

PROCEDIMENTOS

NUTRIÇÃO

CONVÊNIOS E PARCEIROS

UNISER DO VALE

MARÇO 2026

ALLIANZ	PÁGINAS 3 - 4
ASSEFAZ	PÁGINAS 5 – 11
BRADESCO (SOLICITAÇÃO – PASSO 1)	PÁGINAS 12 - 17
BRADESCO (EXECUÇÃO ORIZON – PASSO 2)	PÁGINAS 18 - 23
BRADESCO (TELESSAÚDE)	PÁGINAS 24 – 25
CENTRAL NACIONAL	PÁGINAS 26 – 27
FUSEX TAUBATÉ	PÁGINAS 28 - 29
MEDISERVICE	PÁGINAS 30 – 35
MEDISERVICE (TELESSAÚDE)	PÁGINA 36
NEW SAUDE LEADER	PÁGINA 37 - 40
OMINT SAÚDE	PÁGINAS 41 - 43
SANTA CASA	PÁGINAS 44 - 47
SEPACO	PÁGINAS 48 - 52
TOTAL MEDCARE	PÁGINAS 53 - 56
UNIMED CAÇAPAVA	PÁGINAS 57 - 63
UNISER PARCEIROS ADC/CTA, AVIBRÁS, FUNDHAS	PÁGINA 64
UNISER FAMÍLIA E ASSEJUS	PÁGINA 65 - 66

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

PARA PRIMEIRO ATENDIMENTO:

- ❖ 2 CONSULTAS MENSAIS. O PEDIDO MÉDICO TEM VALIDADE DE 90 DIAS.
- ❖ NO ASSUNTO COLOCAR NÚMERO DA CARTEIRINHA E O NOME DO BENEFICIÁRIO.
- ❖ 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
- ❖ O PEDIDO MÉDICO TEM VALIDADE DE 90 DIAS.
- ❖ ANEXAR O PEDIDO MÉDICO NO EMAIL E RELATÓRIO DO PROFISSIONAL COOPERADO.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

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.
- ❖ 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**.

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.
- ❖ 1 SESSÃO POR MÊS.
- ❖ 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:

Usuário:

Senha:

[Esqueci minha senha](#)

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

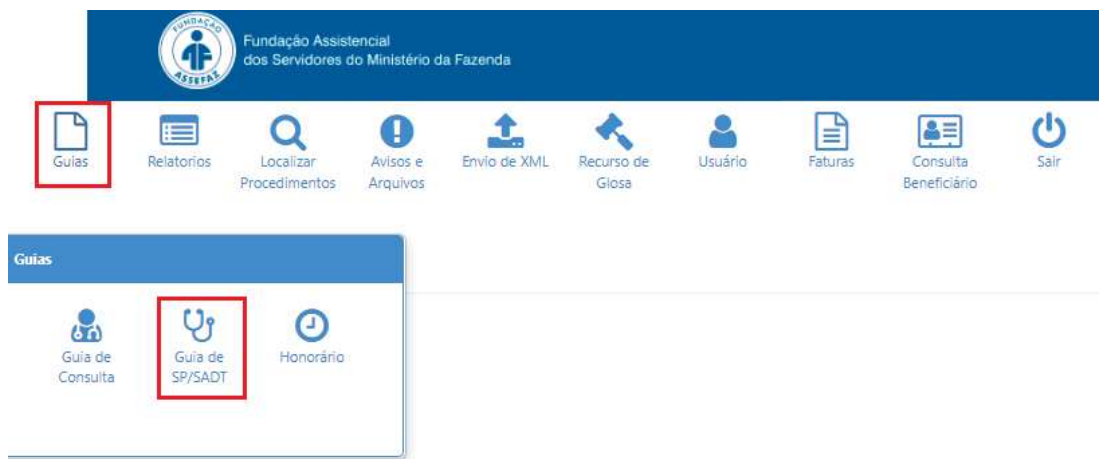
Beneficiário: CPF: Número do Cartão:

JULIANA BORBA EVANGELISTA

Situação:	Ativo	Nº Cartão:	XXXXXXXXXXXXXXX
Tipo:	Dependente	Titular:	XXXXXXXXXXXXXXX
Plano:	ASSEFAZ RUBI	Dt. Validade:	31/07/2027
Unidade:	MINISTERIO DA FAZENDA		

AUTORIZAÇÃO DA GUIA

- ❖ ACESSO 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**, CARÁTER 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 *
--------------------------	--------------------------	-----------	-------------------------------	-------------------------

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) MEDICO
21 - Caráter do Atendimento *	22 - Data da solicitação *	23 - Indicação Clínica		

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 PSICOLÓGICO FONOG 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 -- Selezione -- -- Selezione --

- ❖ NA ABA **PROCEDIMENTOS** SERÁ UTILIZADA PARA LANÇAMENTO DOS PROCEDIMENTOS. O BOTÃO **INSERIR** DEVE SER UTILIZADO PARA A INSERÇÃO INDIVIDUAL DOS PROCEDIMENTOS.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

- ❖ QUANTIDADE AUTORIZADA PELA OPERADORA: **1 CONSULTA MENSAL**. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER DO VALE.

Guia de SP/SADT



Dados principais

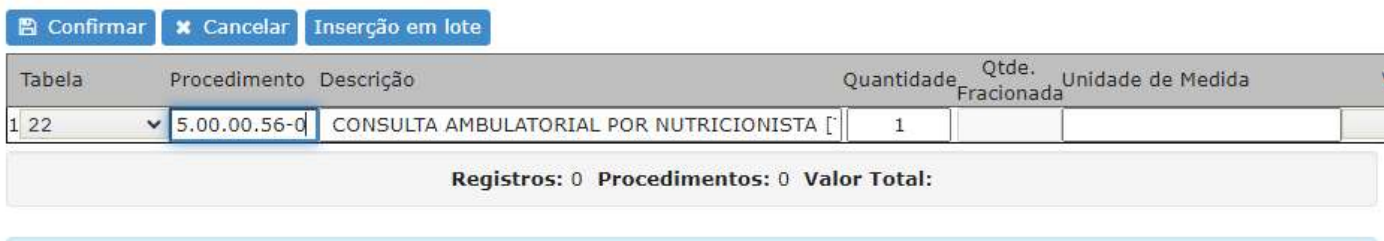
Dados do Contratado Executante

Procedimentos

+ Inserir Inserção em lote

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

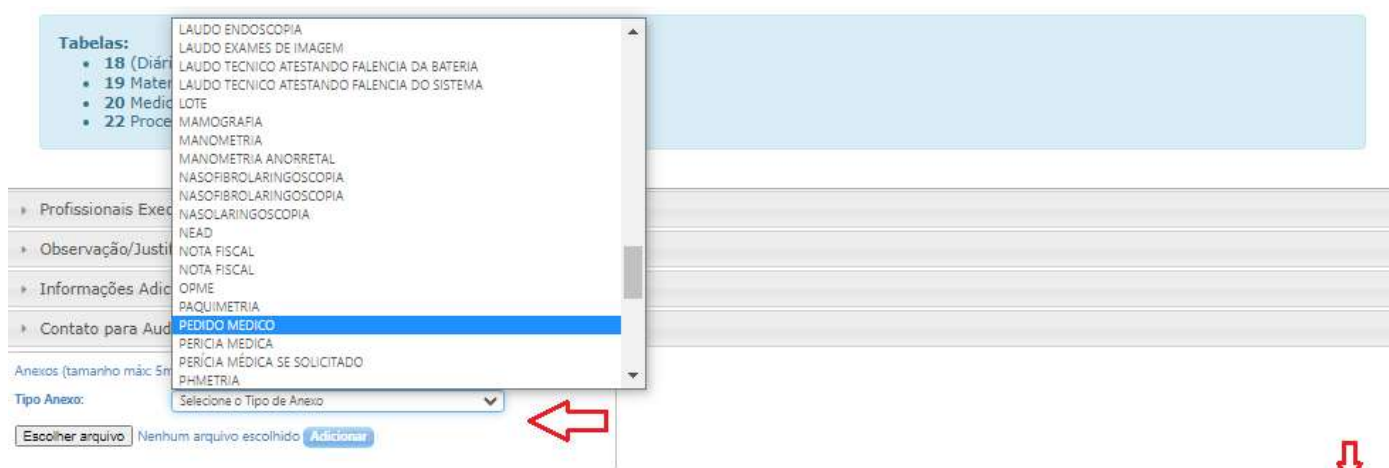
- ❖ DEVE CLICAR EM **INSERIR** E DIGITAR O NOME OU CÓDIGO DO PROCEDIMENTO, SEGUINDO O PADRÃO TUSS, EM SEGUIDA COLOQUE A QUANTIDADE E CLIQUE EM **CONFIRMAR**.



Confirmar Cancelar Inserção em lote

Tabela	Procedimento	Descrição	Quantidade	Qtde. Fracionada	Unidade de Medida	Via Acesso	Valor
1 22	5.00.00.56-0	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA [1				
Registros: 0 Procedimentos: 0 Valor Total:							

ANEXAR O PEDIDO MÉDICO, EM TIPO DE ANEXO SELECIONAR A OPÇÃO PEDIDO MÉDICO. CLICAR EM **GRAVAR**.



Tabelas:

- 18 (Diár
- 19 Mater
- 20 Medic
- 22 Proce

LAUDO ENDOSCOPIA
LAUDO EXAMES DE IMAGEM
LAUDO TECNICO ATESTANDO FALENCIA DA BATERIA
LAUDO TECNICO ATESTANDO FALENCIA DO SISTEMA
LOTE
MAMOGRAFIA
MANOMETRIA
MANOMETRIA ANORRETAL
NASOFIBROLARINGOSCOPIA
NASOFIBROLARINGOSCOPIA
NASOLARINGOSCOPIA
NEAD
NOTA FISCAL
NOTA FISCAL
OPME
PAQUIIMETRIA
PEDIDO MEDICO
PERICIA MEDICA
PERICIA MEDICA SE SOLICITADO
PHMETRIA

Tipo Anexo: Seleciona o Tipo de Anexo

Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido Adicionar

Ativar o Windows
Acesse Configurações para Gravar

Limpar Dados Gravar

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



Anexos (tamanho máx: 5mb):

Tipo Anexo: PEDIDO MEDICO

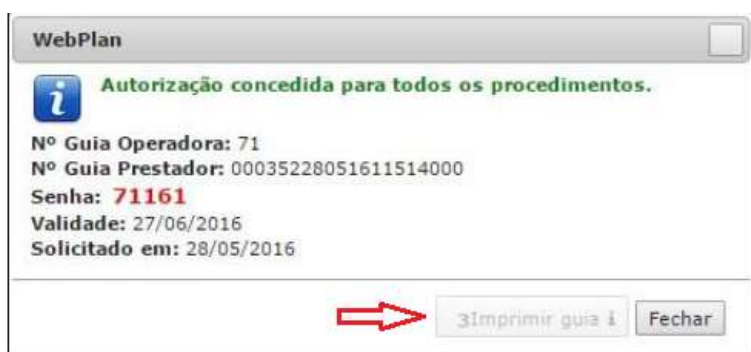
Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido Adicionar

Limpar Dados Gravar

Ativar o Windows

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

❖ A MAIORIA DAS LIBERAÇÕES ESTÁ 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

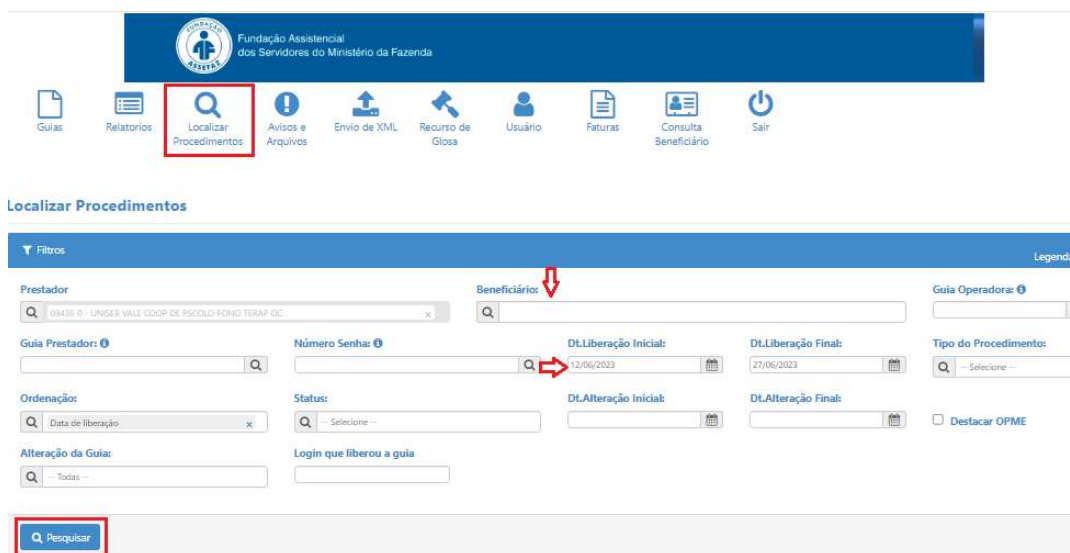
SESSÃO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO [Tabela: 21]

- 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**. IRÁ ABRIR UMA CAIXA, PREENCHER O NÚMERO COM A CARTEIRINHA PARA CONSULTAR, OU APENAS AS DATAS PARA FILTRAR AS LIBERAÇÕES. DEPOIS CLICAR EM **PESQUISAR**.





















Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda

Localizar Procedimentos

Pesquisar

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

Procedimentos					
					
Beneficiário: [REDACTED]	Prestador: (09436-0)-UNISER VALE COOP DE PSCOLO FONDO TERAP OC				
Procedimentos: [REDACTED]	Num. Guia Operadora: [REDACTED]	Num. Guia Prestador: 09436015062303850201	Senha: [REDACTED]	Dt. Lib.: 15/06/2023	
	Serviço: SP/SADT	Tipo de Guia: SP/SADT	Situação?: Cancelado		
					
Beneficiário: [REDACTED]	Prestador: (09436-0)-UNISER VALE COOP DE PSCOLO FONDO TERAP OC				
Procedimentos: [REDACTED]	Num. Guia Operadora: [REDACTED]	Num. Guia Prestador: 09436015062303902201	Senha: [REDACTED]	Dt. Lib.: 15/06/2023	
	Serviço: SP/SADT	Tipo de Guia: SP/SADT	Situação?: Autorizado		
					
Beneficiário: [REDACTED]	Prestador: (09436-0)-UNISER VALE COOP DE PSCOLO FONDO TERAP OC				
Procedimentos: [REDACTED]	Num. Guia Operadora: [REDACTED]	Num. Guia Prestador: 09436020062305920201	Senha: [REDACTED]	Dt. Lib.: 20/06/2023	
	Serviço: SP/SADT	Tipo de Guia: SP/SADT	Situação?: Em análise		

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



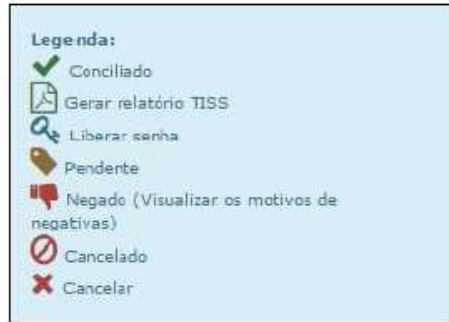
CONSULTA AO HISTÓRICO DE MENSAGENS TROCADAS COM A OPERADORA;



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, IR ABRIR A GUIA TISS.



- ❖ OS CAMPOS SINALIZADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, INCLUIR AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO E A DATA DO PROCEDIMENTO REALIZADO.

CAMPO 56	DATA DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO
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

MODELO DE GUIA ASSEFAZ

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT										2- Nº Guia no Prestador 09436027062309214801		
1 - Registro ANS 340926		3 - Número da Guia Principal			6 - Data de Validade da Senha 05/09/2023			7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9107887				
4 - Data de Autorização 27/09/2023		5 - Senha 518787164		8 - Nome Social			12 - Atendimento a RN Não					
8 - Número da Carteira 000103000105430335		9 - Validade da Carteira 31/07/2027		13 - Nome do Contratado			14 - Nome do Contratado					
10 - Nome		15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - Conselho Profissional CRM		17 - Número no Conselho 011775		18 - UF SP		19 - Código CBO 999999	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados												
21 - Caracter do Atendimento Eletivo		22 - Data da Solicitação 27/09/2023		23 - Indicação Clínica F41.2			30 - Indicador Cobertura Especial					
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 5.00.00.47-0		26 - Descrição SESSÃO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO			27 - Qtd. Solic. 5		28 - Qtd. Aut. 5			
Dados do Contratado Executante												
29 - Código na Operadora 09436-0		30 - Nome do Contratado UNISER VALE COOP DE PSICOLOGO FONO TERAP OC			31 - Código CNES 5262225							
32 - Tipo de Atendimento (3) TERAPIA		33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada) (0) NÃO ACIDENTE		34 - Tipo de Consulta (1) PRIMEIRA CONSULTA		35 - Motivo de Encerramento de Atendimento		36 - Regime de Atendimento (1) Ambulatorial		37 - Saúde Ocupacional		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												
38 - Data 1 27/09/2023		39 - Hora Inicial 22	39 - Hora Final 5.00.00.47-0	40 - Código do Procedimento 5.00.00.47-0	41 - Descrição SESSÃO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO		42 - Qtd. 5	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)												
48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 2	50 - Código na Operadora/CNP 68.930.940/0001-13	51 - Nome do Profissional UNISER VALE COOP DE PSICOLOGO FONO TERAP OC		52 - Conselho Profissional 68.930.940/0001-13	53 - Número no Conselho 914020	54 - UF SP	55 - Código CBO 999999				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série: 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável												
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -			
58 - Observação / Justificativa: <small>Selecione o tipo de observação: (1) Faltas; (2) Vagas; (3) Excesso; (4) Atendimento psicológico realizado no local de atendimento; (5) Não/Outro</small>												
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas / Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total OPME (R\$)		63 - Total Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Médicinas (R\$)		65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado						

DOCUMENTOS PARA ENVIO AO FATURAMENTO:

- ❖ GUIA SP/SADT EMITIDA PELO PORTAL COM AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL E IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL COOPERADO (CARIMBO E ASSINATURA).
- ❖ CÓPIA DO PEDIDO MÉDICO ANEXO A GUIA FÍSICA.
- ❖ CÓPIA DO RELATÓRIO 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.

PROCEDIMENTO BRADESCO

ATENDIMENTO PRESENCIAL

TELESSAÚDE (ONLINE) CONSULTAR A PÁGINA 25 E 26

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: SITE BRADESCO (AUTORIZAÇÃO) E SITE ORIZON (EXECUÇÃO):

1- SITE DO BRADESCO – (AUTORIZAÇÃO):

OBS: NESTA OPERADORA O HORÁRIO DE LIBERAÇÃO DE SENHAS É DE SEGUNDA-FEIRA A SABÁDO DAS 07H ÀS 18H. (NÃO É POSSIVEL A LIBERAÇÃO DE SENHAS AOS DOMINGOS E FERIADOS).

- ❖ A BRADESCO TEM ATÉ 48H PARA LIBERAÇÃO DA GUIA NO PORTAL.
- ❖ O BENEFICIÁRIO DEVERÁ IR AO CONSULTÓRIO DO PROFISSIONAL COM ENCAMINHAMENTO MÉDICO.
- ❖ É IMPRESCINDIVEL QUE O PEDIDO MÉDICO ESTEJA DATADO E CONTENHA O CID. (NA AUTORIZAÇÃO 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.
- ❖ EM CASO DO ATENDIMENTO CONTÍNUO, SALVE A CÓPIA DO PEDIDO MÉDICO EM PDF, QUE SERÁ ANEXADA NO SISTEMA DA OPERADORA A CADA NOVA SOLICITAÇÃO.
- ❖ NO PRIMEIRO ENVIO DE GUIA PARA FATURAMENTO, ENVIAR O PEDIDO MÉDICO ORIGINAL, NAS DEMAIS A CÓPIA.

OBS: PARA TODAS AS SOLICITAÇÕES DE SENHAS SERÁ NECESSÁRIO O ENVIO DO PEDIDO MÉDICO DATADO EM ANEXO. NÃO SERÃO ACEITOS PEDIDOS MÉDICOS SEM DATA.

- ❖ O LIMITE DE SESSÕES É DE 6 ATÉ 12 ANUAIS. LIMITADO A 2 SESSÕES MENSAIS.
- ❖ SE NECESSÁRIO MAIS SESSÕES, ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER DO VALE.
- ❖ DO DIA DA LIBERAÇÃO DA SENHA O PROFISSIONAL TERÁ 30 DIAS PARA O ATENDIMENTO.
- ❖ PARA O FATURAMENTO A SENHA TEM VALIDADE DE 90 DIAS.

AUTORIZAÇÃO SITE BRADESCO

- ❖ O ACESSO ÀS CONSULTAS BEM COMO AS APROVAÇÕES DE SENHA SERÃO EFETUADAS PELO SITE:

www.bradescoseguros.com.br

- ❖ ENTRAR NO SITE BRADESCO, CLICAR EM OUTROS PORTAIS, REFERENCIADO SAÚDE.



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

O formulário de login 'Digite seus dados' possui os seguintes campos: 'Tipo de acesso' (menu suspenso com 'Referenciado' selecionado), 'Pessoa Física' (radio desativado) e 'Pessoa Jurídica' (radio ativado), 'Insira aqui seu CPF' (campo de texto com o valor '68.930.940/0001-13' preenchido), um campo de senha com pontos e um botão 'Acessar' em vermelho.

SEMPRE CONSULTAR A ELEGIBILIDADE E O PLANO DO BENEFICIÁRIO

A captura de tela mostra a interface do site Bradesco Saúde. No topo, há o logo 'bradesco saúde' e um menu suspenso 'Situação do Beneficiário'. Abaixo, há uma barra de busca com o texto 'Número do Cartão ou CPF:' e um campo de entrada com o placeholder 'Digite aqui o número do cartão ou CPF do Beneficiário'. Uma seta vermelha aponta para o campo de entrada.

- ❖ NESTE CAMPO TAMBÉM É POSSÍVEL VERIFICAR SE O PLANO DO BENEFICIÁRIO ESTÁ LIBERADO PARA ATENDIMENTO.

Beneficiário XXXXXXXXXX Cartão XXXXXXXXXX Situação Ativo Solicitar nova senha web >

Verifique todas as redes cadastradas

[Lista de redes](#)

➔ Consulte aqui as especialidades de acordo com as redes cadastradas em seu(s) código(s):

Código Referenciado: 0000046902
 Código Centralizador: 46902
 Redes:

- ❖ APÓS CONFERIR ELEGIBILIDADE FAZER A LIBERAÇÃO DE SENHA.
- ❖ CONFERIR SE O PLANO DO BENEFICIÁRIO ESTÁ LIBERADO PARA ATENDIMENTO ATRAVÉS DA UNISER.

CONSULTAR PLANO DO BENEFICIÁRIO BRADESCO

- ❖ SERVIÇOS; ELEGIBILIDADE; CONSULTA DE REDES CADASTRADAS.

Consulte aqui as especialidades de acordo com as redes cadastradas em seu(s) código(s):

Código Referenciado: 0000046902
 Código Centralizador: 46902
 Redes:

AMS POLO - AMS NACIONAL
 AMS POLO - NACIONAL
 CLINIC
 EFETIVO
 ELETROPAULO I
 ELETROPAULO II
 EMBRAER EXCLUSIVO
 EMBRAER NACIONAL
 EMBRAER PLUS
 EMBRAER SELECT
 FLEURY

PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO

- ❖ CLICAR EM SERVIÇOS
- ❖ SENHA WEB

SERVIÇOS ▾
 LGPD
 Direitos do Titular
 Senha Web
 Consulta de Redes Cadastradas

- ❖ CÓDIGO DO REFERENCIADO - 46902 – NUTRIÇÃO. CLICAR EM CONTINUAR.

Identificação

Código: 0000046902

Nome: UNISER DO VALE
 Bairro: JD S DIMAS Cidade: SÃO JOSE DOS CAMPOS UF: SP

Funcionário: BRUNA ABUSSAFI DA COSTA MORAIS
 Telefone: + 12 39412176 Ramal:

Continuar

❖ CLICAR NO ÍCONE **SADT**



❖ NÚMERO DA CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO.

❖ DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE: SEMPRE DO MÉDICO QUE ENCAMINHOU.

Guia de Solicitação SADT

Nome do Referenciado: UNISER DO VALE Código do Referenciado: 46902

1 2 3 4 5 6 7 8

Data de Solicitação: 26/10/2023 Número de Guia

Dados do Beneficiário

Contato* [REDACTED] Nome [REDACTED]

Nome Social [REDACTED]

Plano: SAUDE FUNCIONAL Sexo: F

Data de Nascimento: 04/08/1993 Titular [REDACTED]

Idade: 30 Validade: 31/12/2023 Grau de Parentesco: TITULAR

Dados do Médico Solicitante

Profissional / Solicitante* [REDACTED] Conselho*: CRM

Número Conselho* [REDACTED] UF*: SP Status: Regular

Retro CBO-S [REDACTED] CBO-S* [REDACTED]

Cancelar **Continuar**

❖ ESCOLHER O CONSELHO, DIGITAR O CRM, CBO-S.

❖ IR PARA A ABA DE **PROCEDIMENTOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

❖ QUANTIDADE: LIMITADO A 2 SESSÕES MENSAIS

❖ ESCOLHER O TIPO DE ATENDIMENTO: **OUTRAS TERAPIAS**

❖ CLICAR EM **ADICIONAR**.

Procedimento

Código da Descrição* 50000560

Descrição: 50000560/22 CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA AMB 1 Quantidade Solicitada* 1 **Adicionar**

Tipo de atendimento* Outras Terapias

- ❖ OBRIGATÓRIO A INFORMAÇÃO DO CID (O MESMO QUE ESTÁ NO PEDIDO MÉDICO) CLICAR EM **ADICIONAR**.



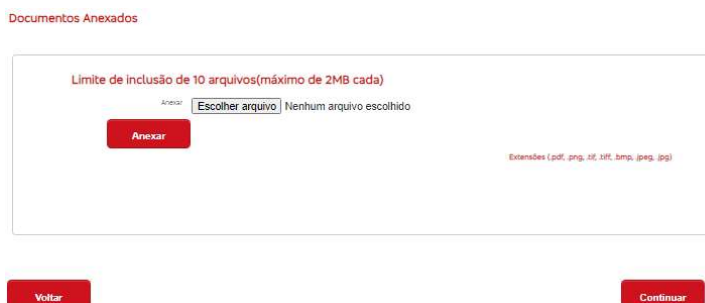
The screenshot shows a form titled "CID" with a search bar for "Código" and "Descrição", a dropdown menu for "Especiê", and a red "Adicionar" button. A red arrow points to the search bar.

- ❖ **CARÁTER:** ELETIVO
- ❖ **REGIME DE ATENDIMENTO:** AMBULATORIAL
- ❖ **INDICAÇÃO CLÍNICA:** DESCREVER O CID.



The screenshot shows a form titled "Caráter" with fields for "Caráter" (dropdown menu set to "ELETIVO"), "Data de Início", "Regime de Atendimento" (dropdown menu set to "Ambulatorial"), "Indicador de Cobertura Especial", and "Indicação Clínica" (text area). A red "Continuar" button is at the bottom right.

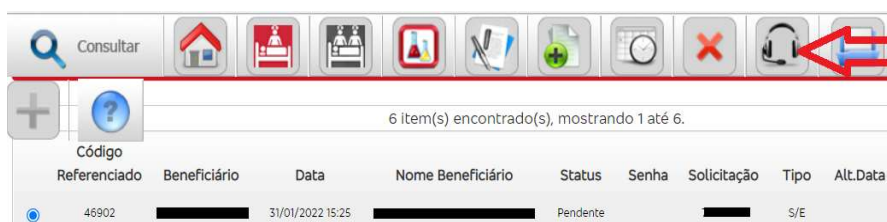
- OBRIGATORIAMENTE ANEXAR O PEDIDO MÉDICO A CADA SOLICITAÇÃO.



The screenshot shows a form titled "Documentos Anexados" with a text box for "Limite de inclusão de 10 arquivos(máximo de 2MB cada)", a button "Escolher arquivo", and a red "Anexar" button. A red arrow points to the "Escolher arquivo" button. Below the form are "Voltar" and "Continuar" buttons.

PARA RESPONDER PENDÊNCIAS

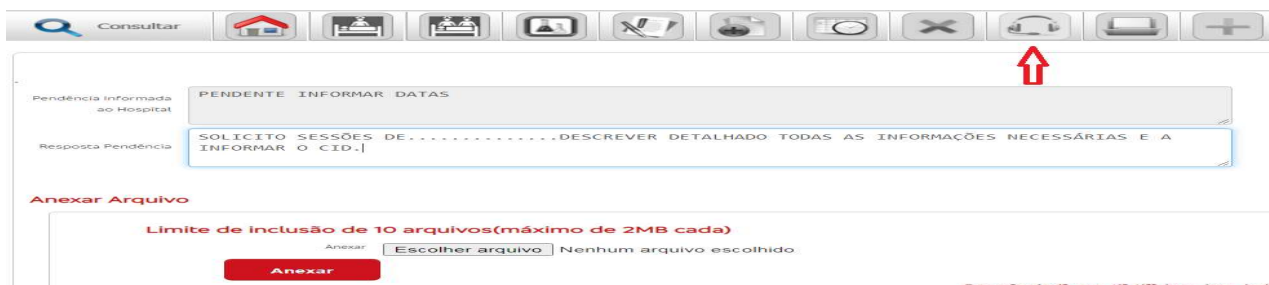
- ❖ SELECIONAR O NOME DO BENEFICIÁRIO (VERIFICAR SE A GUIA FOI A QUE SOLICITOU).
- ❖ CLICAR NA IMAGEM FONE DE OUVIDO IRÁ ABRIR A PÁGINA COM O MOTIVO.



The screenshot shows a search results table with a toolbar at the top containing icons for "Consultar", home, calendar, document, clipboard, plus, clock, and a red arrow pointing to a headset icon. The table has 6 columns: "Referenciado", "Beneficiário", "Data", "Nome Beneficiário", "Status", "Senha", "Solicitação", "Tipo", and "Alt.Data".

Referenciado	Beneficiário	Data	Nome Beneficiário	Status	Senha	Solicitação	Tipo	Alt.Data
46902	[REDACTED]	31/01/2022 15:25	[REDACTED]	Pendente	[REDACTED]	[REDACTED]	S/E	

PARA VERIFICAR A PENDÊNCIA



Pendência Informada ao Hospital: **PENDENTE INFORMAR DATAS**

Resposta Pendência: SOLICITO SESSÕES DE.....DESCREVER DETALHADO TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS E A INFORMAR O CID.]

Anexar Arquivo

Limite de inclusão de 10 arquivos(máximo de 2MB cada)

Anexar: Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

Anexar

Extensões (.pdf, .png, .tif, .tiff, .bmp, .jpeg)

ATENSTAR-SE A RESPONDER DE ACORDO COM A PENDÊNCIA.

Gravar

- ❖ DESCREVER E DETALHAR O TIPO DE ATENDIMENTO.
- ❖ INFORMAR CID.
- ❖ INFORMAR QUANTIDADE DE SESSÕES.
- ❖ ENCAMINHAR NOVAMENTE O PEDIDO MÉDICO EM ANEXO (DATADO COM A QUANTIDADE DE SESSÕES).

CONSULTAR GUIA NEGADA



Resultado da Consulta

Nome do Referenciado: UNISER DO VALE Código do Referenciado: 46902 Empresa: Todos

100 item(s) encontrado(s), mostrando 1 até

Mais+

Código Referenciado	Beneficiário	Data	Nome Beneficiário	Status	Senha
46902				Negada	

AO ABRIR A ABA INFORMAÇÃO DO SEGURADO



Resposta: Informações do Contrato | Info Guia de Solicitação

Hospital

Código do Referenciado: 46902 Nome: UNISER DO VALE

Discagem

Telefone Discagem: 12 - 39412176 Solicitante: UNISER DO VALE

Resultado da Análise

Acompanhante: Nome:

Cartão: Acomodação:

Número da Guia: 79905025 Regime:

Rede de Atendimento: REDE NACIONAL

Tipo de Solicitação: SADT Resultado: **Negada**

Resposta Padrão Primária: **LIMITES CONTRATUAIS JA ATINGIDOS**

- ❖ IRÁ APARECER RESPOSTAS PADRÕES, COMO: LIMITES CONTRATUAIS JÁ ATINGIDOS, APÓLICE EM CARÊNCIA CONTRATUAL.

2 - PROCEDIMENTOS ORIZON AUTORIZAÇÃO (EXECUÇÃO)

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

LOGIN E SENHA INDIVIDUAIS

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

❖ **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.**

EXEMPLO: SE A BRADESCO AUTORIZAR 2 SESSÕES, ISSO RESULTARÁ EM 2 EXECUÇÕES, UMA PARA CADA ATENDIMENTO. CADA SESSÃO DEVE SER REGISTRADA INDIVIDUALMENTE NO SISTEMA AUTORIZAÇÃO, ATÉ QUE O TOTAL DAS EXECUÇÕES SEJA COMPLETADO.

❖ O SISTEMA VALIDARÁ A SENHA E SE APROVADO, EMITIRÁ UMA GUIA DE AUTORIZAÇÃO.
❖ PREENCHER SOMENTE OS CAMPOS SINALIZADOS COM * (OBRIGATÓRIO SEGUIR OS DADOS DA GUIA LIBERADA NA BRADESCO).

OBRIGATORIAMENTE A EXECUÇÃO DEVE SER EFETUADA:

- ❖ 1 - VIA CARTEIRINHA NA LEITORA (PRIMEIRO CAMPO A SELECIONAR) OU
- ❖ 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.
- ❖ **AS DATAS DAS SESSÕES REALIZADAS DEVEM SER PREENCHIDAS NA GUIA DA ORIZON. SOMENTE APÓS A DATA DA EXECUÇÃO NA ORIZON E NÃO A DA LIBERAÇÃO DA BRADESCO.**
- ❖ NÃO HÁ MAIS GUIA TRANSCRITA DA OPERADORA BRADESCO, SOMENTE A DA ORIZON.
- ❖ ENVIO DO PEDIDO MÉDICO ORIGINAL NA PRIMEIRA GUIA, CÓPIA DO PEDIDO MÉDICO A CADA ENTREGA DE GUIA POSTERIOR.

PASSO A PASSO AUTORIZAÇÃO

❖ NO PORTAL DA ORIZON CLICAR EM ACESSO DO USUÁRIO:



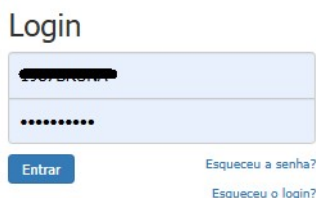
Quem somos ▾ Soluções ▾ Trabalhe Conosco | Contato

Acesso do usuário

❖ NA OPÇÃO AUTORIZAÇÃO CLICAR EM EFETUAR LOGIN

AUTORIZAÇÃO	FATURAÇÃO	AUTORIZAÇÃO FARMACIA
Efetuar login	Efetuar login	Efetuar login
Esqueci a senha Esqueci o login	Esqueci o usuário e/ou senha	Esqueci a senha

❖ LOGIN E SENHA INDIVIDUAIS



Login

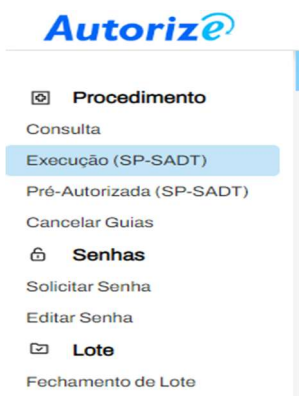
Operadora

.....

Entrar

Esqueceu a senha?
Esqueceu o login?

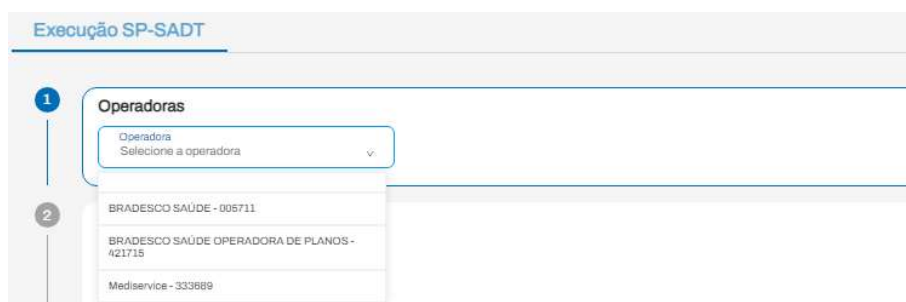
❖ ASSIM QUE ABRIR O PORTAL, CLICAR EM **EXECUÇÃO (SP-SADT)**



Autorize

- Procedimento**
 - Consulta
 - Execução (SP-SADT)**
 - Pré-Autorizada (SP-SADT)
 - Cancelar Guias
- Senhas**
 - Solicitar Senha
 - Editar Senha
- Lote**
 - Fechamento de Lote

1- **OPERADORAS:** DE ACORDO COM A SENHA LIBERADA NA BRADESCO, SELECIONAR **005711** OU **421715**.



Execução SP-SADT

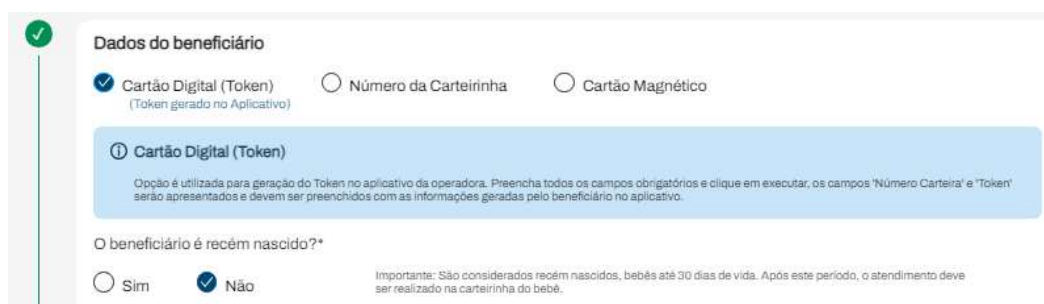
1 Operadoras

Operadora
Selecione a operadora

2

- BRADESCO SAÚDE - 005711
- BRADESCO SAÚDE OPERADORA DE PLANOS - 421715
- Mediservice - 333889

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



✓

Dados do beneficiário

Cartão Digital (Token)
(Token gerado no Aplicativo)

Número da Carteira

Cartão Magnético

1 Cartão Digital (Token)

Opção é utilizada para geração do Token no aplicativo da operadora. Preencha todos os campos obrigatórios e clique em executar, os campos 'Número Carteira' e 'Token' serão apresentados e devem ser preenchidos com as informações geradas pelo beneficiário no aplicativo.

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.

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 AUTORIZE: SENHA SOLICITADA PREVIAMENTE NO SITE BRADESCO (NÃO CLICAR EM TRAZER DADOS DA SENHA).



Senha solicitada no Portal Autorize

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

Senha solicitada previamente

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

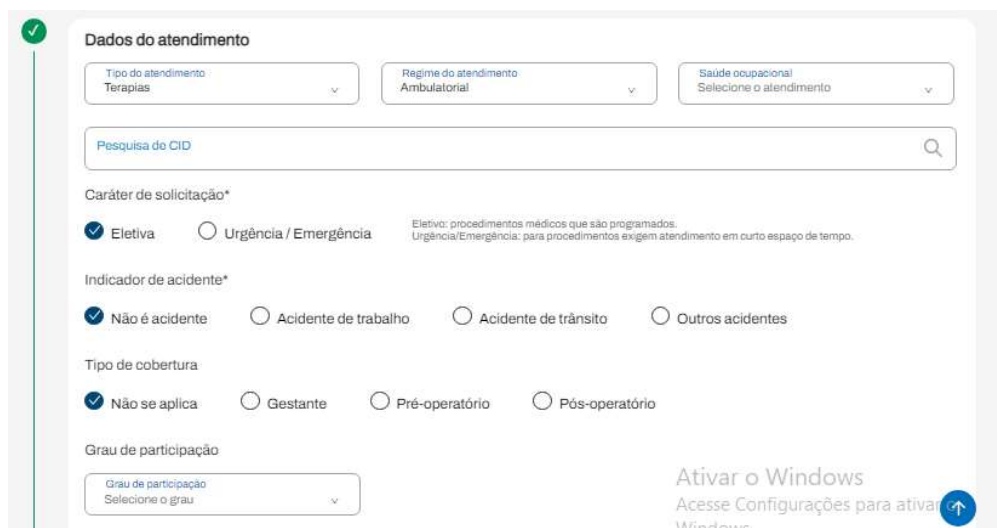
- REGIME DE ATENDIMENTO: AMBULATORIAL

- 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
Eletiva: 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 Windows.

5- ITENS SOLICITADOS

DIGITAR O PROCEDIMENTO E CLICAR EM ADICIONAR ITENS (MESMO PROCEDIMENTO QUE FOI LIBERADO NO PORTAL BRADESCO).

NO FINAL CLICAR EM EXECUTAR SOLICITAÇÃO

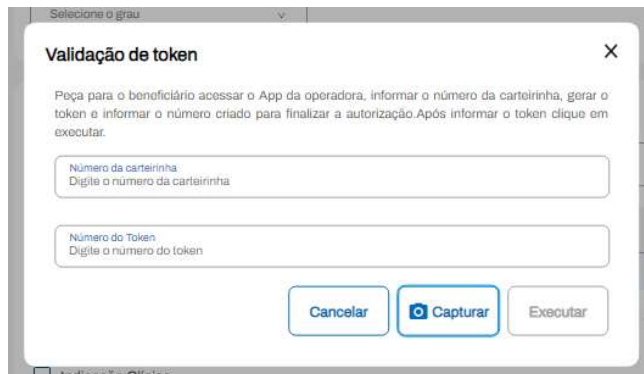
- LEMBRANDO QUE CADA SESSÃO DEVE SER EXECUTADA EM CADA ATENDIMENTO REALIZADO SOMENTE DE SEGUNDA A SÁBADO.



CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

6- SE OPTAR POR 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**.



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

Data Final: 22/01/2025

Resultado: ANALITICO POR PROCEDIMENTO

Transação: CBO-S

Beneficiário: Número

Prestador: 2695154 - UNISER DO VALE COOPDE TRABEM FISIO.

Botão: 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 REPONDER 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	[Imprimir] [Cancelar] [Dropdown]
			SP/SADT Execução	Negado		Guia principal	[Imprimir] [Cancelar] [Dropdown]
			SP/SADT Execução	Cancelado		Guia principal	[Dropdown]
			Solicitação de Sen...	Aguardando justificativa técnica		Guia principal	[Cancelar] [Dropdown]

PREENCHIMENTO DA GUIA ORIZON (BRADESCO)

bradesco SAÚDE

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

2- Nº Guia no Prestador

1- Registro ANS: 421715

1- Nome do Profissional Solicitante: UNISER DO VALE COOPDE TRABEM FISIO.

15- Nome do Profissional Solicitante: CRM

16- UF: SP

17- Número no Conselho: 39900

18- Código CBO: 225270

19- Assinatura do Profissional Solicitante

21- Centro de Atendimento: Eletiva

22- Data de Solicitação: 18/07/2025 16:29

23- Indicação Clínica

24- Tabela: 22

25- Código do Procedimento: 26- Descrição

27- Qtd. Sols.: 1

28- Qtd. Auxilia.: 1

30- Nome do Contratado: UNISER DO VALE COOPDE TRABEM FISIO.

31- Código CNEB: 8452271

32- Tipo de Atendimento: 3

33- Indicação de Acidente (Acidente ou Serviço Indicado): 9 - Não Acidentados

34- Tipo de Contrato

35- Método de Encargamento do Atendimento

36- Regime de Atendimento: 01

37- Saúde ocupacional

38- Nome do Contratado

39- Tipo de Contrato

40- Nome do Contratado

41- Nome do Contratado

42- Nome do Contratado

43- Nome do Contratado

44- Nome do Contratado

45- Nome do Contratado

46- Nome do Contratado

47- Nome do Contratado

48- Nome do Contratado

49- Nome do Contratado

50- Nome do Contratado

51- Nome do Contratado

52- Nome do Contratado

53- Nome do Contratado

54- Nome do Contratado

55- Nome do Contratado

56- Nome do Contratado

57- Nome do Contratado

58- Nome do Contratado

59- Nome do Contratado

60- Nome do Contratado

61- Nome do Contratado

62- Nome do Contratado

63- Nome do Contratado

64- Nome do Contratado

65- Nome do Contratado

66- Nome do Contratado

67- Nome do Contratado

68- Nome do Contratado

69- Nome do Contratado

70- Nome do Contratado

71- Nome do Contratado

72- Nome do Contratado

73- Nome do Contratado

74- Nome do Contratado

75- Nome do Contratado

76- Nome do Contratado

77- Nome do Contratado

78- Nome do Contratado

79- Nome do Contratado

80- Nome do Contratado

81- Nome do Contratado

82- Nome do Contratado

83- Nome do Contratado

84- Nome do Contratado

85- Nome do Contratado

86- Nome do Contratado

87- Nome do Contratado

88- Nome do Contratado

89- Nome do Contratado

90- Nome do Contratado

91- Nome do Contratado

92- Nome do Contratado

93- Nome do Contratado

94- Nome do Contratado

95- Nome do Contratado

96- Nome do Contratado

97- Nome do Contratado

98- Nome do Contratado

99- Nome do Contratado

100- Nome do Contratado

CAMPO-56	DATA DA REALIZAÇÃO DE CADA 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.

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 AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL E IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL COOPERADO (CARIMBO E ASSINATURA).
- ❖ PRIMEIRA GUIA PEDIDO MÉDICO ORIGINAL, NAS DEMAIS CÓPIAS DO PEDIDO ANEXO A GUIA FÍSICA.
- ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.
- ❖ INFORMAMOS QUE, PARA AMBAS AS OPÇÕES, AS GUIAS SÓ PODERÃO SER ENTREGUES APÓS A REALIZAÇÃO DE TODAS AS EXECUÇÕES, CONFORME A SENHA AUTORIZADA. É FUNDAMENTAL QUE TODAS AS SESSÕES SEJAM EXECUTADAS DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES DA BRADESCO ANTES DA ENTREGA DAS GUIAS.

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

BRADESCO TELESSAÚDE (ONLINE)

PARA ESTA MODALIDADE 2 PASSOS: SITE BRADESCO (AUTORIZAÇÃO) E SITE ORIZON (EXECUÇÃO):

PARA ATENDIMENTO NA MODALIDADE TELESSAÚDE, SEGUIR AS MESMAS REGRAS DE AUTORIZAÇÃO NA BRADESCO E EXECUÇÃO NA ORIZON.

ATENTE-SE AO PREENCHIMENTO DO CAMPO **REGIME DE ATENDIMENTO**.

É IMPORTANTE QUE VOCÊ SELECIONE A OPÇÃO **TELESSAÚDE**, POIS ESSA OPÇÃO IRÁ DIFERENCIAR O ATENDIMENTO PRESENCIAL DO ONLINE.

- SITE BRADESCO:

- ❖ **CARÁTER:** ELETIVO
- ❖ **REGIME DE ATENDIMENTO:** **TELESSAÚDE**
- ❖ **INDICAÇÃO CLÍNICA:** DESCREVER O CID.
- ❖ CLICAR EM **CONTINUAR**, E SEGUIR EXATAMENTE O MESMO PROCESSO DE GUIA PRESENCIAL.

Guia de Solicitação SADT

Nome do Referenciado UNISER DO VALE Código do Referenciado 46902

1 2 3 4 5 6 7 8

Caráter

Caráter: ELETIVO

Data de Execução:

Regime de Atendimento: TELESSAÚDE

Indicador de cobertura especial:

- SITE ORIZON

- ❖ **DADOS DO ATENDIMENTO**
 - TIPO DE ATENDIMENTO: TERAPIAS
 - REGIME DE ATENDIMENTO: **TELESSAÚDE**
 - PESQUISA DE CID: CID NO PEDIDO MÉDICO

Dados do atendimento

Tipo do atendimento
Terapias

Regime do atendimento
Telessaúde

Saúde ocupacional
Selecione o atendimento

Pesquisa de CID
F41

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.

GOSTARÍAMOS DE INFORMAR QUE A ENTREGA DA GUIA SÓ PODERÁ SER REALIZADA APÓS A EXECUÇÃO DE TODAS AS SESSÕES, CONFORME A SENHA AUTORIZADA. POIS A SENHA SÓ PODERÁ SER FATURADA UMA ÚNICA VEZ.

É FUNDAMENTAL QUE TODAS AS SESSÕES SEJAM EXECUTADAS DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES DA BRADESCO ANTES DA ENTREGA DAS GUIAS.

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

PROCEDIMENTO CENTRAL NACIONAL UNIMED

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

- ❖ ENTRAR NO SITE: <http://saw.trixti.com.br/saw>
- ❖ LOGIN: SOLICITAR NA UNISER.
- ❖ SENHA: APÓS SOLICITAR COM A UNISER O LOGIN CRIE A SENHA PESSOAL.



- ❖ ACESSAR MENU - SOLICITAR -SP/SADT VAI ABRIR A GUIA EM SEGUIDA.



PREECHIMENTO DOS CAMPOS OBRIGATÓRIOS

CAMPO 8 - NÚMERO DA CARTEIRINHA SEMPRE DEVE COMEÇAR COM 0865.

OBS.: QUANDO DIGITAR O NÚMERO DA CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO IRÁ APARECER OS CAMPOS E-MAIL E TELEFONE (OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO).

CAMPOS 13 E 14 - 68930940 – NO TECLADO DO COMPUTADOR - TAB AUTOMATICAMENTE APARECERÁ NOME DA UNISER.

CAMPOS 15 - NOME DO COOPERADO DA UNISER.

CAMPOS 16, 17, 18 – SIGLA CONSELHO, NÚMERO DO CONSELHO E ESTADO.

CAMPO 19 – CBOS (251510)

CAMPOS 21 E 22 – ELETIVA

CAMPO 23 - DESCREVER A INDICAÇÃO CLÍNICA: CID

CAMPO 24 – TUSS PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

CAMPO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO.

CAMPO 26 - APARECE AUTOMÁTICO

CAMPO 27 – QUANTIDADE DE SESSÃO

CAMPO 29 - CLICAR NO SÍMBOLO APARECERÁ NOME UNISER DO VALE 

CAMPO 30 - APARECERÁ NOME UNISER DO VALE

CAMPO 32 - OUTRAS TERAPIAS

CAMPO 33 – NÃO ACIDENTES

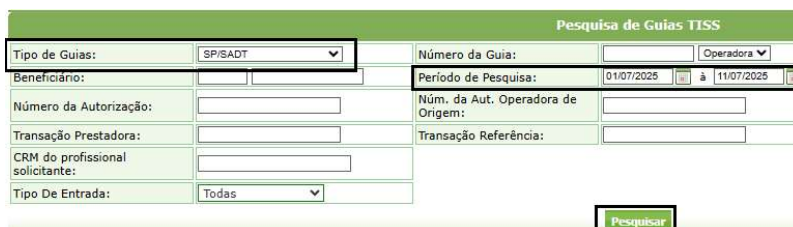
POR ÚLTIMO VOLTAR AO TOPO E CLICAR  VAI APARECER GUIA AUTORIZADA. CLICAR EM IMPRIMIR.

IMPRESSÃO DA GUIA AUTORIZADA

- ❖ NO MENU, CLICAR EM TISS, PAINEL DE EXECUÇÃO.



- ❖ **TIPO DE GUIAS:** SELECIONAR SP/SADT;
- ❖ **PERÍODO DE PESQUISA:** FILTRAR O MÊS QUE AUTORIZOU.
- ❖ CLICAR EM PESQUISAR.



- ❖ VAI APARECER A GUIA AUTORIZADA NA LINHA DE BAIXO.
- ❖ CLICAR NO ÍCONE DE IMPRESSORA.

Guias de SP/SADT									
Ações	Número da Guia	Nr Guia Prestador	Versão Tiss	Tipo de Entrada	Tipo De Guia	Data de Emissão	Solicitante	Beneficiário	Status
	██████████	██████████	4.01.00	SAW	SP/SADT	09:17:52	██████████	865 ██████████*	AUTORIZADA

- ❖ VAI APARECER UMA CAIXA PERGUNTANDO SE DESEJA VISUALIZAR O NOME DO BENEFICIÁRIO NA GUIA EM PDF? CLICAR EM **NÃO**.
- ❖ IMPRIMIR A GUIA.

DOCUMENTOS PARA ENVIO AO FATURAMENTO:

- ❖ IMPRIMIR A GUIA SADT DO PORTAL, COLHER AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL NOS CAMPOS 56 E 67.
- ❖ CAMPO 68 ASSINATURAS E CARIMBO DO COOPERADO 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.

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.
- NÃO HÁ UM LIMITE ESTIPULADO PELA FUSEX.

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.
- FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.

PROCEDIMENTOS:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR FATURAMENTO.

PROCEDIMENTO MEDISERVICE

TELESSAÚDE (ONLINE) CONSULTAR A PÁGINA 44

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

- ❖ O BENEFICIÁRIO DEVERÁ ESTAR COM ENCAMINHAMENTO MÉDICO, QUE DEVERÁ SER ANEXADO NA GUIA DA PRIMEIRA SESSÃO E SER ENTREGUE NA UNISER.
- ❖ **SERÁ NECESSÁRIA SENHA DE LIBERAÇÃO.**
- ❖ O LIMITE DE SESSÕES É DE 6 ATÉ 12 ANUAIS. LIMITADO A 2 SESSÕES MENSAIS.
- ❖ SE NECESSÁRIO MAIS SESSÕES, ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER DO VALE.
- ❖ O ACESSO A CONSULTA E AUTORIZAÇÕES DE SENHAS SÃO PELO SITE:

www.mediservice.com.br

Login: UNISER

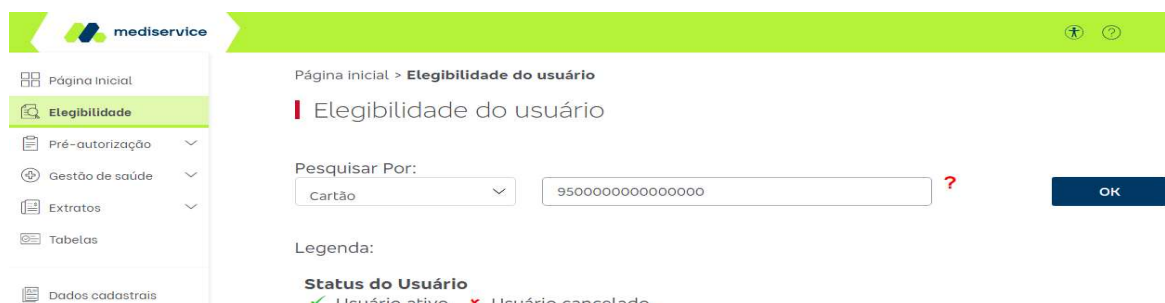
Senha: DISPONÍVEL EM COMUNICADOS GERAIS (mudança mensal).



- ❖ DIGITAR OS DADOS DO LOGIN, SENHA E O CÓDIGO DE SEGURANÇA



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

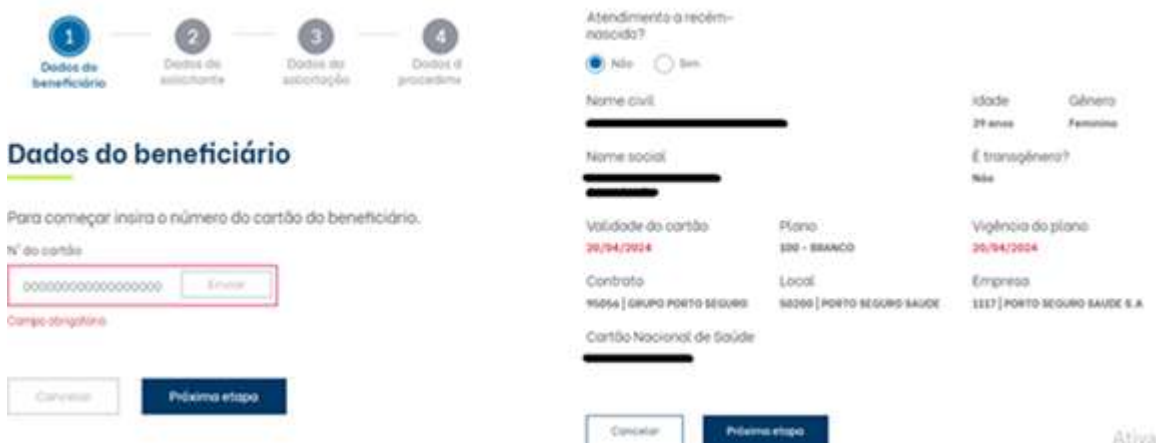


PASSO A PASSO DA AUTORIZAÇÃO

- ❖ 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**.



The image shows two parts of the 'Dados do beneficiário' form. On the left, a progress indicator shows four steps: 1. Dados do beneficiário (active), 2. Dados do assistente, 3. Dados de associação, and 4. Dados de procedimento. Below this, a text prompt says 'Para começar insira o número do cartão do beneficiário.' A text input field contains '000000000000000000' and an 'Enviar' button. On the right, a detailed form is filled with data: 'Atendimento a recém-nascido?' (Não), 'Nome civil' (redacted), 'Idade' (27 anos), 'Gênero' (Feminino), 'Nome social' (redacted), 'É transgênero?' (Não), 'Validade do cartão' (29/04/2024), 'Plano' (S0 - BRANCO), 'Vigência do plano' (20/04/2024), 'Contrato' (1056 | GRUPO PORTO SEGURO), 'Local' (10200 | PORTO SEGURO SAUDE), 'Empresa' (1117 | PORTO SEGURO SAUDE S.A.), and 'Cartão Nacional de Saúde' (redacted). 'Cancelar' and 'Próxima etapa' buttons are at the bottom.

- ❖ **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 [ⓘ] 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
Nº: [redacted] Inserir

Nome do profissional solicitante: [redacted]

CBO: 225133 | MÉDICO PSQUIATRA

❖ **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

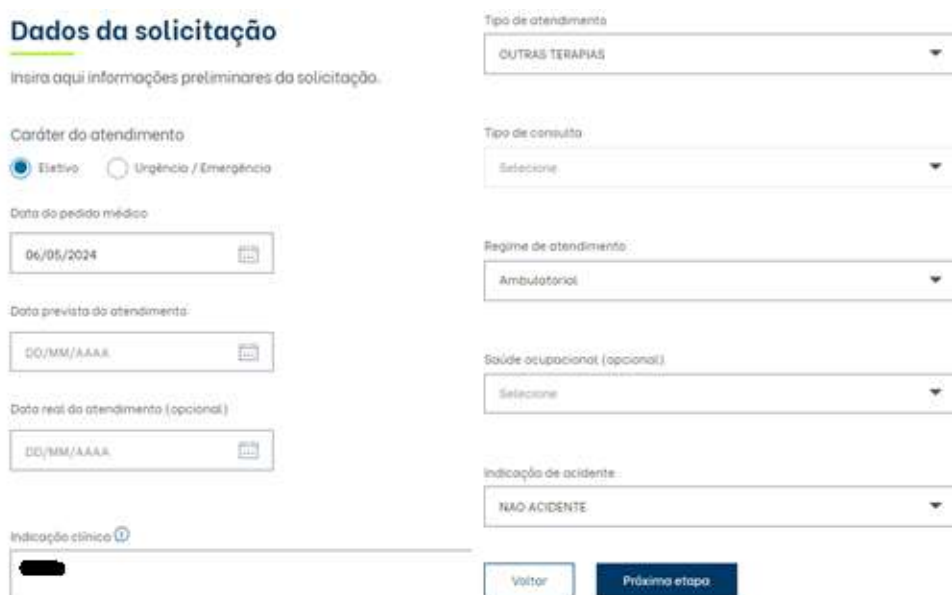
Nome do responsável: [redacted]

Telefone: [redacted] E-mail (opcional): endereco@mail.com

Voltar Próxíma 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

Indicação clínica: [redacted]

Tipo de atendimento: OUTRAS TERAPIAS

Tipo de consulta: Selecionar

Regime de atendimento: Ambulatorial

Saúde ocupacional (opcional): Selecionar

Indicação de acidente: NÃO ACIDENTE

Voltar Próxíma 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 procedimento

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

Tabela TUSS Tabela do Prestador

Código Digite o código ou descrição do procedimento

Quantidade Solicitada

Procedimentos solicitados

Código	Descrição	Quantidade solicitada	Tabela de procedimentos	Excluir
5.00.00.56-0	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA	1	Tabela TUSS	

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

❖ 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

Ativar o Windows

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

Anexos

Verifique aqui os procedimentos solicitados e, caso necessário, anexo(s) (documentos).

Nº	Procedimento	Anexo necessário?
001	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA	Não

Anexe seus arquivos aqui



Clique para procurar os arquivos
Ou arraste aqui dentro

100MB por arquivo - PDF, ZIP, PNG, JPEG, BMP, GIF, EPS
Número de arquivos não pode ser 10 superior.
Resumo de segurança deve estar preenchido.

❖ RESUMO DA SOLICITAÇÃO.

OBESERVAR 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.**



- ❖ 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.



- ❖ 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.



- ❖ 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.



- ❖ EXEMPLO DE MOTIVO ABAIXO:

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

Canal de entrada da Autorização: PORTAL DO CREDENCIADO

Log de Autorizações				
Objeto	Instância	Status	Mensagem	Det.
CARTAO	[REDACTED]	OK		[Icon]
CONTA	[REDACTED]	OK		[Icon]
LOCAL DE ATD	2	OK		[Icon]
PRESTADOR	68930940000113	OK		[Icon]
SERVICO	[REDACTED]		COBRANCA DE SERVICIO EM DUPLICIDADE	[Icon]

Fechar

IMPRESSÃO DA GUIA

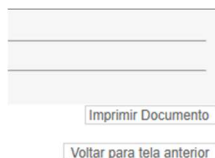
- ❖ CASO O PROFISSIONAL NÃO CONSIGA IMPRIMIR A GUIA NO MOMENTO DA LIBERAÇÃO, PODERÁ CONSULTAR A GUIA EM **PRÉ-AUTORIZAÇÃO, CONSULTA DE AUTORIZAÇÕES E CLICAR EM VER MAIS.**



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

Autoriz.	Autoriz. Compl.	Autoriz. OPME	Autoriz. Quimio	Autoriz. Radio	Dt. Solic.	Dt. Atd.	Car. Atd.	Usuário	Prestador	Sit.
[REDACTED]					17/07/2025	17/07/2025	E	[REDACTED]	UNI SER DO VALE COOP TRABALHO PSICOLOGIA FONIO 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 O RESPONSÁVEL ATENDIDO PELO COOPERADO
CAMPO- 68	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL COOPERADO

PARA FATURAMENTO É OBRIGATÓRIO:

- ❖ IMPRESSÃO DA GUIA SADT DE AUTORIZAÇÃO COM SENHA, EMITIDA DIRETAMENTE NO SITE DA MEDISERVICE COM ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL, ASSINATURA E CARIMBO DO COOPERADO.
 - ❖ 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.

MEDISERVICE TELESSAÚDE (ONLINE)

- ❖ O BENEFICIÁRIO DEVERÁ ESTAR COM ENCAMINHAMENTO MÉDICO, QUE DEVERÁ SER ANEXADO NA GUIA DA PRIMEIRA SESSÃO E SER ENTREGUE NA UNISER. **VALIDADE DE 90 DIAS COM DATA.**

PARA ATENDIMENTO NA MODALIDADE TELESSAÚDE, SEGUIR AS MESMAS REGRAS DE AUTORIZAÇÃO NO PORTAL DA MEDISERVICE.

- ❖ ATENTE-SE AO PREENCHIMENTO DO CAMPO **REGIME DE ATENDIMENTO.** É IMPORTANTE QUE VOCÊ SELECIONE A OPÇÃO **TELESSAÚDE**, POIS ESSA OPÇÃO IRÁ DIFERENCIAR O ATENDIMENTO PRESENCIAL DO ONLINE.

❖ **DADOS DA SOLICITAÇÃO.**

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

3 / 500 caracteres

Tipo de atendimento

OUTRAS TERAPIAS

Tipo de consulta

Selecione

Regime de atendimento

TELESSAUDE

PARA FATURAMENTO É OBRIGATÓRIO:

- ❖ IMPRESSÃO DA GUIA SADT DE AUTORIZAÇÃO COM SENHA, EMITIDA DIRETAMENTE NO SITE DA MEDISERVICE COM ASSINATURA E CARIMBO DO COOPERADO.
- ❖ FICHA CADASTRAL OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS.
- ❖ PRIMEIRA GUIA PEDIDO MÉDICO ORIGINAL, NAS DEMAIS CÓPIAS DO PEDIDO ANEXO A GUIA FÍSICA

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.**

NEW SAÚDE LEADER

ESTE PROCEDIMENTO ESTÁ EM ATUALIZAÇÃO

- ❖ A GUIA DE AVALIAÇÃO/CONSULTA PODE SER LIBERADA PELA OPERADORA QUANTO PELO PROFISSIONAL UNISER ATRAVÉS DO PORTAL PLANO ONLINE.
- ❖ CASO O BENEFICIÁRIO CHEGUE COM A GUIA AUTORIZADA PELA OPERADORA, BASTA CONFIRMAR O ATENDIMENTO NO PORTAL, CONFORME EXPLICADO ADIANTE.
- ❖ ESSA OPERADORA NÃO NECESSITA DE PEDIDO MÉDICO, APENAS RELATÓRIO DO COOPERADO UNISER PARA CONTINUIDADE.
- ❖ **PARA LIBERAÇÃO DAS SESSÕES, O PRÓPRIO BENEFICIÁRIO SOLICITA NA OPERADORA NEW SAUDE LEADER COM O ENCAMINHAMENTO DO COOPERADO UNISER SOLICITANDO AS SESSÕES.**
- ❖ **APÓS A LIBERAÇÃO DA GUIA, REALIZAR APENAS A CONFIRMAÇÃO NO PORTAL.**

CASO TENHAM QUALQUER PROBLEMA COM O AUTORIZADOR WEB, PEDIMOS QUE ENTREM EM CONTATO CONOSCO ANTES DE QUALQUER NEGATIVA PARA OS BENEFICIÁRIOS.

Acesso no link:

http://planoonline.com.br/autorizadorweb_v2/leader

Login: 001825

SENHA Uniser25 – PRESTADOR



The screenshot shows the login interface for 'New Saúde Leader'. At the top is the logo with the text 'New Saúde Leader' and 'Centro Médico e Hospital'. Below the logo is the title 'Autorizador Web'. There are two input fields: the first contains '001825' and the second is masked with dots. Below these is a dropdown menu with 'PRESTADOR' selected. A blue 'Entrar' button is positioned below the dropdown, and a link 'Esqueci minha senha' is at the bottom.

ELEGIBILIDADE

- ❖ SEMPRE CONSULTAR A ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO.
- ❖ PESQUISAR PELO NOME DO BENEFICIÁRIO PARA VERIFICAR SE ESTÁ ATIVO EM NOSSO SISTEMA.



The screenshot shows a search interface titled 'Consulta Beneficiarios ATIVOS'. A search bar contains the text 'treinamento'. Below the search bar is a table with two columns: 'Código' and 'Nome'. The table contains one row with the code '0001-31924-00' and the name 'TREINAMENTO TESTE'. At the bottom, it says 'Mostrando de 1 até 1 de 1 registros' and has navigation buttons for 'Anterior' and 'Próximo' with a '1' in a box between them.

SOLICITAÇÃO DE CONSULTA/AVALIAÇÃO

- ❖ ACESSAR A FUNÇÃO CONSULTA. SERÁ DIRECIONADO PARA O PREENCHIMENTO DA SOLICITAÇÃO.



Avisos

Consulta

- ❖ O NOME E O CÓDIGO DO PRESTADOR SÃO CARREGADOS AUTOMATICAMENTE.
- ❖ CLICAR NA LUPA PARA SELECIONAR A ESPECIALIDADE DESEJADA: **NUTRIÇÃO**, DANDO DUPLO CLIQUE.

GUIA DE CONSULTAS

Código do prestador:	Nome do prestador:	
001825	UNISER DO VALE	
Código da especialidade:	Nome da especialidade:	
Data de Emissão:	Hora da Emissão:	Validade:
14/03/2026	10:26:06	13/04/2026

- ❖ **CÓDIGO:** DIGITAR O NÚMERO DA CARTEIRINHA COM TODOS OS NÚMEROS, TRAÇOS E DIGITOS. VAI PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES REFERENTE AO BENEFICIÁRIO.

Código do prestador:	Nome do prestador:	
001825	UNISER DO VALE	
Código da especialidade:	Nome da especialidade:	
040	NUTRICIONISTA	
Data de Emissão:	Hora da Emissão:	Validade:
14/03/2026	15:59:45	13/04/2026
Código:	Dígito:	Nome do beneficiário:
XXXXXXXXXX	02	XXXXXXXXXX
Data de nascimento:	Empresa:	
21/11/2011	C3 ENGENHARIA	
Plano:	Cobertura:	
SECURITY ENFERMARIA	06 - AMB + HOSP COM OBS	
Solicitante:	Solicitante:	
001825	UNISER DO VALE	

- ❖ **PROCEDIMENTO:** CLICAR NA CAIXA **CÓDIGO DO PROCEDIMENTO** E SELECIONAR A OPÇÃO **10101012 – EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PRÉ ESTABELECIDO)**.
- ❖ **CID:** CAMPO NÃO OBRIGATÓRIO.

- ❖ TIPO DE CONSULTA: SELECIONAR A OPÇÃO PRIMEIRA CONSULTA.
- ❖ CLICAR EM SALVAR, NO FIM DA TELA.

Código do procedimento: 10101012 Nome do procedimento: EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

CID: Nome CID:

Obs.:

Tipo de acidente: Não Acidentado Tipo de Consulta: Primeira Consulta

Atendimento a RN: Não

Anexar Arquivos na Guia Browse

Salvar Cancelar

- ❖ ASSIM QUE CLICAR EM SALVAR, VAI GERAR A GUIA LIBERADA. APÓS ESSE PROCESSO, EFETUAR A CONFIRMAÇÃO DA GUIA DE CONSULTA NO PORTAL.

CONFIRMAÇÃO DE ATENDIMENTO CONSULTA/SESSÃO

- ❖ NO CANTO DIREITO DA GUIA É INFORMADO O NÚMERO DA GUIA LIBERADA.
- ❖ REALIZAR A CONFIRMAÇÃO NO MÁXIMO ATÉ 3 DIAS APÓS A LIBERAÇÃO DA GUIA.
- ❖ NO PORTAL CLICAR EM **CONFIRMAR ATENDIMENTO**, INFORMANDO O NÚMERO DA GUIA E DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO.

Confirmação de Atendimento - (TISS 3.02.00)

Guia: 167512 Localizar

Código CID: Nome CID: Localizar

Data Atend: 27/05/2019

Confirma

- ❖ O SISTEMA PEDIRÁ UMA CONFIRMAÇÃO, E EXIBIRÁ UM OK DA CONFIRMAÇÃO.

planoonline.com.br diz:
Confirma o Atendimento da Guia:

Sucesso!
CONFIRMADO A DATA DE ATENDIMENTO DA GUIA:
167512

GUIAS EMITIDAS

- ❖ PARA VERIFICAR TODAS AS GUIAS EMITIDAS PARA O PRESTADOR, BASTA CLICAR EM EXIBIR OU FILTRAR DE ACORDO COM A NECESSIDADE. PODENDO BUSCAR POR DATA, BENEFICIÁRIO (USUÁRIO), NÚMERO DA GUIA (CÓDIGO) E PRESTADOR.

Guias Emitidas

Data de Início: Data do Fim: Guias Confirmadas:

Código: Dígito: Nome do usuário: Localizar:

Código da Guia: Localizar:

Prestador:

10 resultados por página Pesquisa rápida

Guia	Titular	Usuário	Nome	Data Emi.	Origem	To. Guia	Faturada	Ações
167270	0001-31924	00	TREINAMENTO TESTE	16/05/2019	PORTAL	CONSULTAS	NAO	<input type="button" value="🖨️"/>

ASSINATURAS GUIAS:

GUIA CONSULTA	CAMPO 39 – DATA E ASSINATURA BENEFICIÁRIO
GUIA CONSULTA	CAMPO 38 – ASSINATURA E CARIMBO COOPERADO.
GUIA SADT	CAMPO 63 – DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL EM CADA SESSÃO REALIZADA
GUIA SADT	CAMPO 88 - ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL.
GUIA SADT	CAMPO 86 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL COOPERADO

DOCUMENTOS PARA FATURAMENTO

- ❖ GUIA LIBERADA E CONFIRMADA COM AS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL E IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL COOPERADO (CARIMBO E ASSINATURA).
- ❖ CONTINUIDADE, PEDIDO DO COOPERADO 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.

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. ENTRE EM CONTATO COM A UNISER PARA CONFIRMAR O RECEBIMENTO.
- ❖ CÓDIGO JUNTO À OPERADORA OMINT – 03117723

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	SESSÃO DE NUTRIÇÃO

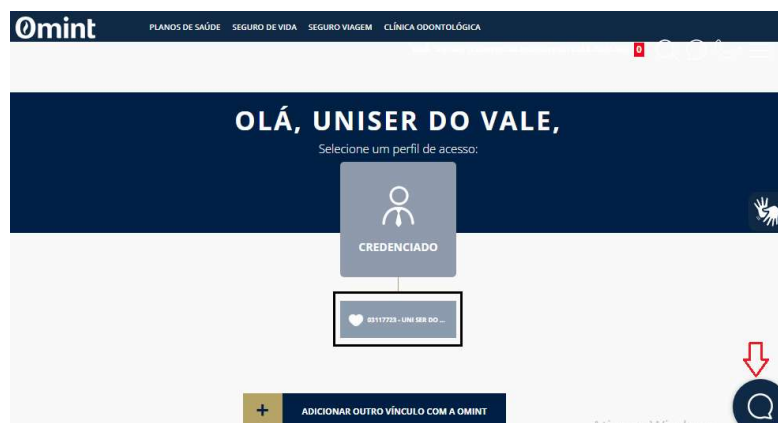
ACESSE O SITE: <https://www.omint.com.br/minha-omint/login/>

LOGIN: 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)

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

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.

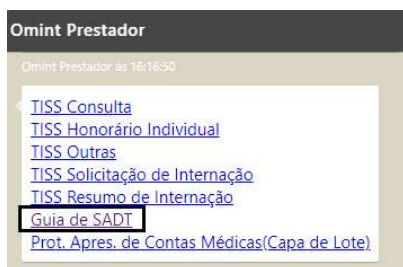
- ❖ INFORMAR O NOME DO LOCAL QUE REALIZARÁ O PROCEDIMENTO: **UNISER DO VALE**.
- ❖ ANEXAR O PEDIDO MÉDICO EM PDF CLICANDO NO ÍCONE DE ANEXOS. (SELECIONADO NA IMAGEM ACIMA).
- ❖ CLICAR EM CONCLUIR

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
- ❖ **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 SAÚDE

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

SOMENTE 1 SESSÃO POR MÊS PARA ESTA OPERADORA.

CASO VENHA AUTORIZADO, OBSERVAR OS PRINCIPAIS CAMPOS:
CAMPOS 25 E 26 PROCEDIMENTO AUTORIZADO E A QUANTIDADE.
CAMPOS 29 E 30 EM NOME DA UNISER DO VALE.

- ❖ 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.

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

LOCAL: SEU ENDEREÇO DE ATENDIMENTO OU ENDEREÇO UNISER – DOUTOR NELSON DAVILA 389

***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.

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

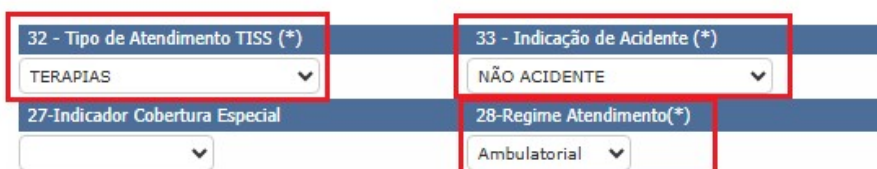


13 - Cód. Operadora Solicitante(*) 14 - Nome Contratado Solicitante(*)
313 UNISER DO VALE

Cód. Operadora Prof. Solic. 15 - Nome do Profissional Solicitante(*) (*) 16 - Conselho(*) 17 - N° Conselho(*) 18 - UF Conselho(*) 19 - CBO/Especialidade Solic. (*)
57 PRESTADORES N/CREENCIADOS PF CRM 999999 SP Clínico 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 (*) 33 - Indicação de Acidente (*)
TERAPIAS NÃO ACIDENTE

27-Indicador Cobertura Especial 28-Regime Atendimento(*)
Ambulatorial

- ❖ CAMPO 58. SEMPRE ANEXAR O PEDIDO MÉDICO OU ENCAMINHAMENTO.



Dados Adicionais da Guia
Anexar Arquivo Complemento em Texto

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

- ❖ 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.

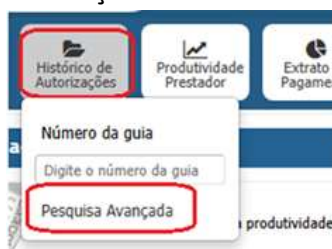


25 - Cód.Procedimento(*) 27 - Quantidade(*) Opções
1 Adicionar Procurar Remover

- ❖ 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 RELATÓRIO 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**

HISTÓRICO DE AUTORIZAÇÕES

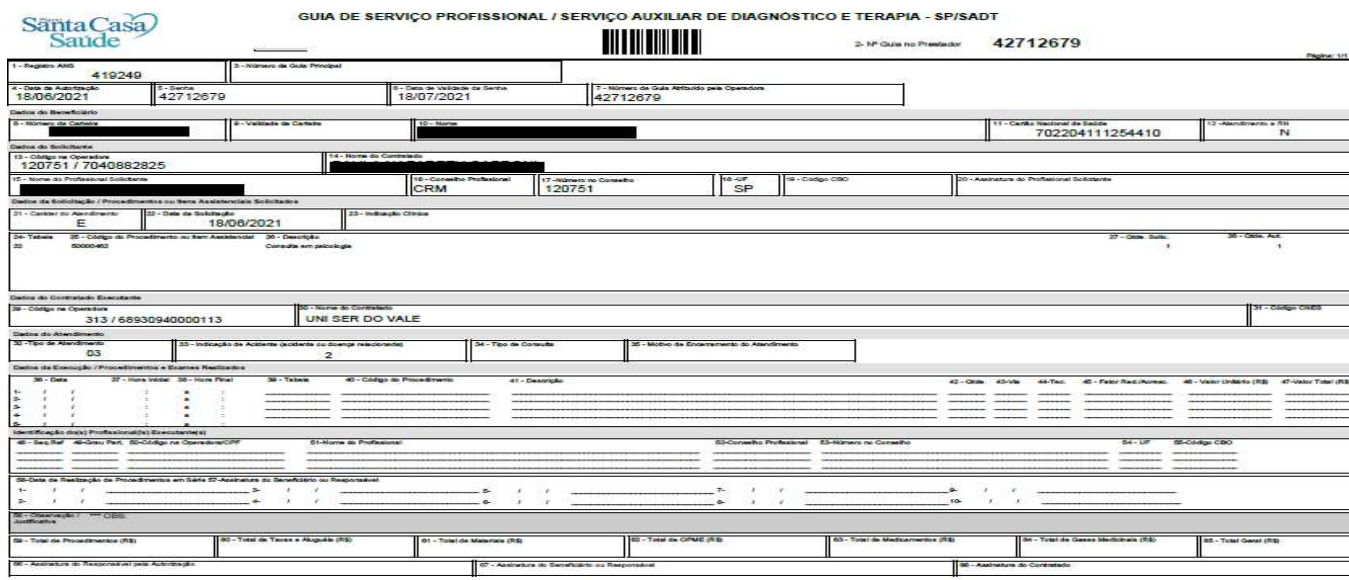
- ❖ PARA BUSCAR UMA GUIA LIBERADA, NO MENU SUPERIOR CLICAR EM HISTÓRICO. PARA UMA BUSCA MAIS AVANÇADA CLICAR EM PESQUISA AVANÇADA.



PRINCIPAIS CAMPOS PARA VERIFICAÇÃO:

CAMPO - 25	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
CAMPO - 29	CÓDIGO DA OPERADORA - 313/68.930. 940/0001-13
CAMPO - 30	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

1 - Página ANS: 419249 | 2 - Número da Guia Principal: | 3 - NP Guia no Prestador: 42712679

4 - Data de Autorização: 18/06/2021 | 5 - Senha: 42712679 | 6 - Data de Validade da Guia: 18/07/2021 | 7 - Número da Guia Atribuído para Operadora: 42712679

8 - Nome do Beneficiário: | 9 - Validade da Carteira: | 10 - Nome: | 11 - Cartão Nacional de Saúde: 70220411254410 | 12 - Atendimento: N

13 - Código de Operadora: 120751 / 7040882825 | 14 - Nome do Contratado: | 15 - Nome do Profissional Solitante: | 16 - Conselho Profissional: CRM | 17 - Número no Conselho: 120751 | 18 - UF: SP | 19 - Código CBO: | 20 - Assinatura do Profissional Solitante: |

21 - Causa do Atendimento: E | 22 - Data de Solução: 18/06/2021 | 23 - Indicação Clínica: |

24 - Tabela: 50000463 | 25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial: 50000463 | 26 - Descrição: Consulta em psicologia. | 27 - Qtd. Sess.: 1 | 28 - Qtd. At.: 1

29 - Código da Operadora: 313 / 68930940000113 | 30 - Nome do Contratado: UNISER DO VALE | 31 - Código CBO: |

32 - Tipo de Atendimento: 03 | 33 - Indicação de Atividade (Atividade ou Orange relacionado): 2 | 34 - Tipo de Consulta: | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento: |

36 - Data: | 37 - Hora Início: | 38 - Hora Fim: | 39 - Tabela: | 40 - Código de Procedimento: | 41 - Descrição: | 42 - Qtd.: | 43 - Início: | 44 - Fim: | 45 - Valor Real (R\$): | 46 - Valor Unitário (R\$): | 47 - Valor Total (R\$): |

48 - Senha: | 49 - Data Inv.: | 50 - Código de Operadora: | 51 - Nome do Profissional: | 52 - Conselho Profissional: | 53 - Número no Conselho: | 54 - UF: | 55 - Código CBO: |

56 - Data de Realização de Procedimento em Data de Assinatura do Beneficiário ou Responsável: | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: | 58 - Assinatura do Profissional Cooperado: | 59 - Assinatura do Contratado: |

60 - Total de Procedimentos (R\$): | 61 - Total de Tempos x Abigula (R\$): | 62 - Total de Massagens (R\$): | 63 - Total de OMRG (R\$): | 64 - Total de Medicamentos (R\$): | 65 - Total de Gases Medicinais (R\$): | 66 - Total Gases (R\$): |

CAMPO - 56	DATA DA REALIZAÇÃO DE CADA PROCEDIMENTO
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

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 (SEMPRE O ORIGINAL) - PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO; PARA OS DEMAIS ATENDIMENTOS O PEDIDO 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

- ❖ A SOLICITAÇÃO PODE DEMORAR ATÉ 10 DIAS ÚTEIS PARA AUTORIZAR. CASO TENHA CONTINUIDADE NO TRATAMENTO, ACONSELHAMOS JÁ FAZER UMA NOVA SOLICITAÇÃO ANTES MESMO DE FINALIZAR AS SESSÕES LIBERADAS ANTERIORMENTE.
- ❖ O PRIMEIRO ATENDIMENTO DEVE SER COM O PEDIDO MÉDICO (VALIDADE DE 30 DIAS), AS DEMAIS SOLICITAÇÕES PODEM SER DO PROFISSIONAL UNISER.
- ❖ A QUANTIDADE MENSAL LIBERADA PELA OPERADORA É DE 1 CONSULTA/SESSÃO MENSAL.
- ❖ 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.



TASY Sistema de Gestão em Saúde

Desenvolvido por: **PHILIPS**

Prestador: Uniser Do Vale | Usuário: 0003736 | Responsável login: PESSOA FÍSICA PADRÃO | Email: administrativo@uniserdovale.com.br
Último acesso: 10/10/2023 18:13:56

Beneficiário

Carteirinha Beneficiário Nascimento Idade

Página Inicial
 Documentos TISS
Dossiê beneficiário
 Contas médicas
 Recurso de glosa

AUTORIZAÇÃO

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

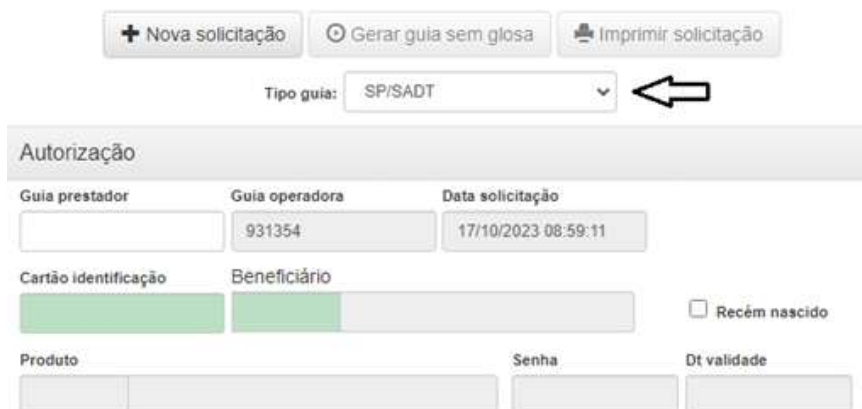


Prestador: Uniser Do Vale | Usuário: 0003736 | Responsável login: PESSOA FÍSICA PADRÃO | Email: admin
Último acesso: 10/10/2023 18:15:02

+ Nova solicitação Gera

Página Inicial
 Documentos TISS
 Dossiê beneficiário
 Contas médicas
 Recurso de glosa
 Digitação de contas médicas
 Solicitações pendentes
Autorização ←
 » Solicitação de autorizações ←
 » Consulta de autorizações

- ❖ 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)



+ Nova solicitação Gerar guia sem glosa Imprimir solicitação

Tipo guia: SP/SADT

Autorização


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

Cartão identificação Beneficiário Recém nascido

Produto Senha Dt validade

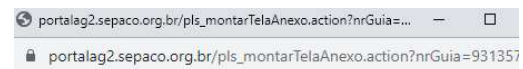
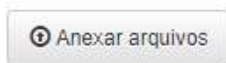
- ❖ PRÓXIMO CAMPO A SER PREENCHIDO É O **CRM** DO MÉDICO SOLICITANTE E APERTAR TAB.
- ❖ **INDICAÇÃO DE ACIDENTE**: NÃO ACIDENTE;
- ❖ **REGIME DE ATENDIMENTO**: AMBULATORIAL;

❖ **INDICAÇÃO CLÍNICA: CID.**



CRM: 168538
Médico: ROGERS DIEGO ASCEF
Especialidade: Clínico Geral
CBO: Médico clínico geral
Caráter atendimento: Eletiva
Indicação de acidente: Não acidente
Tipo atendimento: Outras Terapias
Cobertura especial: [vazio]
Regime de atendimento: Ambulatorial
Saúde ocupacional: [vazio]
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).**




Upload de arquivo
Arquivo: Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido
Tipo documento: [vazio]
Enviar

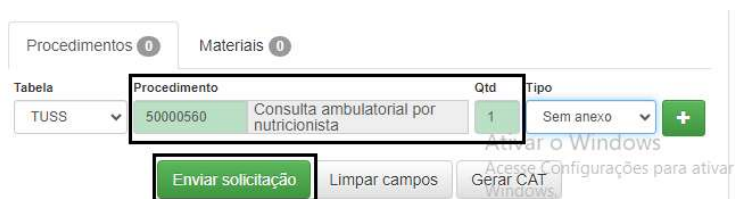
* É permitido enviar arquivos com no máximo 30mb de tamanho.
* Não é permitido caracteres especiais no nome do arquivo.

❖ **EM PROCEDIMENTOS COLOCAR O CÓDIGO A SER LIBERADO E APERTAR TAB.**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

❖ **QTD: COLOCAR A QUANTIDADE A SER LIBERADA.**

❖ **CLICAR NO BOTÃO + PARA INSERIR O PROCEDIMENTO NA AUTORIZAÇÃO.**



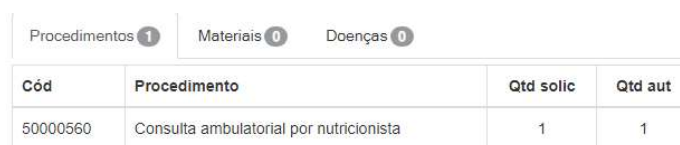
Procedimentos 0 Materiais 0

Tabela	Procedimento	Qty	Tipo
TUSS	50000560 Consulta ambulatorial por nutricionista	1	Sem anexo +

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	Qty solic	Qty aut
50000560	Consulta ambulatorial por nutricionista	1	1

Voltar Imprimir solicitação

TOTAL MEDCARE

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

- ❖ ENTRAR NO SITE: <https://www.totalmedcare.com.br/>
- ❖ CLICAR EM **PRESTADORES**



- ❖ CLICAR NO **ACESSAR WEB GUIAS**



USUÁRIO: UNISER1863

SENHA: uniser1863

Acesso restrito

Usuário

Senha

Esqueceu usuário ou senha? [Clique aqui.](#)

- ❖ CLICAR EM **ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO**
- ❖ CLICAR EM **SP/SADT**




- ❖ SEMPRE QUE FOR REALIZAR A EMISSÃO DE UMA GUIA NOVA, SELECIONAR **"PRINCIPAL"**.
- ❖ NA PRIMEIRA ETAPA NÃO PRECISA PREENCHER MAIS NENHUMA INFORMAÇÃO.

Solicitar Autorização de Procedimento

Solicitação de autorização de procedimento para: **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO** Tipo atendimento TISS*: **SELECIONE** Tipo de guia: **PRESTADOR** Emitida via: **PRESTADOR**

Registro ANS: **318477**

No Guia no Prestador: Principal Secundária Numero da guia principal: **NÃO EMITIDA** Numero da Guia Atribuído pela Operadora: **NÃO EMITIDA** Anexo: **NÃO**

- ❖ EM **DADOS DO BENEFICIÁRIO** SELECIONAR SE É TITULAR OU DEPENDENTE INFORMAR O NÚMERO DA CARTEIRINHA E APÓS O PREENCHIMENTO CLICAR EM , PARA REALIZAR O PROCESSO DE BUSCA. APÓS A BUSCA DE DADOS DO BENEFICIÁRIO SERÁ PREENCHIDO APENAS O CAMPO PARA INCLUIR O CÓDIGO DO PROCEDIMENTO.

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Pesquisar por: **SELECIONE** Palavra exata Palavra chave **Nº CARTÃO BENEFICIÁRIO** 

A partir de De conteúdo

Código: * Titular do Plano: Cartão Nacional de Saúde: Atendimento a RN: Sim Não Tipo:

- ❖ NESTA OPERADORA O LIMITE DE CONSULTA É DE 2 CONSULTAS MENSAIS. É OBRIGATÓRIA A AUTORIZAÇÃO DE APENAS UMA SESSÃO POR SEMANA/GUIA. SENDO ASSIM UMA GUIA POR SESSÃO. (QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER DO VALE).
- ❖ O PEDIDO MÉDICO DATADO TEM VALIDADE DE 60 DIAS.
- ❖ **DADOS DO SOLICITANTE.** COLOCAR **AUTO REFERENCIADO** QUE IRÁ PREENCHER OS DADOS DA UNISER AUTOMATICAMENTE.

DADOS DO SOLICITANTE

Auto referenciado Outro Prestador

Código na operadora: **1863** Nome do contratado: **UNI SER DO VALE COOP TRAB PSICO FONO TO FISIOT VP LN** Perfil prestador: **CONVENIADO**

Código CNES: **3452271** Nome do profissional solicitante: **UNI SER DO VALE COOP TRAB PSICO FONO TO FISC** Conselho Profissional: **CRM** Numero do Conselho: **UF:** Código CBO:

Especialidade: **SELECIONE** Local de atendimento: **UNI SER DO VALE COOP TRAB PSICO FONO TO FI** Tipo local atendimento: **REDE CREDENCIADA** Tipo Estabelecimento: **UNIDADE DE SERVIÇO**

- ❖ DADOS DA SOLICITAÇÃO SELECIONAR SEMPRE **ELETIVO**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

Caráter do Atendimento*: **SELECIONE** Data da Solicitação:

SELECIONE

ELETIVO - 1

URGENCIA/EMERGÊNCIA - 2

- ❖ SELECIONAR **CÓDIGO TUSS**, DIGITAR O **CÓDIGO DE PROCEDIMENTO** EM SEGUIDA CLICAR , BUSCAR O PROCEDIMENTO, PARA ADIONAR CLICAR .
- ❖ CASO QUISER EXCLUIR CLICAR .

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

Informe o tipo de tabela a ser utilizada:
 Tabela TUSS Tabela PRÓPRIA

Informe os procedimentos a serem solicitados:
 Pesquisar por: A partir de Que contenha

CÓDIGO TUSS: 

Descrição Procedimento: *

Cód. Operadora: * Quantidade: *

Cód. Tabela	Código	Procedimento	Código Operadora	Quantidade
Total de registros: 0				

QUANDO QUISER EXCLUIR O PROCEDIMENTO 

SELECIONE A ESPECIALIDADE EM SEGUIDA CLIQUE CONFIRMAR.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

Local de atendimento: *
UNI SER DO VALE COOP TRAB PSICO FONO TO FISIOT VP LN C.

Código na operadora e Nome do contratado *
1863 - UNI SER DO VALE COOP TRAB PSICO FONO TO FISIOT VP LN

Perfil prestador:
CONVENIADO

Código CNES: 3452271 Nome do profissional executante: UNI SER DO VALE COOP TRAB PSICO FONO TO FISIOT VP LN

Conselho Profissional: CRM Número do Conselho: UF: Código CBO:

Especialidade:
 SELECIONE
 FONOAUDIOLOGIA - 170
 NUTRICIONISTA - 670
 PSICOLOGIA - 450
 TERAPIA OCUPACIONAL - 550

Local de atendimento: UNI SER DO VALE COOP TRAB PSICO FONO TO FISIOT

Tipo local atendimento: REDE CREDENCIADA

Tipo Estabelecimento: UNIDADE DE SERVIÇO DE AF

BETHANIA - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP

Anexar Documentos

- ❖ A AUTORIZAÇÃO DEVE SER LIBERADA NO MESMO DIA DA SOLICITAÇÃO. CASO A AUTORIZAÇÃO FIQUE EM ANÁLISE, LIGAR NA OPERADORA (11)3275-7340, OPÇÃO 3, POSTERIOR OPÇÃO 4 SETOR DE AUTORIZAÇÃO.
- ❖ OBS. SOLICITAR A EFETIVAÇÃO NO MESMO DIA.

PREENCHIMENTO DA GUIA SADT

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

PARA FATURAMENTO É OBRIGATÓRIO

- ❖ IMPRESSÃO DA GUIA SADT DE AUTORIZAÇÃO COM SENHA EMITIDA DIRETAMENTE PELA OPERADORA TOTAL MEDCARE, COM AS RESPECTIVAS ASSINATURAS DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL, ASSINATURA E CARIMBO DO 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.

UNIMED CAÇAPAVA - VALE NOVO PAULISTA

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

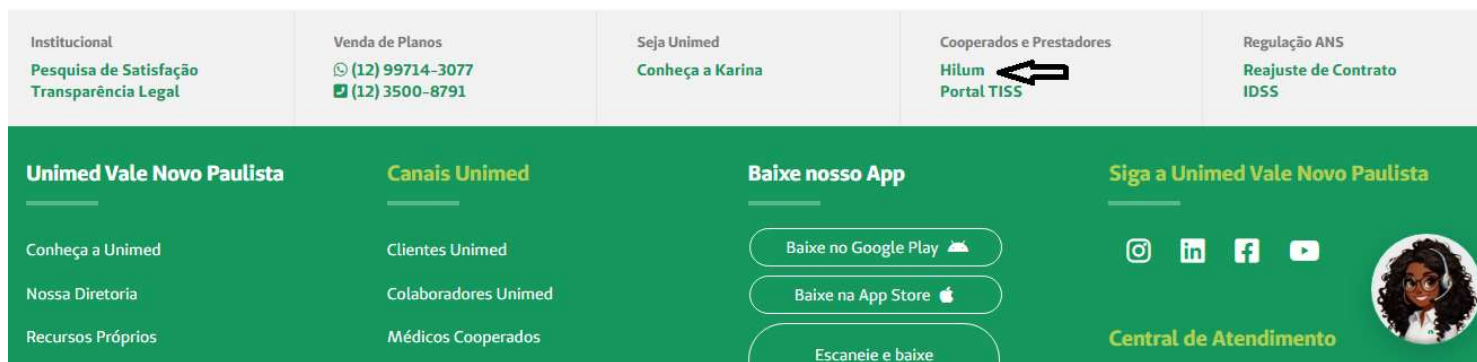
SEMPRE CONFIRMAR OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS

- ❖ ATENDIMENTOS LIBERADOS SOMENTE PARA CARTEIRINHAS INICIADAS COM **0091**.
- ❖ A QUANTIDADE DE CONSULTAS LIBERADAS PELA OPERADORA É DE NO MÁXIMO 1 MENSAL.
- ❖ PARA SOLICITAÇÕES DE CONSULTA/AVALIAÇÃO DE NUTRIÇÃO UTILIZAR A ABA SOLICITAÇÃO. A AUTORIZAÇÃO PODE FICAR EM ANÁLISE E O PRAZO É DE 3 ATÉ 5 DIAS ÚTEIS.
- ❖ EXECUTAR A CONSULTA DEPOIS DE AUTORIZADO PELA OPERADORA, NO DIA DO ATENDIMENTO QUANDO O BENEFICIÁRIO JÁ ESTIVER NO CONSULTÓRIO.
- ❖ O PRIMEIRO ATENDIMENTO DEVE SER COM O PEDIDO MÉDICO (VALIDADE DE 30 DIAS), AS DEMAIS SOLICITAÇÕES PODEM SER DO PROFISSIONAL NUTRICIONISTA.

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

COOPERADOS E PRESTADORES, HILUM:

LOGIN: uniser SENHA: unimed091



The screenshot shows the top navigation bar of the Unimed Vale Novo Paulista website. It includes several menu items: 'Institucional' (Pesquisa de Satisfação, Transparência Legal), 'Venda de Planos' (phone numbers: (12) 99714-3077 and (12) 3500-8791), 'Seja Unimed' (Conheça a Karina), 'Cooperados e Prestadores' (Hilum, Portal TISS), and 'Regulação ANS' (Reajuste de Contrato, IDSS). Below the navigation bar, there are four main sections: 'Unimed Vale Novo Paulista' (Conheça a Unimed, Nossa Diretoria, Recursos Próprios), 'Canais Unimed' (Clientes Unimed, Colaboradores Unimed, Médicos Cooperados), 'Baixe nosso App' (Baixe no Google Play, Baixe na App Store, Escaneie e baixe), and 'Siga a Unimed Vale Novo Paulista' (social media icons for Instagram, LinkedIn, Facebook, YouTube, and a 'Central de Atendimento' icon).



The screenshot shows the login page for Hilum. On the left, there is a logo for 'Unimed' and 'somos coop' above a stylized graphic of a medical cross with circuit lines, labeled 'HILUM'. On the right, there is a login form with a green background. The form has a large green button labeled 'ENTRAR' at the top. Below it, there are two input fields: the first contains 'uniser' and the second contains 'unimed091'. A red arrow points to the 'ENTRAR' button. Below the input fields, there is a link that says 'Esqueci minha senha'.

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.



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

❖ **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 NUTRIÇÃO 223710).

Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado 216893090 UNISER V C P F TO FISIO		↓	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número do Conselho 23477
15 - Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO M MERCADANTE			18 - UF 62	19 - Código CBO

❖ **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 K50	90 - Indicador de Cobertura Especial Selecione uma opção...
24 - Tabela TUSS Procedimentos	25 - Código Procedimento 50000560	26 - Descrição CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA
27 - Qtde Solic 1		

PROCEDIMENTOS:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

❖ **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: ██████████	Data da Autorização: 17/06/2023	Validade: 16/08/2023			
Beneficiário: ██████████		██████████			
Prestador Contratado:	UNISER V C P F TO FISIO	0091.216893090			
Indicação Clínica:	k50.0				
Prestador exec.:	UNISER DO VALE COOP PSIC/	0091.216893090			
Indicação Acidente:	9 - Não Acidente				
Regime Atendimento:	1 - Ambulatorial				
Tipo	Procedimento	Descrição	Qt.Sol.	Qt.Aut.	Observação
Procedimentos Medicos	50000560	Consulta ambulatorial por nutricionista	1,0000	1,0000	

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 QUE FOI LIBERADA NA SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS.
OBS: ATENTAR-SE A NÃO CLICAR NA SENHA DE OUTRO PROFISSIONAL.

Execução

Tela Inicial / SADT / Execução

Dados da Pesquisa

Solicitações

Data	Solicitação	Cod. Beneficiário	Data de Validade	Tipo	Solicitante	Procedimento	Qtd. Solic.	Qtd. Aut.	Qtd. Disp.
07/11/2023 10:54	██████████	██████████████████	06/01/2024 10:54	Eletiva / Programada / Rotina	603 - UNISER DO VALE COOP PSIC/FONO/TO/FISIO	50000560 - CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA	1,0000	1,0000	1,0000

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

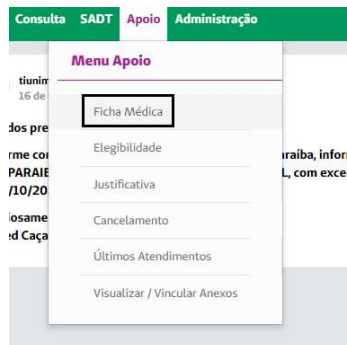


PREENCHER OS SEGUINTE CAMPOS

- ❖ **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: 01/10/2023
Data final para o período da pesquisa: 01/11/2023

Beneficiário: [Mascara] [Mascara] [7]
Data Inicial: 01/10/2023
Data Final: 01/11/2023

Consulta SADT Internação

Autorização: [Campo em branco]

PESQUISAR

- ❖ 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: [Campo em branco] Anterior 1 Próximo

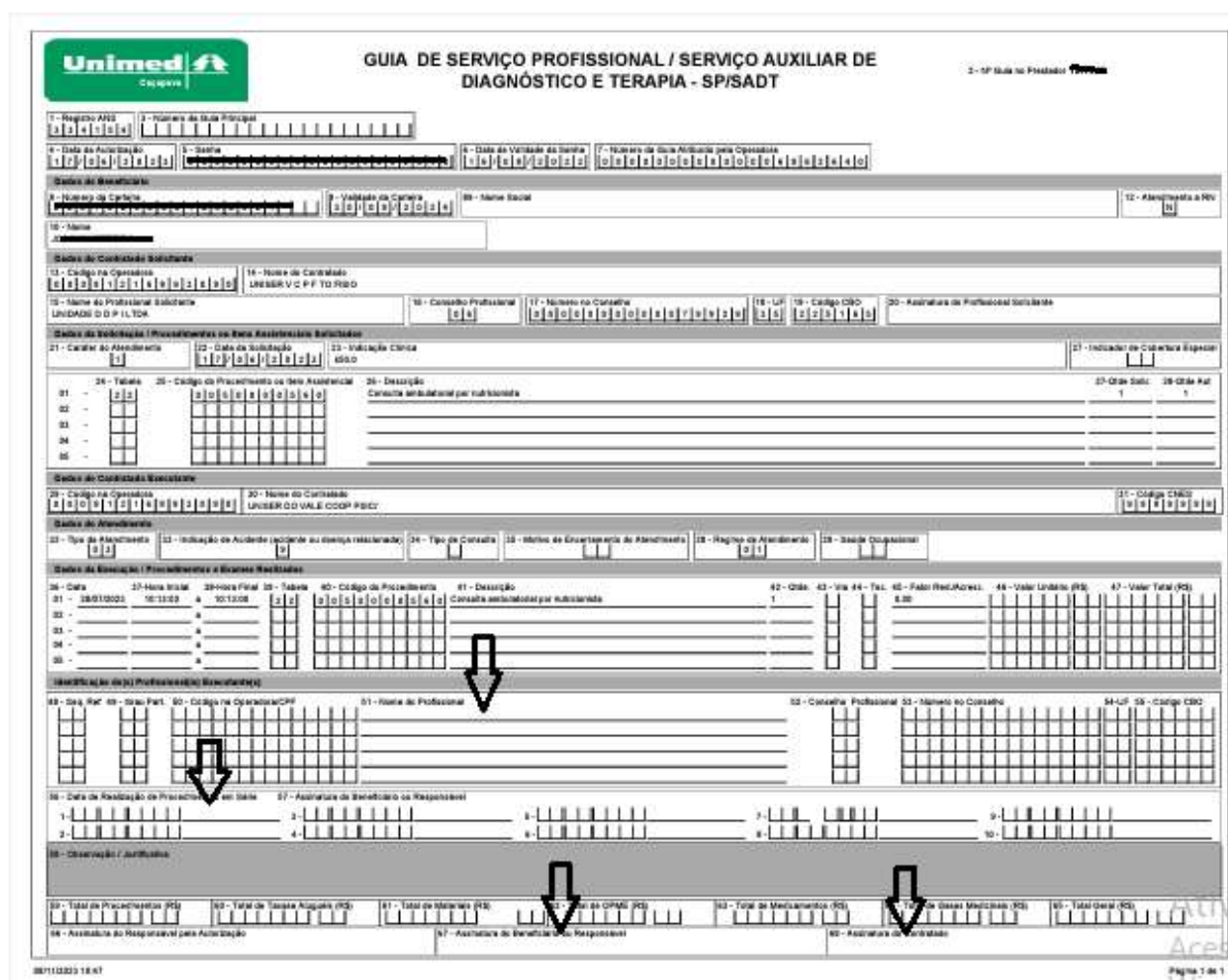
Data	Autorização	Tipo	Cod. Beneficiário	Beneficiário	Bio?	Cód. Solicitante	Parecer	Ação
17/06/2023	[Mascara]	SADT	[Mascara]	[Mascara]	Não	00091216893090	Executada	[Ícone de Impressão]
Serviço	Descrição	Solicitado	Liberado	Executado	Mensagem			
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA	1	1	1	AUTORIZADO			
		Parecer Autorizado	Data Execução 28/07/2023	Qtd 1	Prestador UNISER V C P F TO FISIO			


- ❖ 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**.



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  **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT** 2 - UF onde foi Prestado: **RJ**

1 - Registro ABO: [01/01/01] 2 - Número da Guia: [01/01/01]

4 - Data de Autorização: [01/01/01] 5 - Data: [01/01/01] 6 - Data de Validade da Guia: [01/01/01] 7 - Número da Guia Alçada pela Operadora: [01/01/01]

Dados do Beneficiário:
8 - Número da Carteira: [01/01/01] 9 - Validade da Carteira: [01/01/01] 10 - Nome Social: [01/01/01] 12 - Planificação a RV: [01]

10 - Nome: [01/01/01]

Dados do Contratado Societário:
13 - Código na Operadora: [01/01/01] 14 - Nome de Contratação: UNISER V C P F TO RIO
15 - Nome do Profissional Societário: UNISER V C P F TO RIO 16 - Conselho Profissional: [01] 17 - Número no Conselho: [01/01/01] 18 - UF: [01] 19 - Código CBO: [01/01/01] 20 - Assinatura do Profissional Societário: [01/01/01]

Dados da Realização / Procedimentos ou Bens Assistenciais Beneficiados:
21 - Centro de Atendimento: [01/01/01] 22 - Data da Realização: [01/01/01] 23 - Indicação Clínica: [01/01/01] 24 - Indicação de Cobertura Especial: [01]

24 - Tabela: [01] 25 - Código do Procedimento ou Bem Assistencial: [01/01/01] 26 - Descrição: Consulta ambulatorial por nutricionista 27 - Quantidade: [01] 28 - Data Real: [01/01/01]

29 - Código na Operadora: [01/01/01] 30 - Nome do Contratado: UNISER DO VALE COOP FICZ 31 - Código CBO: [01/01/01]

32 - Tipo de Atendimento: [01] 33 - Indicação de Atendimento (conforme ou dentro da rede): [01] 34 - Tipo de Consulta: [01] 35 - Número de Encontros de Atendimento: [01] 36 - Regime de Atendimento: [01] 38 - Saúde Ocupacional: [01]

Dados da Realização / Procedimentos e Bens Assistenciais:
36 - Data: [01/01/01] 37 - Hora Inicial: [01:00] 38 - Hora Final: [01:00] 39 - Tabas: [01] 40 - Código do Procedimento: [01/01/01] 41 - Descrição: Consulta ambulatorial por nutricionista 42 - Qtd: [01] 43 - Unid: [01] 44 - Tax: [01] 45 - Valor Rec.Aprov.: [01] 46 - Valor Unid. (R\$): [01] 47 - Valor Total (R\$): [01]

Identificação do(s) Profissional(is) Beneficiário(s):
48 - Sig. Rec: [01] 49 - Sig. Part: [01] 50 - Código na Operadora/CNPJ: [01/01/01] 51 - Nome do Profissional: [01/01/01] 52 - Conselho Profissional: [01] 53 - Número no Conselho: [01/01/01] 54 - UF: [01] 55 - Código CBO: [01/01/01]

56 - Data de Realização de Procedimento por Tabas: [01/01/01] 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: [01/01/01]

58 - Observação / Justificativa: [01/01/01]

59 - Total de Procedimentos (R\$): [01] 60 - Total de Tabas Aquisição (R\$): [01] 61 - Total de Tabas (R\$): [01] 62 - Total de CPMS (R\$): [01] 63 - Total de Medicamentos (R\$): [01] 64 - Total de Usos de Usos Médicos (R\$): [01] 65 - Total Geral (R\$): [01]

66 - Assinatura do Responsável para Autorização: [01/01/01] 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: [01/01/01] 68 - Assinatura do Profissional: [01/01/01]

00110303 18.01 Página 1 de 1

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
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

PROCEDIMENTO UNISER FAMÍLIA E ASSEJUS

CONTATO UNISER DO VALE (12) 3941-2176

- ❖ UNISER FAMÍLIA 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