> 12 - Atendimento a Recém-nascido		26/09/2025	
13 - Cód. Operadora Solicitante(*)	14 - Nome Contratado Solicitante(*)	Especialidade inválida	
313	UNISER DO VALE	Fisioterapeuta Geral	
		Fonoaudiólogo	
		Nutricionista	
Cód. Operadora Prof. Solic.	15 - Nome do Profissional Solicitante(*)	16 - Conselho(*)	17 - Nº Conselho(*)
		Psicólogo Clínico	
		18 - UF Conselho(*)	19 - CBO/Especialidade Solic. (*)

- ❖ **CAMPOS 13 E 14** CÓDIGO DA OPERADORA E NOME SERÁ PREENCHIDO AUTOMATICAMENTE.
- ❖ **CAMPOS 15, 16, 17, 18 E 19.** CONSULTAR O PROFISSIONAL SOLICITANTE POR MEIO DO CRM OU CREFITO. EM CASO DE PRESTADORES NÃO CREDENCIADOS NA OPERADORA, UTILIZAR O **CÓDIGO 57** QUE SE REFERE A PRESTADORES N/CREDENCIADOS PF. (UTILIZAR ESSA OPÇÃO SOMENTE EM CASOS DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL).
- ❖ **CAMPO 21.** CARÁTER DE ATENDIMENTO: ELETIVO
- ❖ **CAMPO 23.** INDICAÇÃO CLÍNICA. DE ACORDO COM PEDIDO MÉDICO.

13 - Cód. Operadora Solicitante(*)	14 - Nome Contratado Solicitante(*)
313	UNISER DO VALE
Cód. Operadora Prof. Solic.	15 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*)
57	PRESTADORES N/CREDENCIADOS PF
16 - Conselho(*)	17 - Nº Conselho(*)
CRM	999999
18 - UF Conselho(*)	19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
SP	Clinico Geral
21 - Caráter do Atendimento(*)	23 - Indicação Clínica
ELETIVO	

- ❖ **CAMPO 32.** TIPO DE ATENDIMENTO TISS: TERAPIAS
- ❖ **CAMPO 33.** INDICAÇÃO DE ACIDENTE: NÃO ACIDENTE
- ❖ **CAMPO 28.** REGIME ATENDIMENTO: AMBULATORIAL

32 - Tipo de Atendimento TISS (*) TERAPIAS	33 - Indicação de Acidente (*) NÃO ACIDENTE
27-Indicador Cobertura Especial	28-Regime Atendimento(*) Ambulatorial

- ❖ **CAMPO 58.** SEMPRE ANEXAR O PEDIDO MÉDICO OU ENCAMINHAMENTO DO COOPERADO UNISER.

Dados Adicionais da Guia

Anexar Arquivo Complemento em Texto

PROCEDIMENTOS
TABELA TUSS DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER DO VALE.

- ❖ **CAMPO 25.** PREENCHER O CAMPO DE PROCEDIMENTO INSERINDO O CÓDIGO TUSS SOLICITADO. PREENCHER COM A QUANTIDADE SOLICITADA E CLICAR EM **ADICIONAR**. APÓS CLICAR EM **CONFIRMAR** A GUIA SERÁ GERADA PARA IMPRESSÃO.

25 - Cd.Procedimento(*)	27 - Quantidade(*)	Oções
	1	Adicionar Procurar Remover

- ❖ A GUIA FICARÁ DISPONÍVEL NO CAMPO “**HISTÓRICO DE AUTORIZAÇÕES**”.
- ❖ **REFORÇANDO QUE A GUIA TEM VALIDADE DE 30 A 45 DIAS (OS ATENDIMENTOS DEVEM SER REALIZADOS DENTRO DO PERÍODO DE VALIDADE DA GUIA). A ENTREGA DEVE OCORRER DENTRO DO PRAZO ESTIPULADO NO CALENDÁRIO DE ENTREGA DA UNISER DO VALE, ATENTE-SE.**
- ❖ A **CONTINUIDADE** DO TRATAMENTO, BEM COMO A DEFINIÇÃO DA QUANTIDADE DE SESSÕES, DEPENDERÁ DA APRESENTAÇÃO DE SOLICITAÇÃO EVOLUTIVO ELABORADO PELO PROFISSIONAL COOPERADO NAS PRÓXIMAS AUTORIZAÇÕES NO PORTAL, CONTENDO A INFORMAÇÃO DO CID. ESSE RELATÓRIO SERÁ AVALIADO PELA AUDITORIA, QUE PODERÁ APROVAR OU NEGAR A SOLICITAÇÃO, CONFORME ANÁLISE E CONDUTA ESTABELECIDAS, NO PRAZO DE ATÉ 5 DIAS.
- ❖ **A GUIA JUNTAMENTE COM O PEDIDO OU RELATÓRIO MÉDICO/COOPERADO, OBRIGATORIAMENTE DEVERÁ SER ENTREGUE À UNISER COM A ASSINATURA E CARIMBO DO COOPERADO.**

### PRINCIPAIS CAMPOS PARA VERIFICAÇÃO:

<b>CAMPO - 25</b>	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<b>CAMPO - 29</b>	CÓDIGO DA OPERADORA - 313/68.930. 940/0001-13
<b>CAMPO - 30</b>	NOME DO CONTRATADO - UNISER DO VALE



## PREENCHIMENTO DA GUIA SANTA CASA

**Santa Casa Saúde** **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

2- Nº Guia no Prestador **42712679**

1- Registro AOS **419249** 2- Número da Guia Principal

4- Data de Atuação **18/06/2021** 5- Senha **42712679** 6- Data de Validade da Senha **18/07/2021** 7- Número da Guia Atribuída pelo Operador **42712679**

8- Nome do Beneficiário **[REDACTED]** 9- Validade da Carteira **[REDACTED]** 10- Nome **[REDACTED]** 11- Cadastro Nacional de Saúde **702204111254410** 12- Atendimento a RSI **N**

13- Código de Operadora **120751 / 7040882825** 14- Nome do Contratado **[REDACTED]**

15- Nome do Profissional Cooperado **[REDACTED]** 16- Conselho Profissional **CRM** 17- Número no Conselho **120751** 18- UF **SP** 19- Código CBO **[REDACTED]** 20- Assinatura do Profissional Substituto

21- Causa da Solicitação / Procedimento ou Item Assistencial Solicitado **[REDACTED]** 22- Data de Solicitação **18/06/2021** 23- Indicação Clínica **[REDACTED]**

24- Tabela **[REDACTED]** 25- Código do Procedimento ou Item Assistencial **[REDACTED]** 26- Descrição **Consulta em psicologia** 27- Data Solic. **[REDACTED]** 28- Data Atend. **[REDACTED]**

29- Data do Contrato Executante **[REDACTED]** 30- Código de Operadora **313 / 6930940000113** 31- Nome do Contratado **UNI SER DO VALE** 32- Código CBO **[REDACTED]**

33- Tipo de Atendimento **03** 34- Indicação de Atividade (paciente ou doença relacionada) **[REDACTED]** 35- Tipo de Consulta **[REDACTED]** 36- Meio de Encaminhamento do Atendimento **[REDACTED]**

37- Data de Execução / Procedimento e Serviços Realizados

37- Data	38- Hora Inicial	39- Hora Final	40- Tabela	41- Código do Procedimento	42- Descrição	43- CBO	44- Val.	45- Tec.	46- Fator Red./Acessor.	47- Valor Unitário (R\$)	48- Valor Total (R\$)
18/06/2021	08:00	09:00	03	010101	Consulta em psicologia	120751	1	1	1	100,00	100,00

49- Assinatura do Profissional Cooperado **[REDACTED]** 50- Assinatura do Profissional Substituto **[REDACTED]**

51- Nome do Profissional **[REDACTED]** 52- Conselho Profissional **[REDACTED]** 53- Número no Conselho **[REDACTED]** 54- UF **[REDACTED]** 55- Código CBO **[REDACTED]**

56- Data de Realização de Procedimento em Guia SP-Assinatura do Beneficiário ou Responsável **[REDACTED]**

57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável **[REDACTED]** 58- Assinatura do Profissional Cooperado **[REDACTED]** 59- Assinatura do Profissional Substituto **[REDACTED]**

60- Total de Procedimentos (R\$) **[REDACTED]** 61- Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **[REDACTED]** 62- Total de Materiais (R\$) **[REDACTED]** 63- Total de OPMs (R\$) **[REDACTED]** 64- Total de Medicamentos (R\$) **[REDACTED]** 65- Total de Outros Medicamentos (R\$) **[REDACTED]** 66- Total Geral (R\$) **[REDACTED]**

<b>CAMPO - 56</b>	DATA DA REALIZAÇÃO DE CADA PROCEDIMENTO
<b>CAMPO - 57</b>	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
<b>CAMPO - 67</b>	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL ATENDIDOS PELO COOPERADO
<b>CAMPO - 68</b>	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL COOPERADO

- ❖ ANTES DE INICIAR OS ATENDIMENTOS, CONFIRME SE A GUIA REALMENTE ESTÁ AUTORIZADA EM NOME DA UNISER E COM OS PROCEDIMENTOS CORRETOS.
- ❖ MESMO COM A SENHA LIBERADA PELA OPERADORA SANTA CASA, CONSULTAR A ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO A CADA ATENDIMENTO.

**A OPERADORA NÃO ACEITA RASURAS NA GUIA.**

## PARA FATURAMENTO É OBRIGATÓRIO

- ❖ IMPRESSÃO DA GUIA SADT DE AUTORIZAÇÃO COM SENHA, EMITIDA DIRETAMENTE PELA OPERADORA SANTA CASA, COM AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL, ASSINATURA E CARIMBO DO COOPERADO.
  - ❖ PEDIDO MÉDICO ORIGINAL PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO; PARA OS ATENDIMENTOS SEGUINTE, APRESENTAR O RELATÓRIO FISIOTERÁPICO ORIGINAL DO PROFISSIONAL COOPERADO.
  - ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.
- OBS:** MANTENHA SEMPRE UMA CÓPIA DA GUIA ARQUIVADA, POIS ELA PODERÁ SER NECESSÁRIA EM EVENTUAIS RECURSOS DE GLOSAS.

## **SEPACO SAÚDE**

SITE: <http://www.sepacoautogestao.org.br/home/>

**LOGIN:** 0003736 **SENHA:** sepaco01

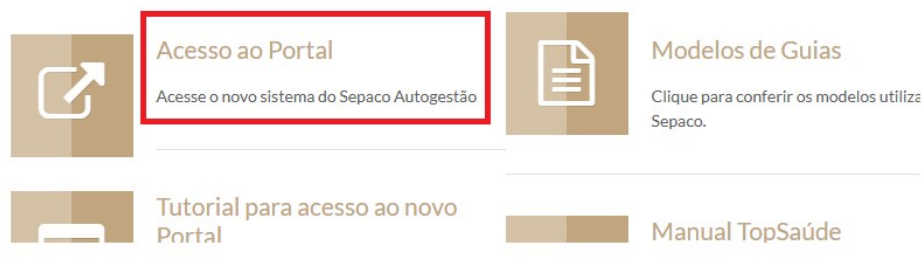
\*SEMPRE CONFIRMAR OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS\*

❖ O PRIMEIRO ATENDIMENTO DEVE SER COM O PEDIDO MÉDICO (VALIDADE DE 30 DIAS), AS DEMAIS SOLICITAÇÕES PODEM SER DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA.

❖ CLICAR EM PRESTADORES



❖ CLICAR EM ACESSO AO PORTAL



❖ **ACESSOS EXCLUSIVOS**

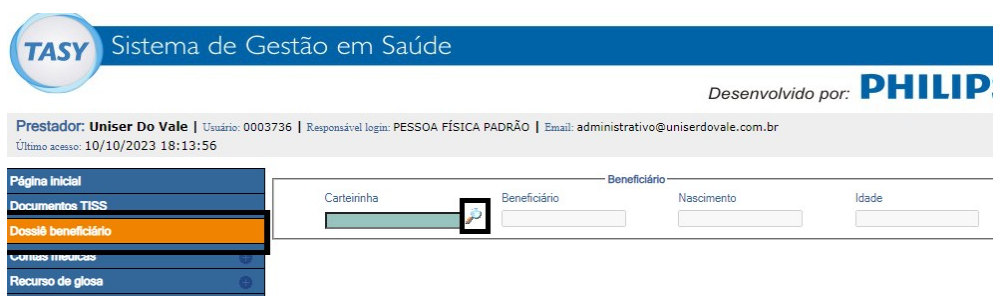
TIPO DE USUÁRIO: PRESTADOR

USUÁRIO: 0003736 SENHA: sepaco01



## ELEGIBILIDADE

- ❖ CLICAR EM DOSSIÊ BENEFICIÁRIO; CLICAR NA LUPA SELECIONADA.
- ❖ SELECIONAR A OPÇÃO PARA CONSULTA, QUE SÃO:
- ❖ NÚMERO DA CARTEIRINHA;
- ❖ CPF (CLICAR NA LUPA)
- ❖ NOME, SOBRENOME E DATA DE NASCIMENTO (CLICAR NA LUPA). CLICAR EM LOCALIZAR.



## AUTORIZAÇÃO

- ❖ AO CLICAR EM AUTORIZAÇÃO, SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÕES, VAI ABRIR OUTRA TELA.
- ❖ CLICAR EM + NOVA SOLICITAÇÃO, SELECIONE A OPÇÃO DE GUIA DE SADT/SP;



- ❖ TODOS OS CAMPOS EM VERDE SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO;
- ❖ COMEÇAR EM CARTÃO IDENTIFICAÇÃO E APERTAR TAB OU CLICAR EM OUTRA CAIXA. (VÁRIOS CAMPOS VÃO PREENCHER AUTOMATICAMENTE).

Tipo guia: SP/SADT

**Autorização**

Guia prestador	Guia operadora	Data solicitação
	931354	17/10/2023 08:59:11

Cartão identificação	Beneficiário	<input type="checkbox"/> Recém nascido

Produto	Senha	Dt validade

- ❖ PRÓXIMO CAMPO A SER PREENCHIDO É O **CRM** DO MÉDICO SOLICITANTE E APERTAR TAB.
- ❖ **INDICAÇÃO DE ACIDENTE:** NÃO ACIDENTE;
- ❖ **REGIME DE ATENDIMENTO:** AMBULATORIAL;
- ❖ **INDICAÇÃO CLÍNICA:** CID.

CRM 168538	Médico ROGERS DIEGO ASCEF	Especialidade Clínico Geral	CBO Médico clínico geral
Caráter atendimento Eletiva	Guia referência	Tipo de consulta	
Indicação de acidente Não acidente	Tipo atendimento Outras Terapias		
Cobertura especial	Regime de atendimento Ambulatorial	Saúde ocupacional	
Indicação clínica CID F31			

- ❖ CLICAR EM ANEXAR ARQUIVOS. IRÁ ABRIR UMA CAIXA PARA ANEXAR: (OBRIGATÓRIO ANEXAR PEDIDO MÉDICO ASSINADO, CARIMBADO, DATADO, CID/DIAGNÓSTICO, DADOS DO BENEFICIÁRIO).

portalag2.sepaco.org.br/pls\_montarTelaAnexo.action?nrGuia=...  
portalag2.sepaco.org.br/pls\_montarTelaAnexo.action?nrGuia=931357

## Upload de arquivo

Arquivo:  Nenhum arquivo escolhido

Tipo documento:

\* É permitido enviar arquivos com no máximo 30mb de tamanho.  
\* Não é permitido caracteres especiais no nome do arquivo.

- ❖ EM PROCEDIMENTOS INSERIR OS CÓDIGOS A SEREM LIBERADOS E APERTAR TAB.

### TABELA TUSS DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER DO VALE.

- ❖ QTD: COLOCAR A QUANTIDADE A SER LIBERADA ATÉ 10 SESSÕES POR VEZ.
- ❖ PARA LIBERAR MAIS DE UM PROCEDIMENTO, CLICAR NO + **VERDE**.
- ❖ PARA EXCLUIR ALGUM PROCEDIMENTO, CLICAR NO X EM **VERMELHO**.




Procedimentos 1 Materiais 0

Tabela: TUSS Procedimento: 20103484 Patologia osteomioarticular em um membro Qtd: 10 Tipo: Sem anexo

Cód	Procedimento	Qtd solic	Qtd aut
20103115	Atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica específica	10	

Enviar solicitação Limpar campos Gerar CAT

- ❖ APÓS INSERÇÃO DOS DADOS, CLICAR EM **ENVIAR SOLICITAÇÃO**. É GERADO NÚMERO DE PROTOCOLO E GUIA DO PRESTADOR SADT.
- ❖ NO FINAL DA TELA CLICAR EM **IMPRIMIR SOLICITAÇÃO**.



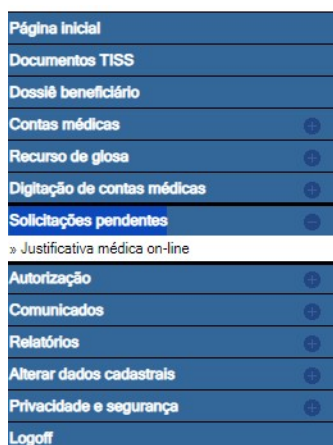
Procedimentos 1 Materiais 0 Doenças 0

Cód	Procedimento	Qtd solic	Qtd aut
20000470	Sessão de psicoterapia individual por psicólogo	4	4

Voltar Imprimir solicitação

### GUIA EM ANÁLISE.

- ❖ CASO A GUIA FIQUE EM ANÁLISE, CLICAR EM **SOLICITAÇÕES PENDENTES; JUSTIFICATIVA MÉDICA ON-LINE**.



- Página inicial
- Documentos TISS
- Dossiê beneficiário
- Contas médicas
- Recurso de glosa
- Digitação de contas médicas
- Solicitações pendentes**
- » Justificativa médica on-line
- Autorização
- Comunicados
- Relatórios
- Alterar dados cadastrais
- Privacidade e segurança
- Logoff



Prestador

Prestador: Uniser Do Vale - Cooperati  
Fonoaudiologia, Psic, Nutri

Nome fantasia: UNISER DO VALE

Tipo vínculo: Profissional recebe do pres

Telefone: 39412176

Estado: SP

Município: SAO JOSE DOS CAMPOS

Endereço: Avenida, Doutor Nelson D'A  
JOSE DOS CAMPOS, SP

CGC: 68930940000113

Tipo prestador: Serviço de Apoio Diagnósti

Clique aqui para visualizar os produtos liberados para a



- ❖ IRÁ APARECER A GUIA QUE ESTA COM A PENDÊNCIA. NO FINAL DA TELA CLICAR EM **JUSTIFICAR**.

Justificativas

## Justificativa Médica On-line

Autorização	Dt autorização	Dt validade	Carteirinha	Beneficiário	Tipo guia	Médico solicitante	Justificar
631457	25/10/2023				Guia de solicitação SP/SADT	RAFAEL KEN HANADA PEREIRA	Justificar

- ❖ AO ABRIR A TELA DA **JUSTIFICATIVA ON-LINE**, VAI DIZER O MOTIVO DA PENDÊNCIA DA GUIA. CASO PRECISE ANEXAR O PEDIDO MÉDICO, SELECIONAR A OPÇÃO **ANEXO+JUSTIFICATIVA**, INCLUIR O ANEXO DO PEDIDO EM **ESCOLHER ARQUIVO**. NO **TIPO DE DOCUMENTO** ESCOLHER A OPÇÃO **PEDIDO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE**.
- ❖ NO CAMPO DE **JUSTIFICATIVA**, RESPONDER O QUE FOI PEDIDO NA PENDÊNCIA E CLICAR EM **FINALIZAR JUSTIFICATIVA**.

Volter

## Justificativa Médica On-line

Guia Nº: 631457	Dt solicitação: 25/10/2023	Beneficiário: 60000470	Carteirinha: 60000470
Idade: 52	Médico: RAFAEL KEN HANADA PEREIRA	Tipo: Guia de solicitação SP/SADT	GID:

Itens em análise			
Tipo	Código	Quantidade	Descrição
Procedimento	60000470	10	Sessão de psicoterapia individual por psicólogo

Solicitação de justificativa médica - 25/10/2023 08:56

Prezado,

Para análise da auditoria médica referente o processo em questão, se faz necessário o envio do pedido médico, assinado e carimbado pelo médico solicitante, procedimento com código TUSS, indicação clínica e dados do beneficiário.

Solicitação em questão será cancelada, encaminhar novamente com os anexos.

Selecione uma das opções abaixo para continuar

☒ Anexo + Justificativa

☐ Somente Justificativa

Adicionar anexo

Arquivo: Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

Tipo documento:

\* Não são permitidos caracteres especiais no nome do arquivo

Justificativa (digite neste campo a justificativa médica)

## PREENCHIMENTO DA GUIA SADT

CAMPO - 51	NOME DO PROFISSIONAL COOPERADO
CAMPO - 56	DATA DA REALIZAÇÃO DE CADA PROCEDIMENTO
CAMPO - 57	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
CAMPO - 67	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU O RESPONSÁVEL ATENDIDO PELO COOPERADO
CAMPO - 68	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL COOPERADO





## **UNIMED CAÇAPAVA - VALE NOVO PAULISTA**

\*SEMPRE CONFIRMAR OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS\*

**PARA ESTA OPERADORA 2 PASSOS: SERÁ NECESSÁRIO SOLICITAÇÃO E POSTERIORMENTE EXECUÇÃO A CADA SESSÃO**

**CARTEIRINHAS INICIADAS SOMENTE COM 0091.**

ACESSE O SITE: <https://autorizador.unimedvalenovopaulista.coop.br/Home/Index>

**LOGIN: uniser    SENHA: unimed091**



### **1º PASSO – SOLICITAÇÃO**

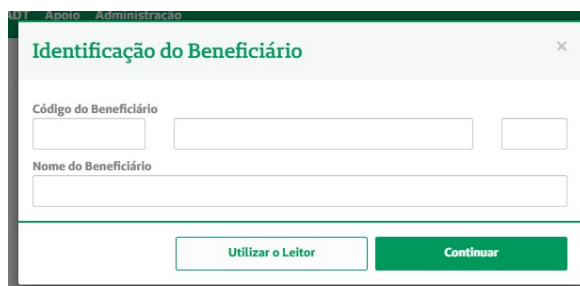
❖ CLICAR **SADT, SOLICITAÇÃO**.



❖ PASSAR A CARTEIRINHA NA LEITORA OU INFORMAR MANUALMENTE.



- ❖ SE OPTAR EM DIGITAR A CARTEIRINHA, PREENCHER O CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO E CLICAR EM CONTINUAR.



Identificação do Beneficiário

Código do Beneficiário

Nome do Beneficiário

Utilizar o Leitor Continuar

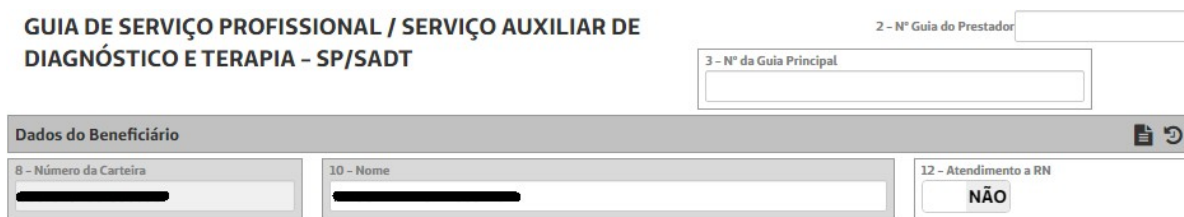
### PREENCHER OS CAMPOS

- ❖ DADOS DO BENEFICIÁRIO

**CAMPO 8** NÚMERO DA CARTEIRINHA

**CAMPO 10** PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO

**CAMPO 12** ATENDIMENTO RN: NÃO



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia do Prestador

3 - Nº da Guia Principal

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

10 - Nome

12 - Atendimento a RN

NÃO

- ❖

### DADOS DO SOLICITANTE

**CAMPO 13** PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO

**CAMPO 16** CRM

**CAMPO 17** NÚMERO CRM (**CAMPO 15** PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO)

**CAMPO 18** UF

**CAMPO 19** CBO MÉDICO SOLICITANTE

**OBS.:** CASO SEJA A PRIMEIRA CONSULTA DEVE SER PREENCHIDO COM NOME, CRM E CBO DO MÉDICO SOLICITANTE. SE FOR CONTINUIDADE DO TRATAMENTO INCLUIR O NOME DO PROFISSIONAL UNISER E SEUS DEVIDOS DADOS. (CBO FISIOTERAPIA 223605)



Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado

216893090 | UNISER V C P F TO FISIO

15 - Nome do Profissional Solicitante

JOSE ANTONIO M MERCADANTE

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número do Conselho

23477

18 - UF

6

19 - Código CBO

225270

- ❖ DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTO E EXAMES SOLICITADOS

**CAMPO 21** CARÁTER DO ATENDIMENTO: ELETIVO

**CAMPO 23** INDICAÇÃO CLÍNICA: CID

**CAMPO 24** TUSS PROCEDIMENTOS

**CAMPO 25** CÓDIGO PROCEDIMENTO

**CAMPO 26 DESCRIÇÃO**  
**CAMPO 27 QUANTIDADE**

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
Eletivo

23 - Indicação Clínica  
FISIOTERAPIA

90 - Indicador de Cobertura Especial  
Selecione uma opção...

24 - Tabela  
TUSS Procedimentos  
10

25 - Código Procedimento  
20103492

26 - Descrição  
27 - Qtde Solic  
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS

TUSS Procedimentos  
1

50000144

CONSULTA AMBULATORIAL EM FISIOTERAPIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000144	AValiação FISIOTERÁpICA – SOMENTE 1 QUANTIDADE E NO PRIMEIRO ATENDIMENTO

**TABELA TUSS DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER DO VALE.**

❖ **DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE**  
**CAMPO 29 PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO**

APÓS PREENCHER TODOS OS CAMPOS, CLICAR EM **SOLICITAR**.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
0091

30 - Nome do Contratado

58 - Observação / Justificativa

SOLICITAR

CANCELAR

- ❖ APÓS CLICAR EM SOLICITAR ABRIRÁ UMA CAIXA COM A QUANTIDADE SOLICITADA AUTORIZADA.
- ❖ ANOTAR O NÚMERO DA EXECUÇÃO QUE SERÁ UTILIZADO PARA EXECUTAR CADA SESSÃO.

Execução: [REDACTED]		Data da Transação: 31/10/2023		Validade:	
Beneficiário:		[REDACTED]		[REDACTED]	
Prestador Contratado:		UNISER V C P F TO FISIO		0091.216893090	
Prestador Solicitante:		JOSE ANTONIO M MERCADANTE	sigla: CRM	nº cons.: 23477	UF: SP
Indicação Clínica:		FISIOTERAPIA			
Tipo	Procedimento	Descrição	Qt.Sol.	Qt.Aut.	Observação
Procedimentos Médicos	20103492	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS	10,0000	10,0000	
Procedimentos Médicos	50000144	CONSULTA AMBULATORIAL EM FISIOTERAPIA	1,0000	0,0000	
Observação:					

## SE A SOLICITAR FOR NEGADA?

- ❖ LIGAR PARA UNIMED E PEDIR QUE OS ATENDENTES VERIFIQUEM O PORQUÊ DA NEGATIVA.  
CENTRAL DE ATENDIMENTO AO CLIENTE: TELEFONE: **(12) 3654-8600**

## 2º PASSO - EXECUÇÃO DE CADA CONSULTA/SESSÃO

- ❖ PARA REALIZAR A **EXECUÇÃO** O PROFISSIONAL DEVERÁ ACESSAR O SITE COM LOGIN E SENHA, CLICAR EM **SADT – EXECUÇÃO**.



- ❖ SELECIONAR O PRESTADOR **UNISER DO VALE**.
- ❖ DIGITAR O NOME DA CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO.
- ❖ CLICAR EM **PESQUISAR**

## Execução

Tela Inicial / SADT / Execução

Dados da Pesquisa

Prestador

Prestador Executante

216893090 | UNISER V C P F TO FISIO

Número da Autorização

Beneficiário

Beneficiário

PESQUISAR

- ❖ CLICAR NA SENHA DUAS VEZES QUE FOI LIBERADA NA SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS.  
**OBS: ATENTAR-SE A NÃO CLICAR NA SENHA DE OUTRO PROFISSIONAL.**
- ❖ REALIZAR ESSA EXECUÇÃO EM TODAS AS SESSÕES UMA POR UMA, ATÉ FINALIZAÇÃO DAS SESSÕES.

## Execução

Tela Inicial / SADT / Execução

Dados da Pesquisa									
Solicitações									
Data	Solicitação	Cod. Beneficiário	Data de Validade	Ti	Executar essa Solicitação	Procedimento	Qtd. Solic.	Qtd. Aut.	Qtd. Disp.
26/09/2023 09:51			25/11/2023 09:51	Eletiva / Programada / Rotina	603 - UNISER DO VALE COOP PSIC/FONO/TO/FISIO	20103506 - PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM SEGMENTO DA COLUNA	10,0000	10,0000	6,0000

- ❖ IRÁ ABRIR A CAIXA DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO
- ❖ PASSAR A CARTEIRINHA NA LEITORA.



### PREENCHER OS SEGUINTE CAMPOS

- ❖ CAMPO-32-CÓDIGO DA OPERADORA-UNISER DO VALE
- ❖ TIPO DE ATENDIMENTO: OUTRAS TERAPIAS.
- ❖ CAMPO- 48- CÓDIGO DE PROCEDIMENTO.
- ❖ CAMPO-51- NOME DO PROFISSIONAL QUE ESTÁ EFETUANDO O ATENDIMENTO (EXECUÇÃO), CPF, CONSELHO, CÓDIGO DE CBO E CLICAR EM EXECUTAR.

### CONSULTAR GUIA AUTORIZADA (EXECUTADA)

- ❖ ENTRAR NO SITE DA UNIMED CAÇAPAVA
- ❖ APOIO - FICHA MÉDICA





- ❖ NÚMERO DA CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO.
- ❖ SELECIONAR O PERÍODO DA SOLICITAÇÃO
- ❖ CLICAR EM **PESQUISAR**.

## Ficha Médica

Apoio / Ficha Médica

Dados da Pesquisa

Data inicial para o período da pesquisa

Data final para o período da pesquisa

Beneficiário

7

Data Inicial

01/10/2023

Data Final

01/11/2023

PESQUISAR

☒ Consulta
 ☒ SADT
 ☒ Internação

Autorização

- ❖ SELECIONAR A EXECUÇÃO QUE DESEJA IMPRIMIR
- ❖ CLICAR NA **SETINHA** NO CANTO ESQUERDO PARA ABRIR AS DATAS EXECUTADAS. (OBSERVAR A QUANTIDADE DE SESSÕES LIBERADAS E A QUANTIDADE EXECUTADA).

Relatório Ficha Médica

10 resultados por página

Pesquisar

Anterior 1 Próximo

Data	Autorização	Tipo	Cod. Beneficiário	Beneficiário	Bio?	Cód. Solicitante	Parecer	Ação
31/08/2023		SADT			Não	00091216893090	Executada	

Serviço	Descrição	Solicitado	Liberado	Executado	Mensagem
20103492	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS	10	10	9	AUTORIZADO
		Parecer	Data Execução	Qtd	Prestador
		Autorizado	05/09/2023	1	UNISER V C P F TO FISIO
		Autorizado	06/09/2023	1	UNISER V C P F TO FISIO
		Autorizado	11/09/2023	1	UNISER V C P F TO FISIO
		Autorizado	13/09/2023	1	UNISER V C P F TO FISIO
		Autorizado	15/09/2023	1	UNISER V C P F TO FISIO
		Autorizado	18/09/2023	1	UNISER V C P F TO FISIO
		Autorizado	20/09/2023	1	UNISER V C P F TO FISIO
		Autorizado	22/09/2023	1	UNISER V C P F TO FISIO
		Autorizado	27/09/2023	1	UNISER V C P F TO FISIO/S

Accesse Configurações para ativar.

- ❖ PARA IMPRIMIR A GUIA, CLICAR NO CANTO DIREITO EM **VISUALIZAR GUIA**.
- ❖ ABRINDO A TELA DO RECIBO, DESCER ATÉ O FINAL EM **IMPRIMIR**, SELECIONAR A OPÇÃO DE **GUIA TISS**.


IMPRIMIR

IMPRIMIR RECIBO

GUIA TISS

## PREENCHIMENTO DA GUIA SADT

<b>CAMPO - 51</b>	NOME DO PROFISSIONAL COOPERADO
<b>CAMPO - 56</b>	DATA DA REALIZAÇÃO DE CADA PROCEDIMENTO
<b>CAMPO - 57</b>	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
<b>CAMPO - 67</b>	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU O RESPONSÁVEL ATENDIDO PELO COOPERADO
<b>CAMPO - 68</b>	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL COOPERADO



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

3 - NP Guia do Prestador 08/1972

1 - Registro ANS 2 - Número da Guia Principal

3 - Data de Autorização 4 - Nome

5 - Cidade da Unidade da Saúde 6 - Número da Guia Atribuída para Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Nome de Cognome 8 - Validação da Carteira 9 - Nome Social

10 - Nome 11 - Alargamento a RPL

Dados do Contratado Sistematiza

12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Substituto 15 - VENCIMENTO C P P F TO RSO

Dados da Substituição / Procedimentos ou Bens Assistenciais Substituídos

16 - Conselho Profissional 17 - Número na Consórcio 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Substituto

Dados do Atendimento

21 - Códigos de Atendimento 22 - Data da Substituição 23 - Indicação Clínica 24 - Indicação de Coleta Especial

25 - Tabela 26 - Código do Procedimento ou Bem Assistencial 27 - Descrição 28 - Data Inicial 29 - Data Final

Dados do Contratado Sistematiza

30 - Código na Operadora 31 - Nome do Contratado

32 - Nome do Profissional Substituto 33 - Código CBO

Dados do Atendimento

34 - Tipo de Atendimento 35 - Indicação do Atendimento (paciente ou doença relacionada) 36 - Tipo de Consulta 37 - Motivo da Encaminhamento de Atendimento 38 - Regime de Atendimento 39 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Bens Realizados

40 - Data 41 - Hora Inicial 42 - Hora Final 43 - Tabela 44 - Código do Procedimento 45 - Descrição 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Responsável(is)

48 - Reg. Prof. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CNP 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Despesa Análoga (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Despesa Medicamentos (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

**PARA SOLICITAÇÃO DE SESSÕES DE RPG SERÁ EFETUADO ATRAVÉS DO E-MAIL ABAIXO:**

autorizacao@unimedcpv.com.br

- ❖ ANEXAR PEDIDO MÉDICO, INFORMAR O NÚMERO DA CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO E IDENTIFICAR QUE É COOPERADO PELA UNISER. APÓS A SOLICITAÇÃO O PROFISSIONAL VAI RECEBER A SENHA NO PRÓPRIO E-MAIL. A CADA SESSÃO QUE O BENEFICIÁRIO FOR REALIZAR, O PROFISSIONAL FARÁ A EXECUÇÃO ATRAVÉS DO SITE, CONFORME DESCRITO NO 2º PASSO - EXECUÇÃO DE CADA CONSULTA / SESSÃO.

**PARA FATURAMENTO:**

- ❖ A GUIA SADT IMPRESSA SOMENTE DEPOIS DA EXECUÇÃO DAS SESSÕES. ASSINADA PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL E IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL COOPERADO (CARIMBO E ASSINATURA) E ENTREGAR NA UNISER CONFORME CALENDÁRIO DE ENTREGA.

- ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.

**OBS:** MANTENHA SEMPRE UMA CÓPIA DA GUIA ARQUIVADA, POIS ELA PODERÁ SER NECESSÁRIA EM EVENTUAIS RECURSOS DE GLOSAS.

## **PROCEDIMENTO UNISER - PARCEIROS**

**ADC CTA/ AVIBRÁS/FUNDHAS**

**CONTATO UNISER DO VALE (12) 3941-2176**



- ❖ APÓS O INTERESSE DO SEGURADO EM REALIZAR UMA CONSULTA COM PROFISSIONAL COOPERADO DA UNISER, O COOPERADO DEVERÁ VERIFICAR JUNTO À UNISER SE O SEGURADO ESTÁ DEVIDAMENTE CADASTRADO EM SEU BANCO DE DADOS.  
CASO O SEGURADO NÃO ESTEJA CADASTRADO, O COOPERADO DEVERÁ ORIENTÁ-LO A PROCURAR O SETOR DE RECURSOS HUMANOS DE SUA EMPRESA, PARA QUE O CADASTRO SEJA ENCAMINHADO À UNISER DO VALE.
- ❖ COM O CADASTRO EFETIVADO O BENEFICIÁRIO ESTÁ LIBERADO PARA ATENDIMENTO.
- ❖ O PROFISSIONAL PODERÁ RETIRAR A GUIA PRÓPRIA PARA ESTE ATENDIMENTO NA UNISER OU IMPRIMIR DIRETAMENTE PELO SITE DA UNISER DO VALE, ARQUIVO DISPONÍVEL EM CIRCULARES/GUIA UNISER.
- ❖ O BENEFICIÁRIO DEVERÁ ASSINAR E O PROFISSIONAL TAMBÉM, ACRESCENTANDO SEU CARIMBO.
- ❖ O PROFISSIONAL DEVERÁ RESPEITAR O CALENDÁRIO DE ENTREGA DAS GUIAS.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000144	AValiação FISIOTERÁpICA – SOMENTE 1 QUANTIDADE E NO PRIMEIRO ATENDIMENTO

**TABELA TUSS DISPONÍVEL NO SITE DA UNISER DO VALE.**

## **PROCEDIMENTO UNISER FAMÍLIA E ASSEJUS**

### **CONTATO UNISER DO VALE (12) 3941-2176**

- ❖ UNISER FAMILIA NÃO NECESSITA DE ENCAMINHAMENTO MÉDICO.
- ❖ O USUÁRIO INTERESSADO EM CONTRATAR OS SERVIÇOS DA UNISER FAMÍLIA DEVERÁ ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER DO VALE PRESENCIALMENTE, POR E-MAIL OU TELEFONE.
- ❖ APÓS A ELABORAÇÃO DO CONTRATO E CONFIRMAÇÃO DO PAGAMENTO DAS SESSÕES, O USUÁRIO RECEBERÁ AS INSTRUÇÕES NECESSÁRIAS PARA REALIZAR O AGENDAMENTO COM UM PROFISSIONAL COOPERADO.
- ❖ CASO O USUÁRIO ENTRE EM CONTATO DIRETAMENTE COM O PROFISSIONAL COOPERADO E NÃO ESTIVER COM A GUIA DEVIDAMENTE LIBERADA, ESTE DEVERÁ ORIENTÁ-LO A ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER DO VALE, PARA GARANTIR O CORRETO FLUXO DE ATENDIMENTO E DOCUMENTAÇÃO.
- ❖ O USUÁRIO DEVERÁ APRESENTAR AS GUIAS IMPRESSAS EM MÃOS NOS ATENDIMENTOS, CONFORME O PACOTE CONTRATADO, SEMPRE COM O CARIMBO E ASSINATURA DA UNISER DO VALE.
- ❖ AS GUIAS DEVEM CONTER INFORMAÇÕES COMPLETAS E CORRETAS DO USUÁRIO, COMO NOME DO TITULAR E NOME DOS DEPENDENTES. INSERINDO POSTERIORMENTE DATAS DE ATENDIMENTO, ASSINATURA DO USUÁRIO ATENDIDO E OU RESPONSÁVEL, ASSIM COMO NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO COOPERADO.
- ❖ É OBRIGATÓRIO O USO DA GUIA NUMERADA UNISER FAMÍLIA (MODELO PADRÃO DISPONIBILIZADO PELA UNISER).
- ❖ GUIAS EM OUTROS FORMATOS NÃO SERÃO ACEITAS PARA FATURAMENTO, POIS SÃO CONTROLADAS POR NUMERAÇÃO ESPECÍFICA.

### **PREENCHIMENTO DE GUIAS**

SELECIONAR A ESPECIALIDADE
NOME DO COOPERADO UNISER
USUÁRIO ATENDIDO
DATA E ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL.
ASSINATURA E CARIMBO DO COOPERADO

## MODELO GUIA UNISER FAMÍLIA

Sessão 01/01

Guia N° 103/25

### UNISER FAMÍLIA PLANO A

São José dos Campos:

Usuários autorizados para atendimento:

Titular:

CPF:

Autorização de atendimento para uma (01) sessão de (escolha a especialidade entre Fonoaudiologia, Nutrição ou Psicologia pelo Uniser Família.

---

Informações do local de atendimento:

Especialidade: ☒ Fonoaudiologia ☐ Nutrição ☐ Psicologia

Usuário atendido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Assinatura paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Nome do cooperado e carimbo sob a assinatura do cooperado