PROCEDIMENTOS

NUTRIÇÃO

CONVÊNIOS E PARCEIROS UNISER DO VALE

SETEMBRO 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.

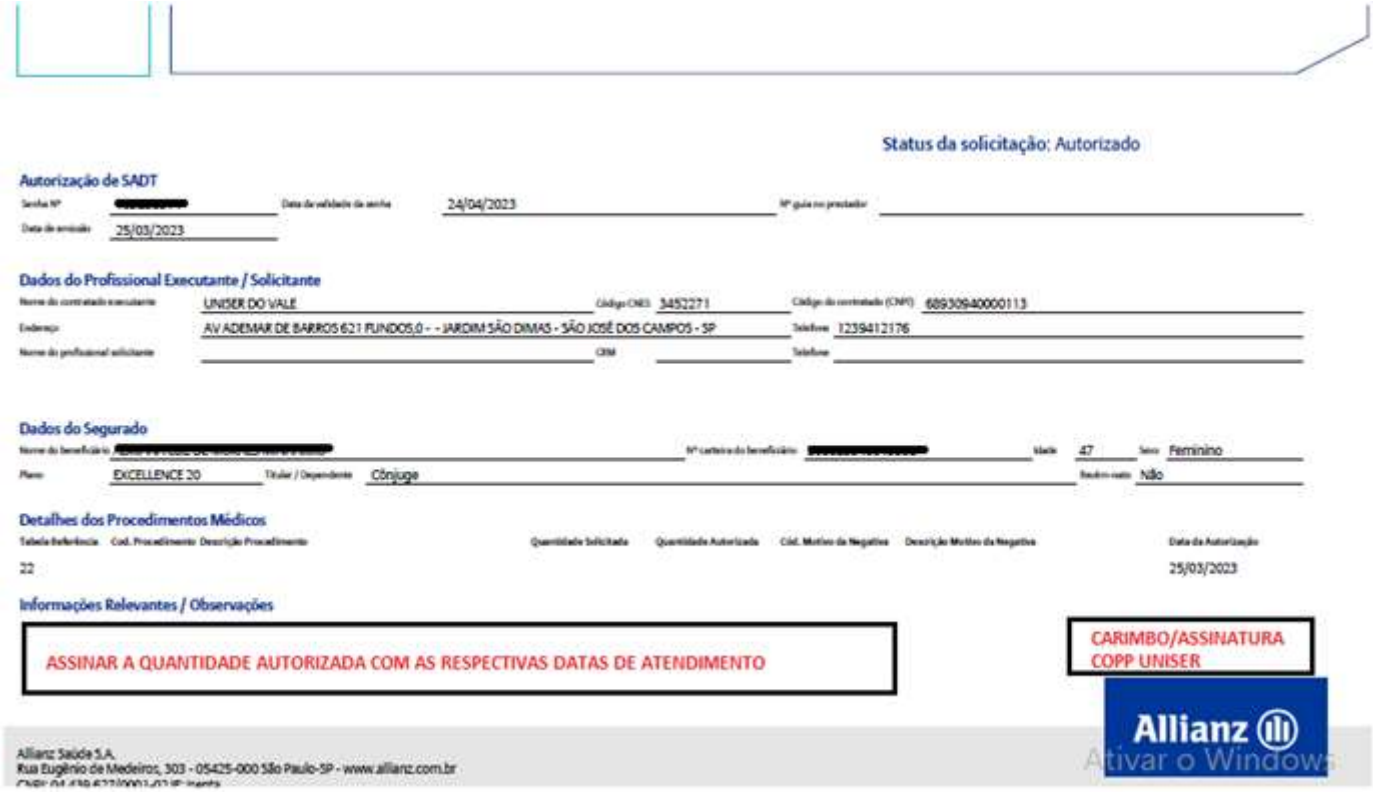
- A RESPOSTA DA AUTORIZAÇÃO LEVA DE 3 A 5 DIAS PARA A LIBERAÇÃO, E A PRÓPRIA UNISER DO VALE RECEBE POR E-MAIL, administrativo@uniserdovale.com.br.

- 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.**

VERIFICAR A GUIA ALLIANZ AUTORIZADA

- **STATUS DA AUTORIZAÇÃO:** SE AUTORIZADO OU NÃO
- **DADOS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / SOLICITANTE**
- **DADOS DO SEGURADO**
- **DETALHES DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.**
- **OBSERVAR A QUANTIDADE AUTORIZADA.**

- **INFORMAÇOES RELEVANTES/OBSERVAÇÕES:** PEDIR PARA O BENEFICIÁRIO ASSINAR A QUANTIDADE AUTORIZADA COM AS RESPECTIVAS DATAS DE ATENDIMENTO.
- CARIMBO E ASSINATURA DO COOPERADO UNISER NO FINAL DA GUIA.



Status da solicitação: Autorizado

Autorização de SADT

Senha Nº [redacted] Data da validade da senha 24/04/2023 Nº guia no prestador

Data de emissão 25/03/2023

Dados do Profissional Executante / Solicitante

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

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

Nome do profissional solicitante CRM Telefone

Dados do Segurado

Nome do beneficiário [redacted] Nº carteira do beneficiário [redacted] Idade 47 Sexo Feminino

Plano EXCELLENCE 20 Titular / Dependente Cônjuge Recém-nato Não

Detalhes dos Procedimentos Médicos

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

Informações Relevantes / Observações

ASSINAR A QUANTIDADE AUTORIZADA COM AS RESPECTIVAS DATAS DE ATENDIMENTO

CARIMBO/ASSINATURA COPP UNISER

Allianz Saúde S.A.
Rua Eugênio de Medeiros, 303 - 05425-000 São Paulo-SP - www.allianz.com.br

Allianz

Ativar o Windows

DOCUMENTOS PARA ENVIO AO FATURAMENTO:

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

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

ASSEFAZ

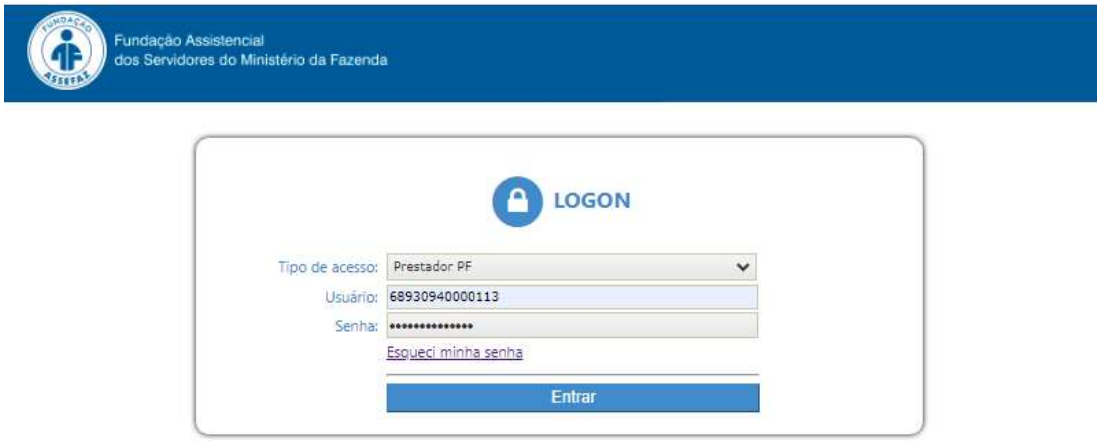
SEMPRE CONFIRMAR OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS

- A MAIORIA DAS AUTORIZAÇÕES ESTÁ FICANDO EM ANÁLISE, EM ALGUNS CASOS A AUDITORIA ESTÁ DEMORANDO EM TORNO DE 10 DIAS PARA AUTORIZAR.
- 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.

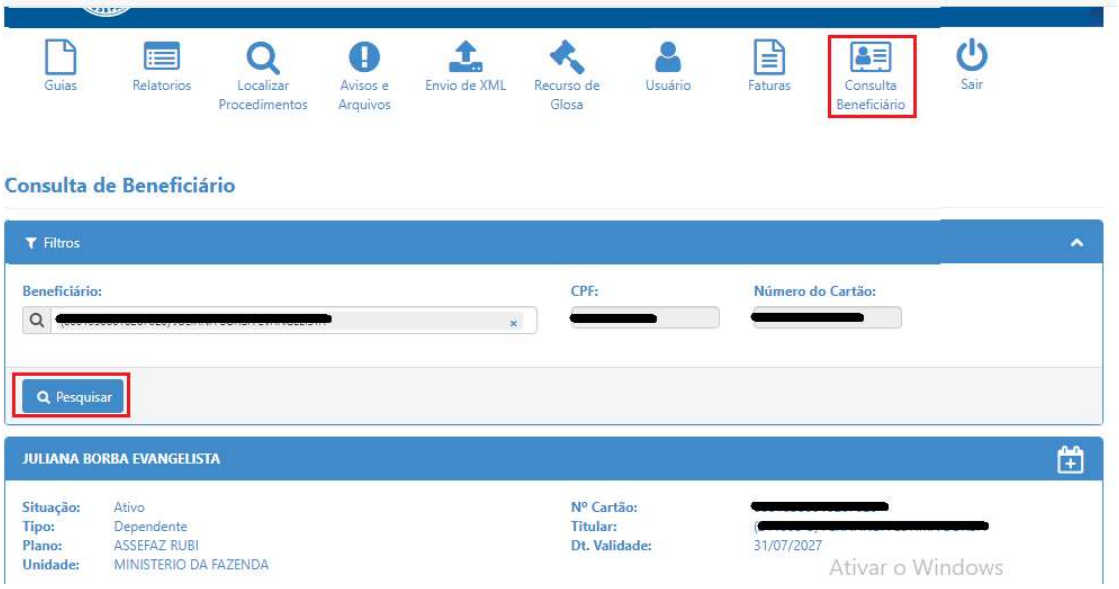
TIPO DE ACESSO: PRESTADOR PF

LOGIN: 68930940000113 SENHA: 68930940000113



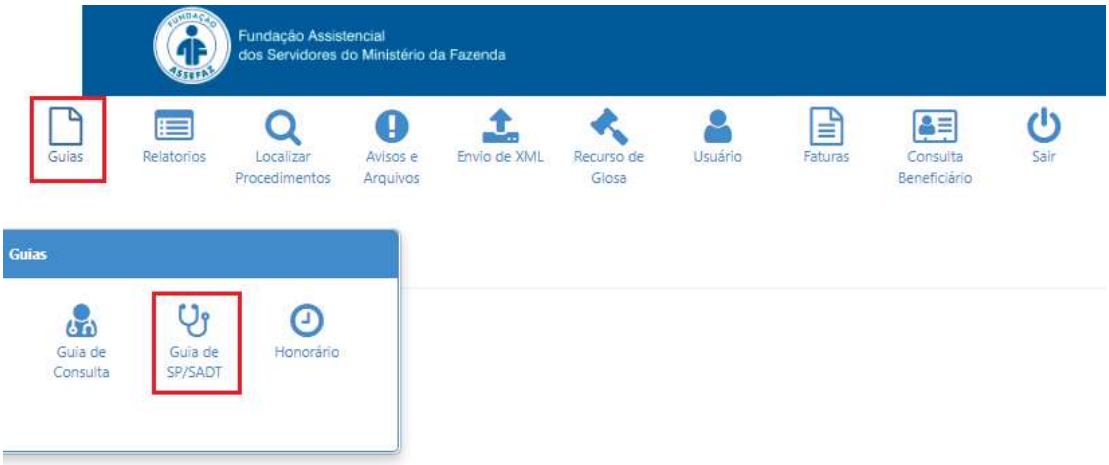
CONSULTAR A ELEGIBILIDADE

- 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.

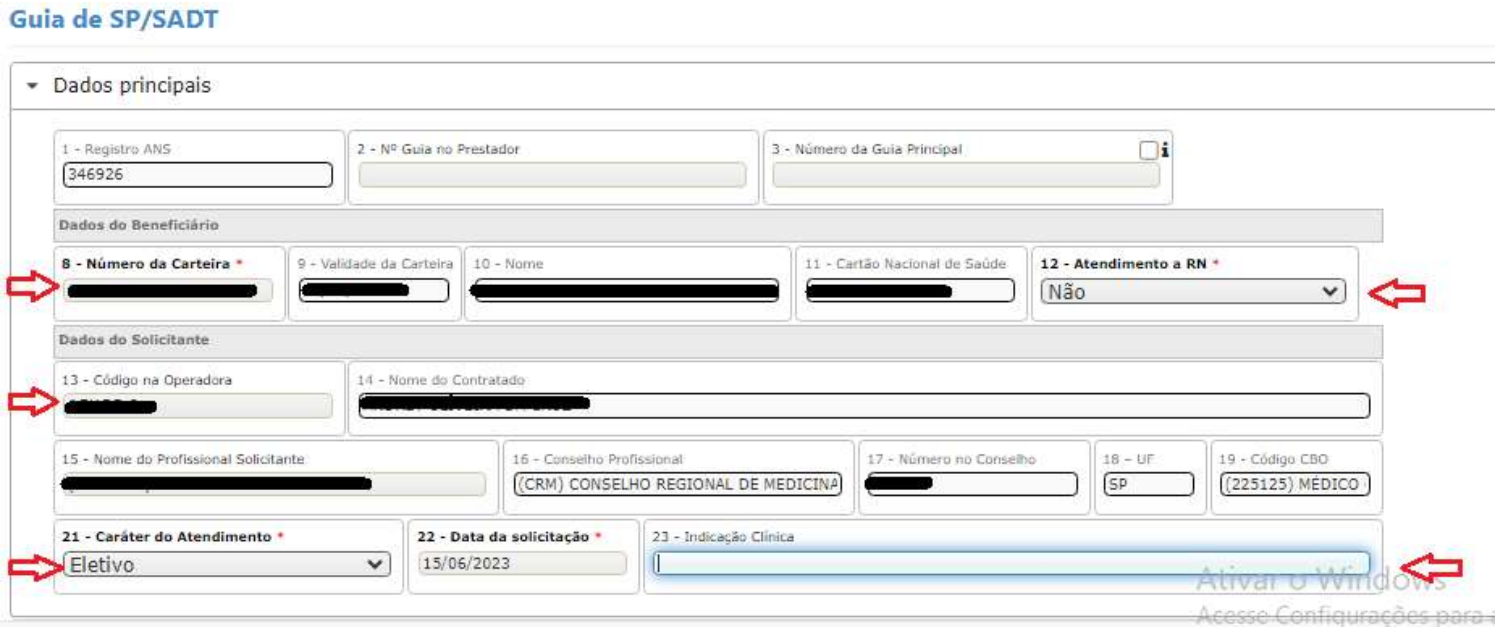


AUTORIZAÇÃO DA GUIA

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



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

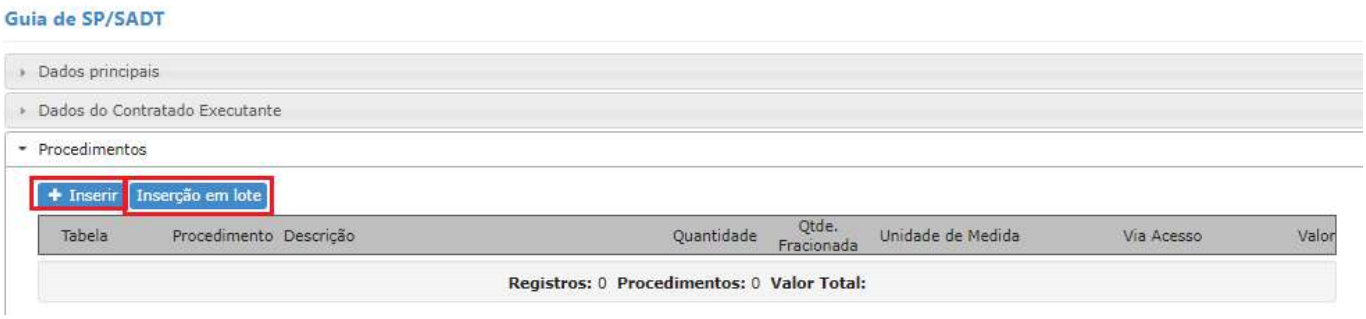


- NA ABA ***DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE*, NO CAMPO 29**, PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO (DADOS DA UNISER).
  O **CAMPO 32** DEVE SER PREENCHIDO DE ACORDO COM O **TIPO ATENDIMENTO**: **TERAPIA**

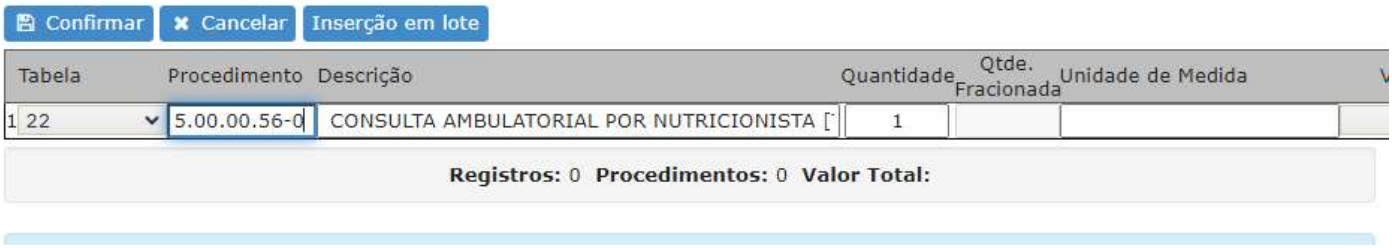
- NA ABA ***PROCEDIMENTOS*** SERÁ UTILIZADA PARA LANÇAMENTO DOS PROCEDIMENTOS. O BOTÃO **INSERIR** DEVE SER UTILIZADO PARA A INSERÇÃO INDIVIDUAL DOS PROCEDIMENTOS.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

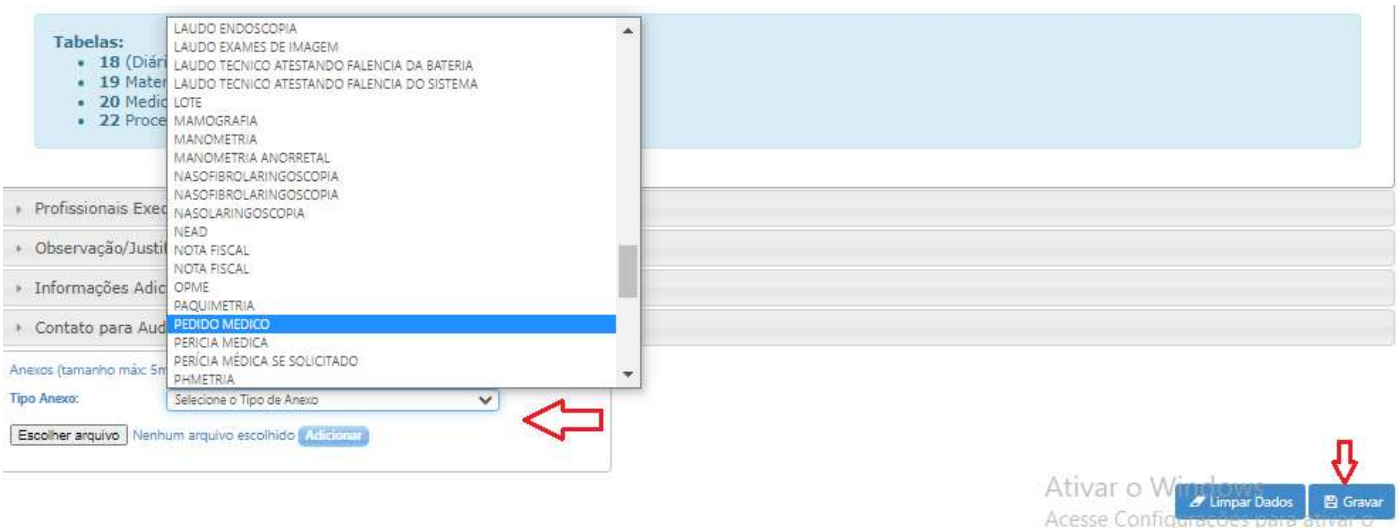
- QUANTIDADE AUTORIZADA PELA OPERADORA: **1 CONSULTA MENSAL**.
  QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER DO VALE.



- 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**.

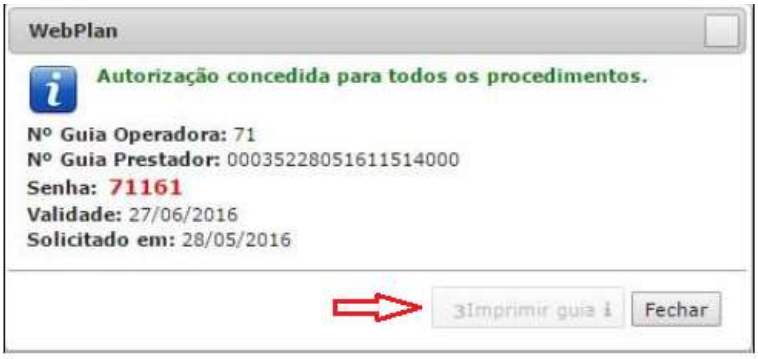


ANEXAR O PEDIDO MÉDICO, EM **TIPO DE ANEXO** SELECIONAR A OPÇÃO PEDIDO MÉDICO. CLICAR EM **GRAVAR.**



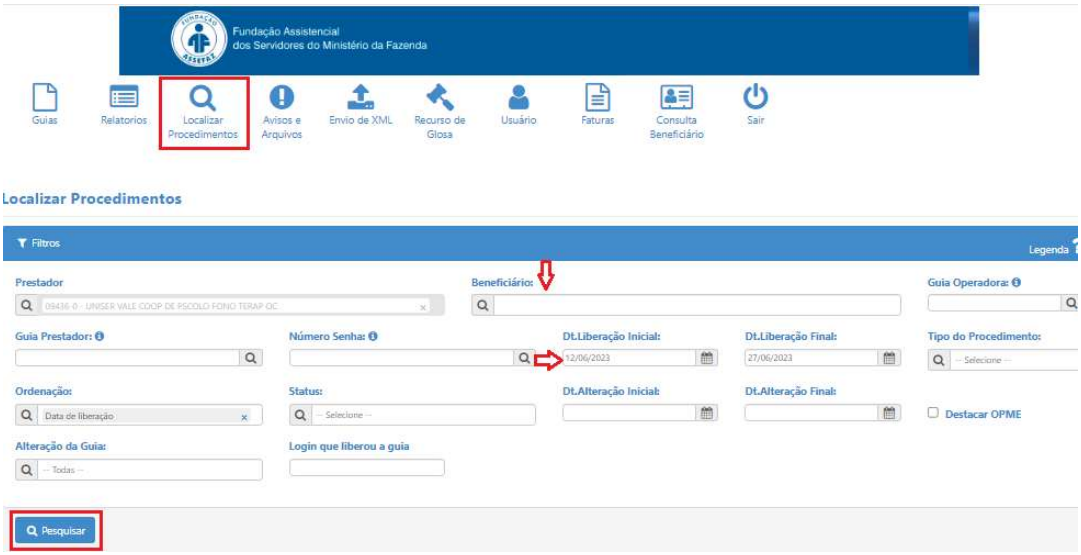
- OS ANEXOS NA IMAGEM ABAIXO. APÓS ISSO, CLIQUE NO BOTÃO **GRAVAR**.

- 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.

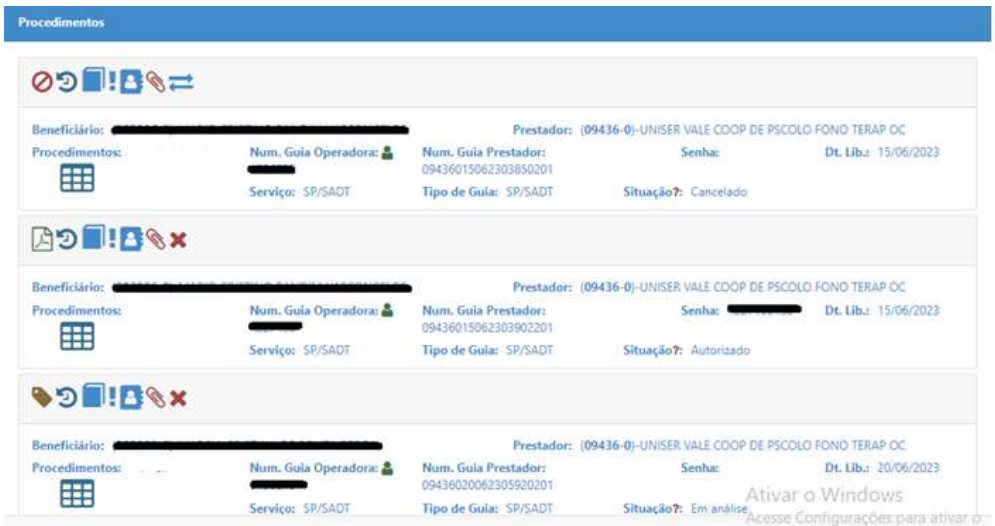


CONSULTA DE GUIAS

- 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**.



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

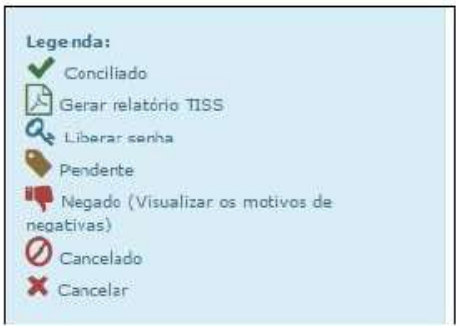


- ABAIXO UMA BREVE DESCRIÇÃO DOS BOTÕES DE AÇÃO EXIBIDOS NOS RESULTADOS DA PESQUISA.

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 094360270623092148 01

1 - Registro ANS: 346926	3 – Número da Guia Principal		
4 - Data da Autorização: 27/06/2023	5-Senha: [illegible]	6 - Data de Validade da Senha: 03/09/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 5197887

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 00010000015643035	9 - Validade da Carteira: 31/07/2027	89 - Nome Social	12 -Atendimento a RN: Não
10 - Nome: [redacted]			

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora: BDSDO-0	14 - Nome do Contratado: [redacted]				
15 - Nome do Profissional Solicitante: [redacted]	16 - Conselho Profissional: CRM	17 - Número no Conselho: 91770	18 – UF: SP	19 - Código CBO: 999999	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: Eletivo	22 - Data da Solicitação: 27/06/2023	23 - Indicação Clínica: F41.2	90 - Indicador Cobertura Expecial

24- Tabela	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1 22	5.00.00.47-0	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO	5	5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora: 09436-0	30 - Nome do Contratado: UNISER VALE COOP DE PSCOLO FONO TERAP OC	31 - Código CNES: 5282225

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento: (3) TERAPIA	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad: (9) NÃO ACIDENTE	34 - Tipo de Consulta: (1) PRIMEIRA CONSULTA	35 - Motivo de Encerramento de Atendimento	91 - Regime de Atendimento: (1) Ambulatorial	92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator	46-Valor Unitário (R$)	47-Valor Total (R$)
1 27/06/2023			22	5.00.00.47-0	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO	5					

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
1		68.930.940/0001-13	UNISER VALE COOP DE PSCOLO FONO TERAP OC	68.930.940/0001-13	914020	SP	999999
2							
3							
4							

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

1 - __/__/____ 3 - __/__/____ 5 - __/__/____ 7 - __/__/____ 9 - __/__/____
2 - __/__/____ 4 - __/__/____ 6 - __/__/____ 8 - __/__/____ 10 - __/__/____

58 - Observação / Justificativa [illegible]

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total Taxas / Aluguéis (R$)	61 - Total Materiais (R$)	62 - Total OPME (R$)	63 - Total Medicamentos (R$)	64 - Total Gases Medicinais (R$)	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.

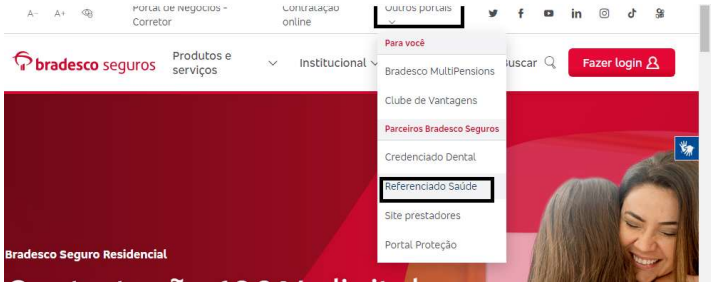
- O LIMITE DE SESSÕES É DE 6 ATÉ 12 ANUAIS. LIMITADO A 2 SESSÕES MENSAIS.
- SE NECESSÁRIO MAIS SESSÕES, ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER DO VALE.
- DO DIA DA LIBERAÇÃO DA SENHA O PROFISSIONAL TERÁ 30 DIAS PARA O ATENDIMENTO.
- PARA O FATURAMENTO A SENHA TEM VALIDADE DE 90 DIAS.

AUTORIZAÇÃO SITE BRADESCO

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

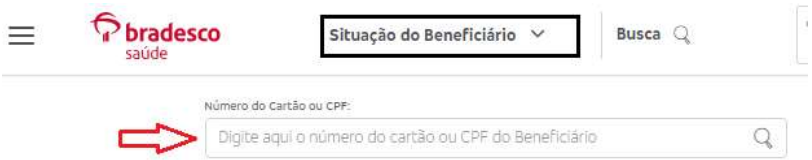
www.bradescoseguros.com.br

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

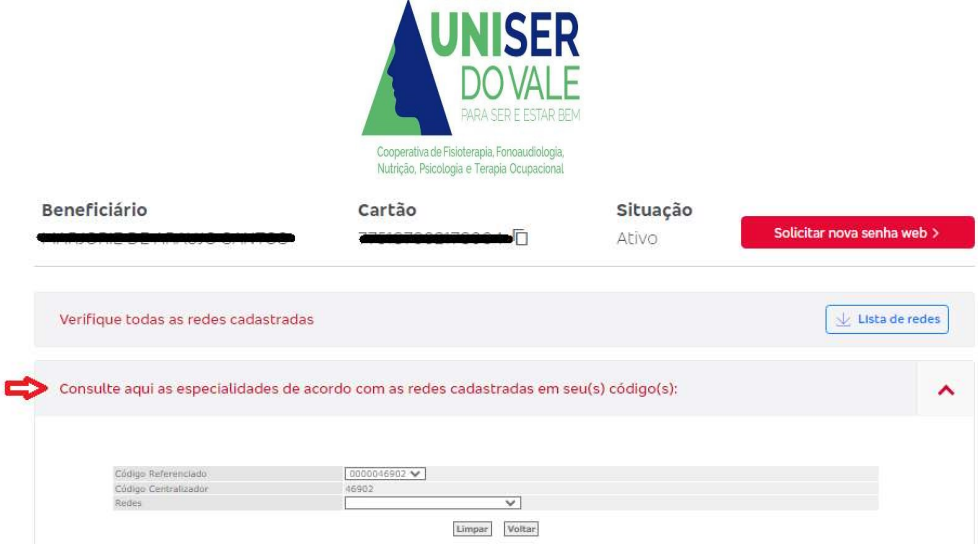


- **TIPO DE ACESSO:** REFERENCIADO
- **PESSOA JURÍDICA** (SEMPRE)
- **CNPJ UNISER**: 68.930.940/0001-13
- **LOGIN:** (CPF COOPERADO)
- **SENHA: SENHA BRADESCO INDIVIDUAL**

SEMPRE CONSULTAR A ELEGIBILIDADE E O PLANO DO BENEFICIÁRIO



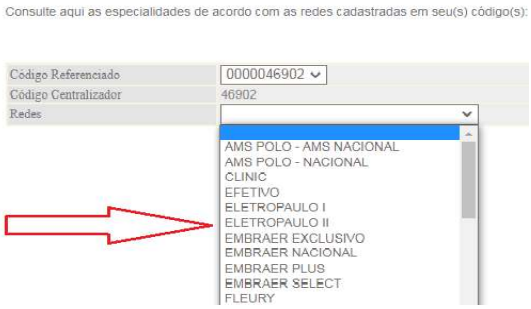
- NESTE CAMPO TAMBÉM É POSSÍVEL VERIFICAR SE O PLANO DO BENEFICIÁRIO ESTÁ LIBERADO PARA ATENDIMENTO.



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

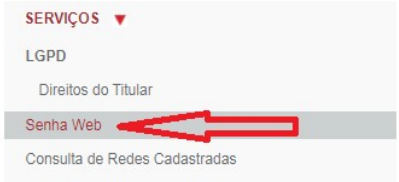
CONSULTAR PLANO DO BENEFICIÁRIO BRADESCO

❖ SERVIÇOS; ELEGIBILIDADE; CONSULTA DE REDES CADASTRADAS.

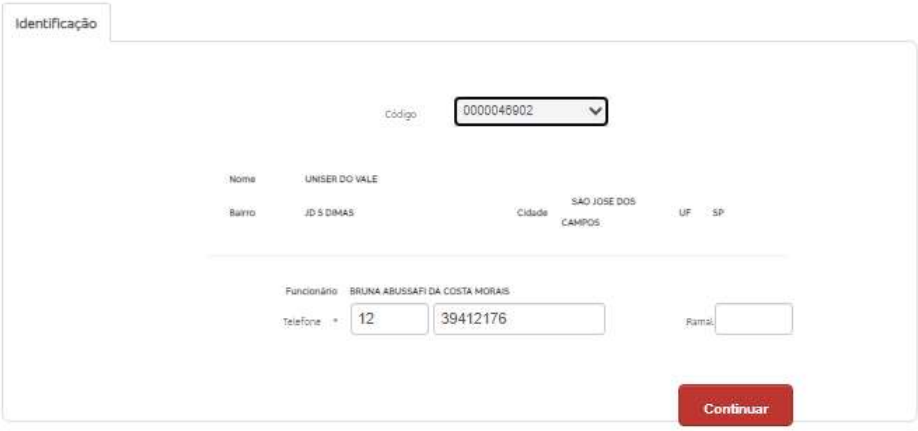


PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO

❖ CLICAR EM SERVIÇOS
❖ SENHA WEB

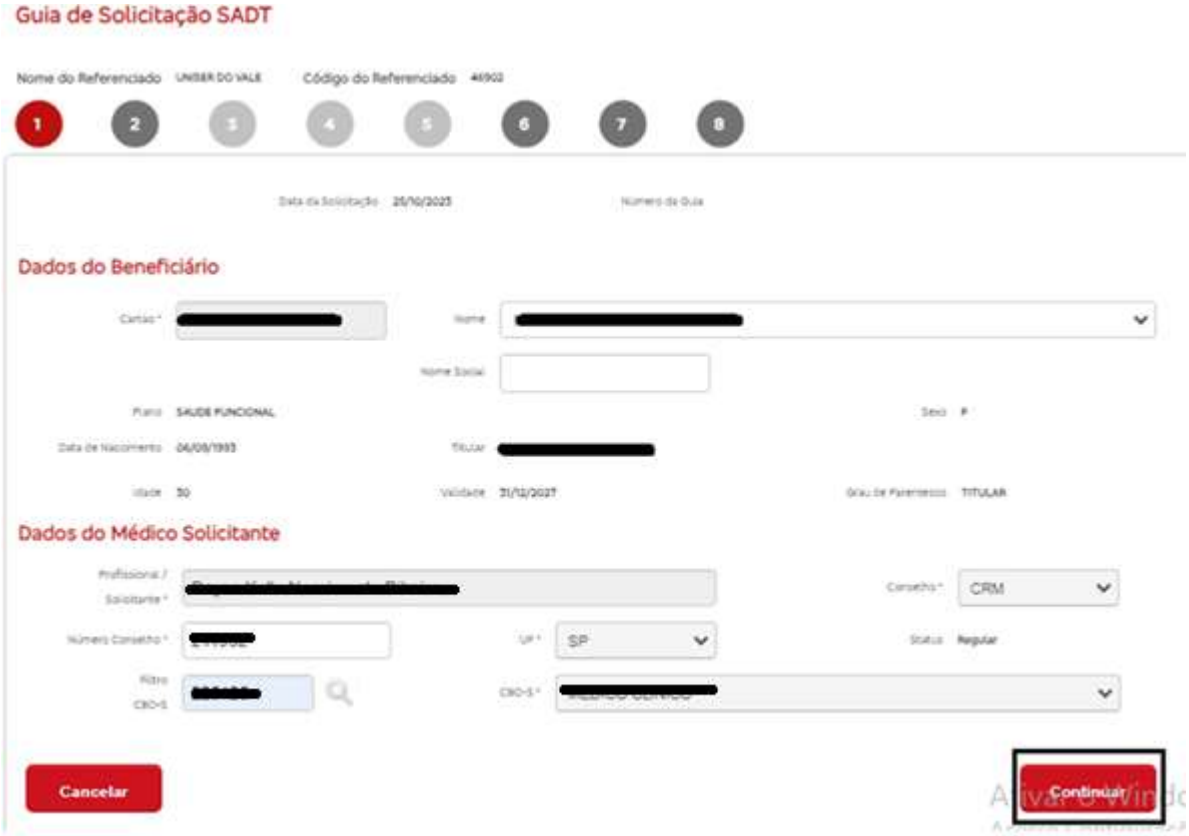


❖ CÓDIGO DO REFERENCIADO - **46902** – NUTRIÇÃO. CLICAR EM CONTINUAR.



- CLICAR NO ÍCONE **SADT**

- NÚMERO DA CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO.
- DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE: SEMPRE DO MÉDICO QUE ENCAMINHOU.



- ESCOLHER O CONSELHO, DIGITAR O CRM, CBO-S.
- IR PARA A ABA DE **PROCEDIMENTOS**

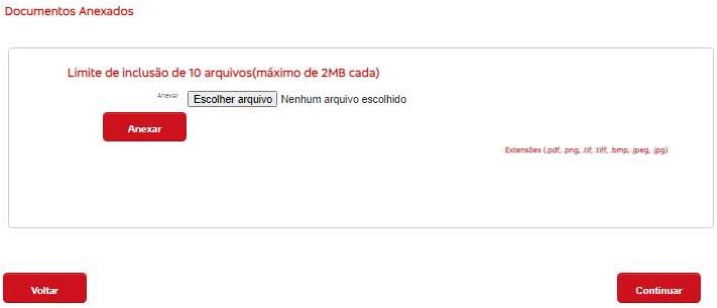
CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

- QUANTIDADE: LIMITADO A 2 SESSÕES MENSAIS
- ESCOLHER O TIPO DE ATENDIMENTO: **OUTRAS TERAPIAS**
- CLICAR EM **ADICIONAR**.

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

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

OBRIGATORIAMENTE ANEXAR O PEDIDO MÉDICO A CADA SOLICITAÇÃO.



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.

PARA VERIFICAR A PENDÊNCIA

ATENTAR-SE A RESPONDER DE ACORDO COM A PENDÊNCIA.

- 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

AO ABRIR A ABA INFORMAÇÃO DO SEGURADO

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

2 - PROCEDIMENTOS ORIZON AUTORIZE (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 AUTORIZE, 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.

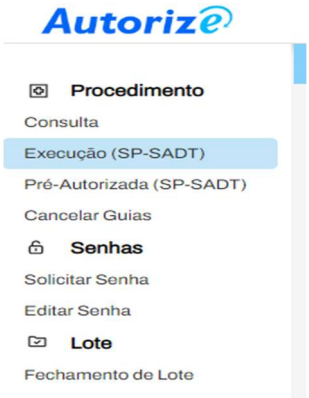
PASSO A PASSO AUTORIZE

- NO PORTAL DA ORIZON CLICAR EM ACESSO DO USUÁRIO:

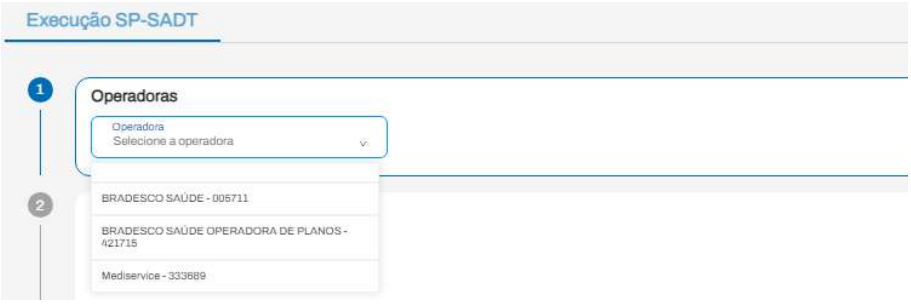
- NA OPÇÃO **AUTORIZE** CLICAR EM **EFETUAR LOGIN**

❖ LOGIN E SENHA INDIVIDUAIS

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



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



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

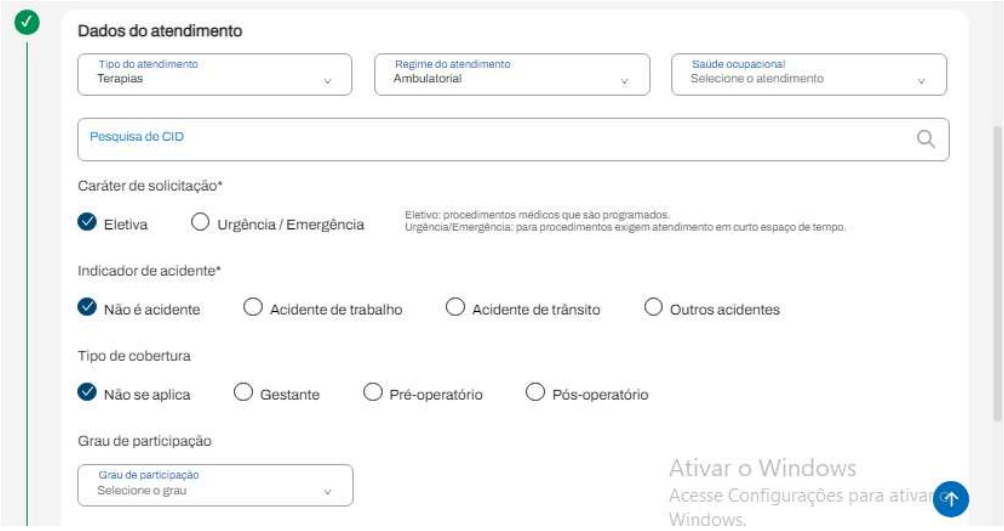
CARTÃO DIGITAL (TOKEN) – SOMENTE NO FINAL DA TRANSAÇÃO, DURAÇÃO 30 SEGUNDOS.
ATENDIMENTO RN - (NÃO)
CARTÃO MAGNÉTICO - PASSAR NA LEITORA NO INÍCIO DA TRANSAÇÃO.

OBS: O NÚMERO DA CARTEIRA NÃO PODE SER DIGITADO.

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

- DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
DADOS DO MÉDICO QUE ENCAMINHOU.
PESQUISAR PROFISSIONAL SOLICITANTE OU PREENCHER TODOS OS CAMPOS:

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**



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.

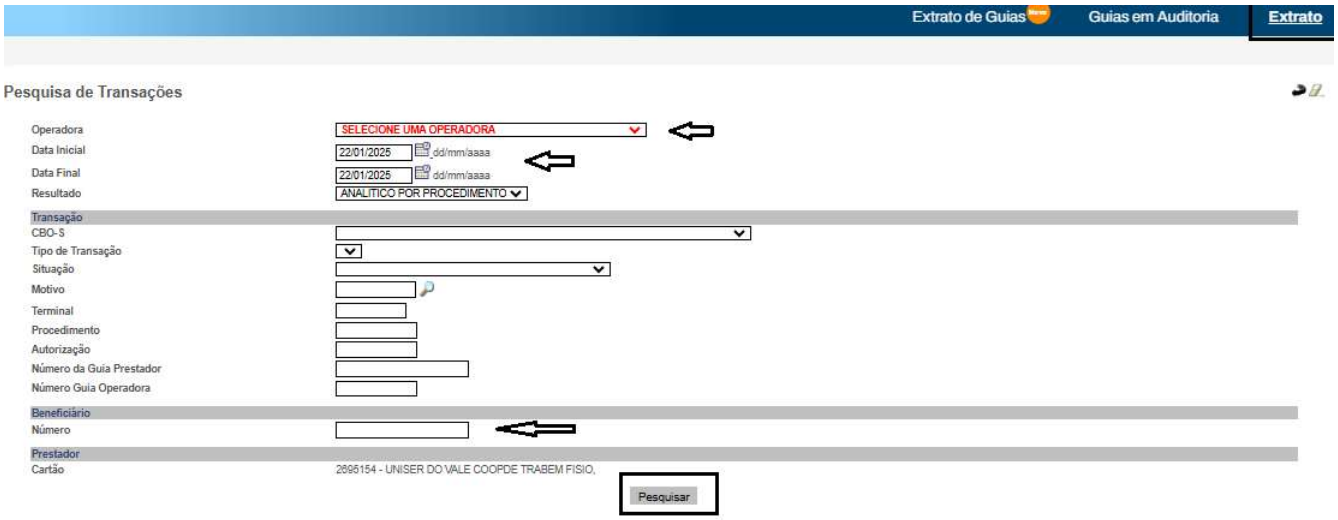
CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

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

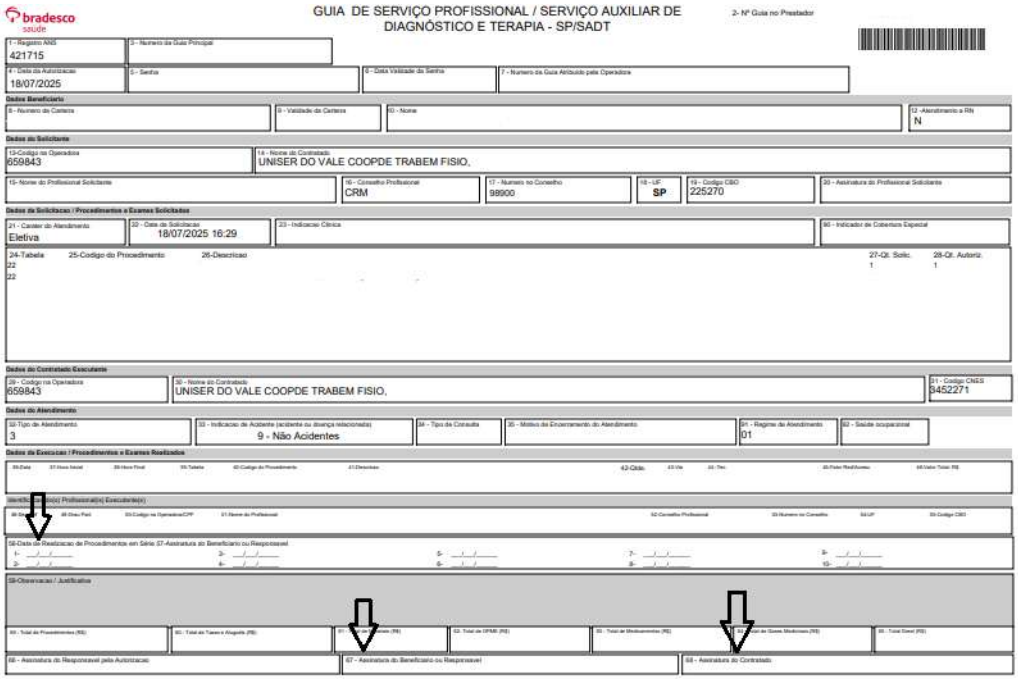
- NA PARTE SUPERIOR DO PORTAL ORIZON CLICAR NA OPÇÃO **EXTRATO**, NO CANTO DIREITO DA TELA;
- SELECIONAR A OPERADORA, **005711** OU **421715**, DE ACORDO COM A SENHA LIBERADA NA BRADESCO.
- DIGITAR A DATA QUE FOI FEITA A EXECUÇÃO.
- DIGITAR A CARTEIRINHA EM BENEFICIÁRIO.
- CLICAR EM PESQUISAR.



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.

PREENCHIMENTO DA GUIA ORIZON (BRADESCO)



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.

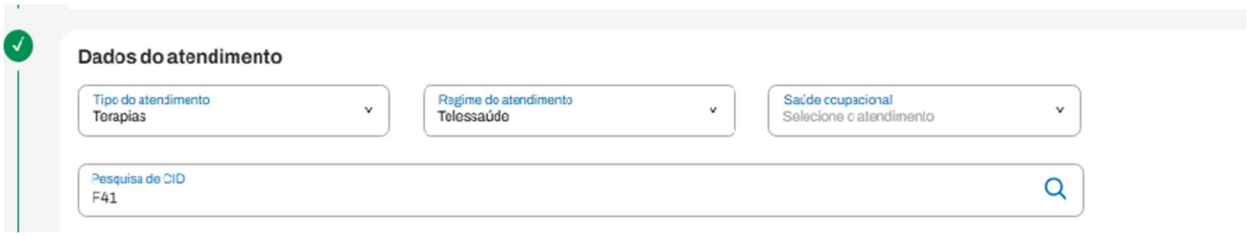
- SITE BRADESCO:

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

- SITE ORIZON

- **DADOS DO ATENDIMENTO**

-TIPO DE ATENDIMENTO: TERAPIAS
- REGIME DE ATENDIMENTO: TELESSAÚDE
- PESQUISA DE CID: CID NO PEDIDO MÉDICO



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

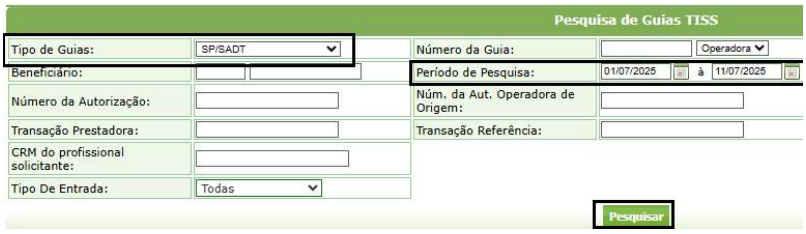
CAMPO 30 - APARECERÁ NOME UNISER DO VALE
CAMPO 32 - OUTRAS TERAPIAS
CAMPO 33 – NÃO ACIDENTES

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.

- 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 RESPONSAVEL 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**:**

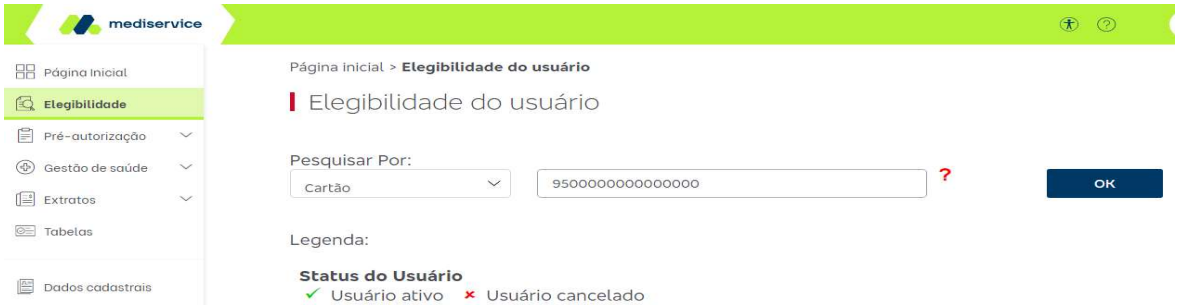
www.mediservice.com.br

Login: UNISER

Senha: DISPONÍVEL EM COMUNICADOS GERAIS (mudança mensal).

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

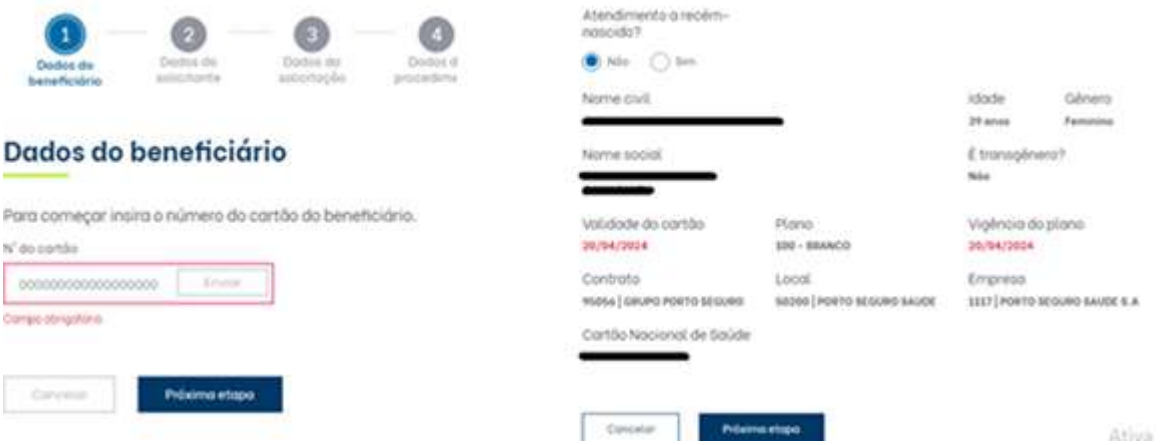
- NECESSÁRIO VERIFICAR A ELEGIBILIDADE DE TODOS OS BENEFICIÁRIOS SE ESTÁ ATIVO OU INATIVO.



PASSO A PASSO DA AUTORIZAÇÃO

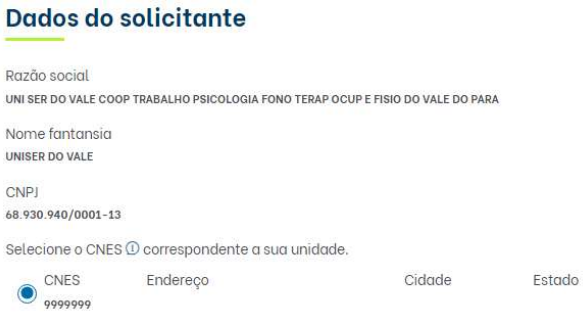
- CLICAR EM PRÉ-AUTORIZAÇÃO:
- NOVA AUTORIZAÇÃO.
- INCLUIR

- **<u>DADOS DO BENEFICIÁRIO</u>**
- 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**.



- **<u>DADOS DO SOLICITANTE</u>**

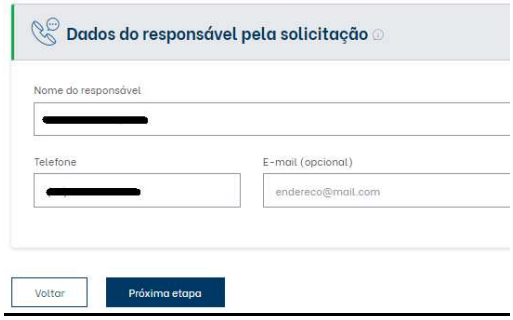
  DADOS DO SOLICITANTE **- PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO.**



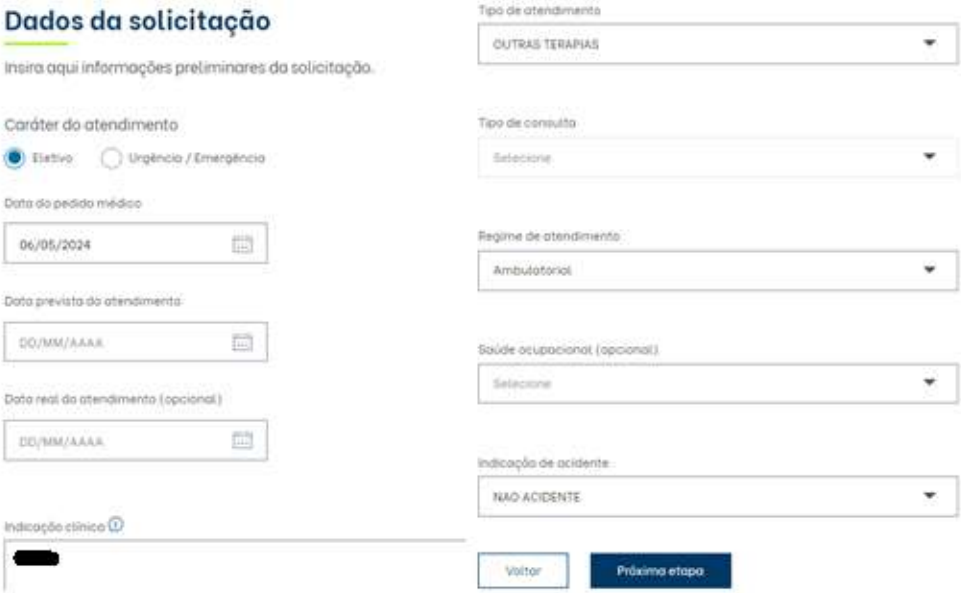
- **DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE** – MÉDICO QUE ENCAMINHOU.
- SELECIONAR O CONSELHO E ESTADO. PREENCHER NÚMERO DO CONSELHO E CLICAR EM INSERIR. NOME DO PROFISSIONAL PREENCHE AUTOMATIAMENTE.

  CBO'S DIGITAR O NÚMERO DO CBOS E PESQUISAR.

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

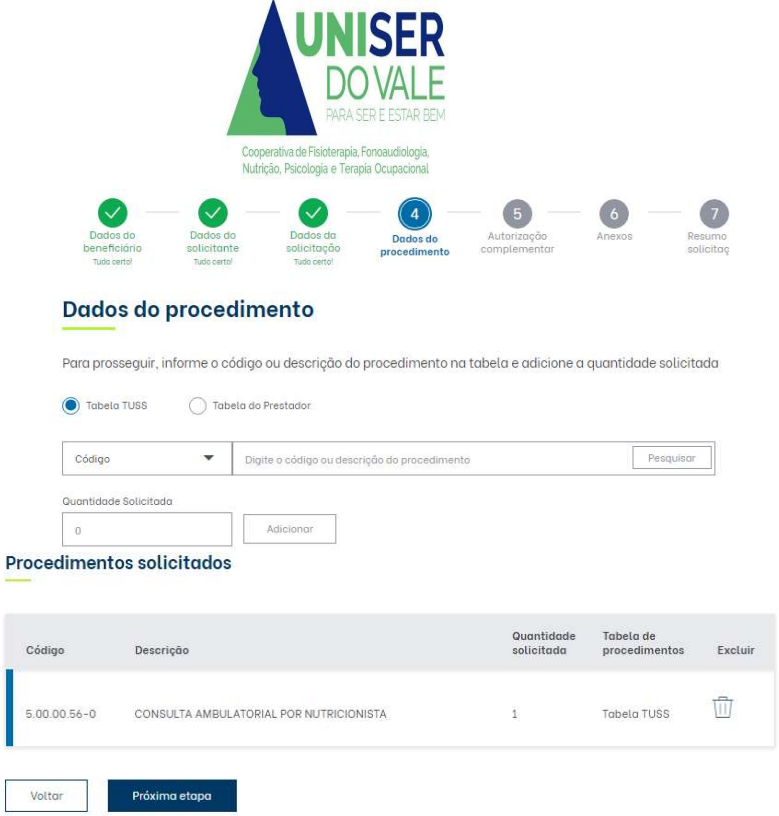


- **DADOS DA SOLICITAÇÃO.**
- CARÁTER DE ATENDIMENTO – ELETIVO
- DATA DO PEDIDO MÉDICO – CONFORME DATADO PELO MÉDICO
- DATA PREVISTA DE ATENDIMENTO – DATA PREVISTA PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO
- INDICAÇÃO CLÍNICA – CID E DESCRIÇÃO
- TIPO DE ATENDIMENTO – OUTRAS TERAPIAS
- REGIME DE ATENDIMENTO - AMBULATORIAL
- INDICAÇÃO DE ACIDENTE – NÃO ACIDENTE



- **DADOS DO PROCEDIMENTO.**

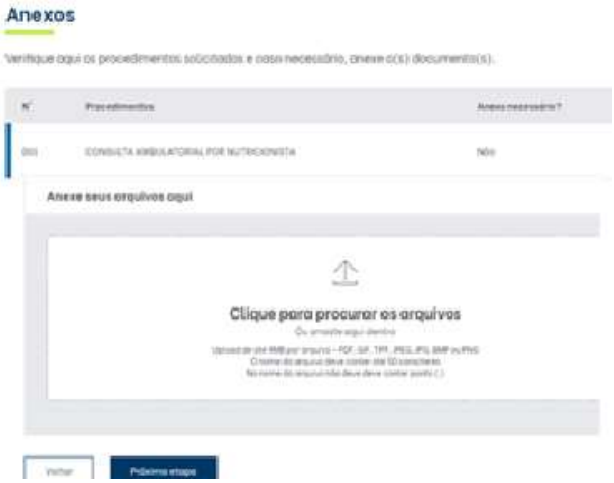
SELECIONAR TABELA TUSS E CÓDIGO. DIGITAR O CÓDIGO DO PROCEDIMENTO E CLICAR EM PESQUISAR. COLOCAR A QUANTIDADE QUE DESEJA AUTORIZAR. ADICIONAR. **CLICAR EM PRÓXIMA ETAPA**.



CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

- **<u>AUTORIZAÇÃO COMPLEMENTAR</u>.**
  NÃO PRECISA SELECIONAR NENHUM CAMPO. CLICAR EM **PRÓXIMA ETAPA**.

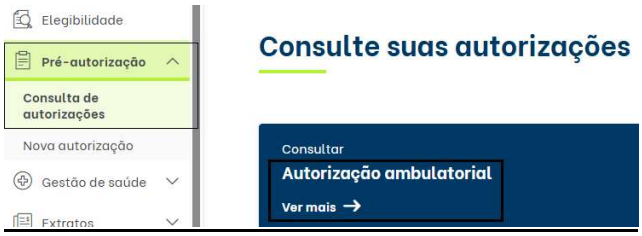
- **<u>ANEXOS:</u>** CASO NECESSÁRIO ANEXAR ALGUM DOCUMENTO. CLICAR EM PRÓXIMA ETAPA.



- **<u>RESUMO DA SOLICITAÇÃO.</u>**
  OBESERVAR SE TODAS AS OPÇÕES ESTÃO TICADAS E NA COR VERDE, CASO PRECISE EDITAR, 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.

- 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.
- **<u>GUIA COM PENDÊNCIA:</u>** ENCONTRAR A GUIA QUE DESEJA NA BUSCA, CLICAR EM **LOG**, VAI APARECER O MOTIVO, SE FOR NECESSÁRIO REFAÇA A SOLICITAÇÃO.

- EXEMPLO DE MOTIVO ABAIXO:

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

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.

- 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

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

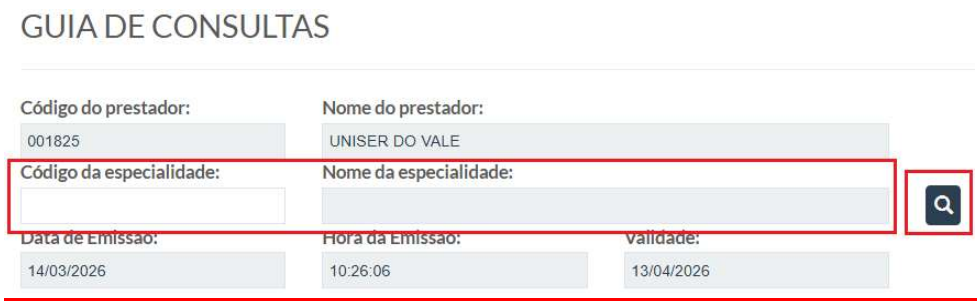
ELEGIBILIDADE

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

SOLICITAÇÃO DE CONSULTA/AVALIAÇÃO

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

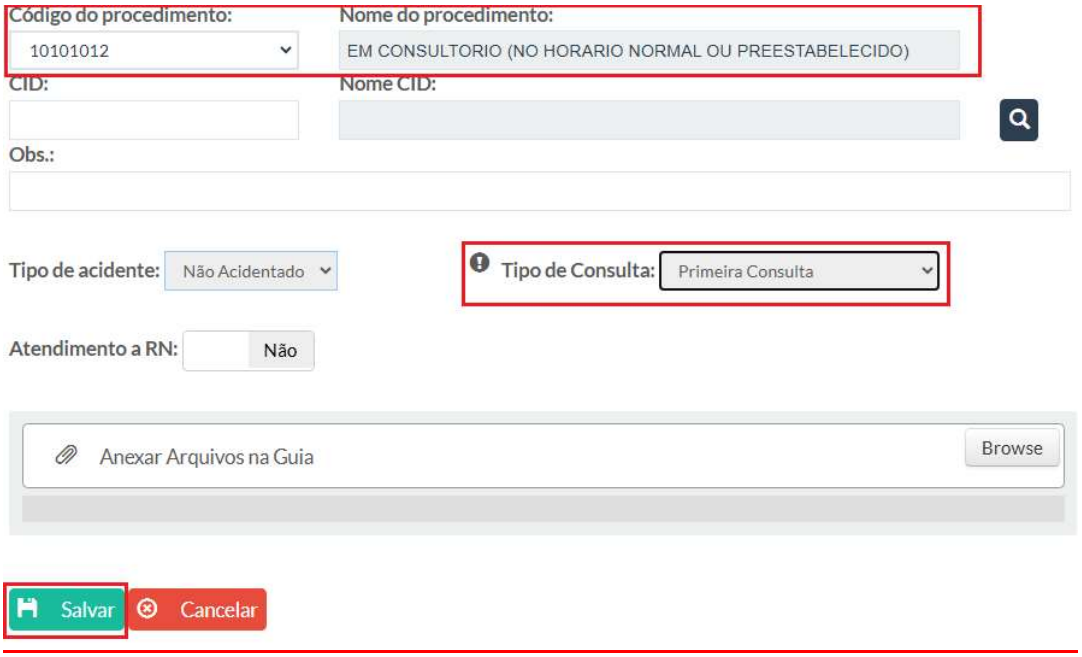
- O NOME E O CÓDIGO DO PRESTADOR SÃO CARREGADOS AUTOMATICAMENTE.
- CLICAR NA LUPA PARA SELECIONAR A ESPECIALIDADE DESEJADA: **NUTRIÇÃO**, DANDO DUPLO CLIQUE.



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

- **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.

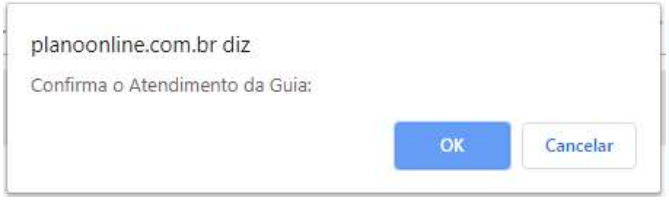


- **ASSIM QUE CLICAR EM SALVAR, VAI GERAR A GUIA LIBERADA.** APÓS ESSE PROCESSO, EFETUAR A CONFIRMAÇÃO DA GUIA DE CONSULTA NO PORTAL.

CONFIRMAÇÃO DE ATENDIMENTO CONSULTA/SESSÃO

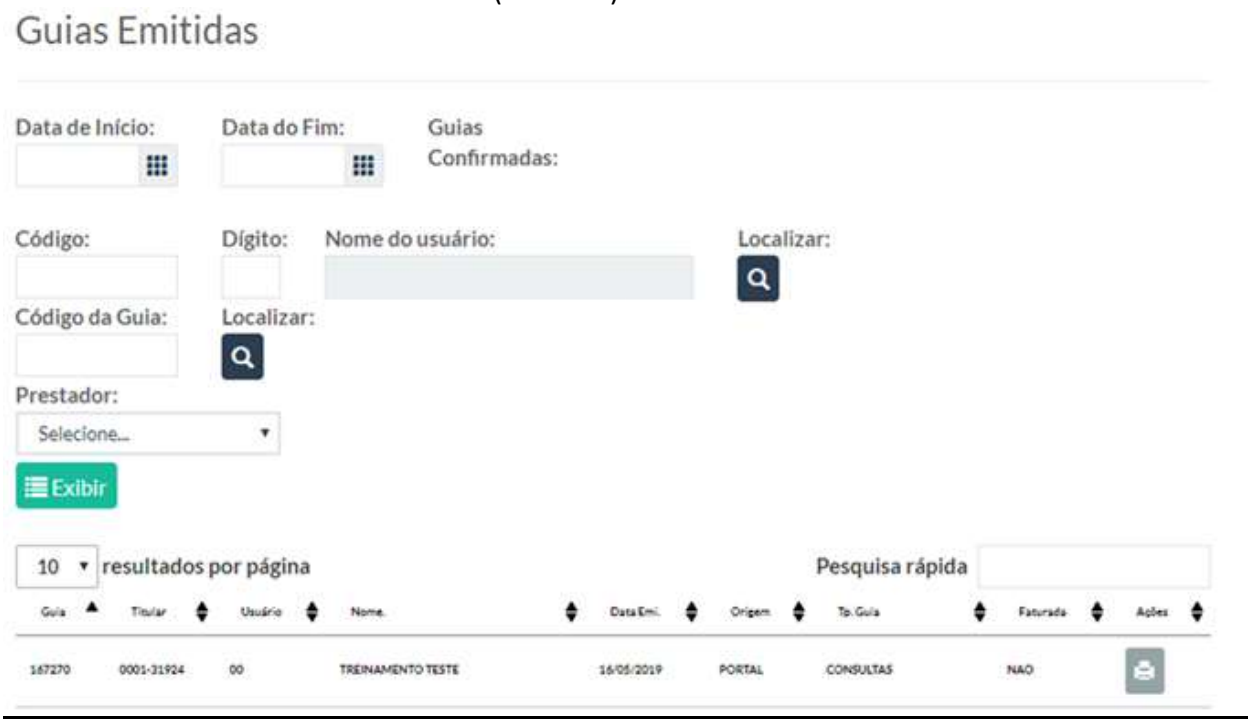
- NO CANTO DIREITO DA GUIA É INFORMADO O NÚMERO DA GUIA LIBERADA.
- REALIZAR A CONFIRMAÇÃO NO MÁXIMO ATÉ 3 DIAS APÓS A LIBERAÇÃO DA GUIA.
- NO PORTAL CLICAR EM **CONFIRMAR ATENDIMENTO**, INFORMANDO O NÚMERO DA GUIA E DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO.

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



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.



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 INFOMAÇÃO QUE VAI APARECER E ENTRAR EM CONTATO COM O TELEFONE INFOMADO 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

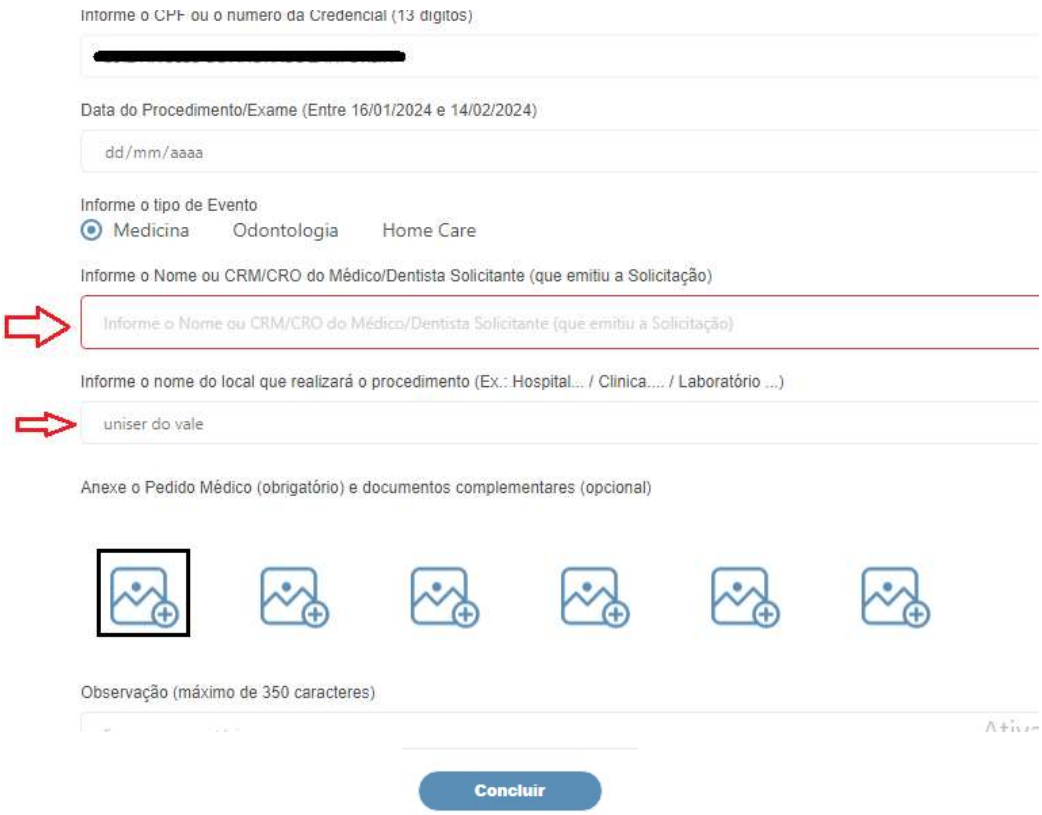
SEGUIR O PROCEDIMENTO ABAIXO

- 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.



- 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.

PEDIDO MÉDICO VALIDADE DE 6 MESES. PRECISA TER A INDICAÇÃO CLÍNICA/CID E DATA.

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.

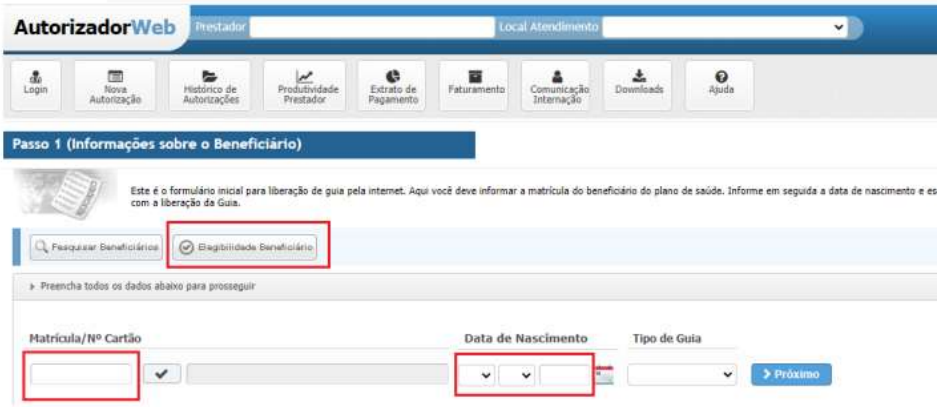
ENTRE NO SITE: https://santacasasaudesjc.dev.br/mvautorizadorguias/?expired=1

LOGIN: 313 SENHA: 689309

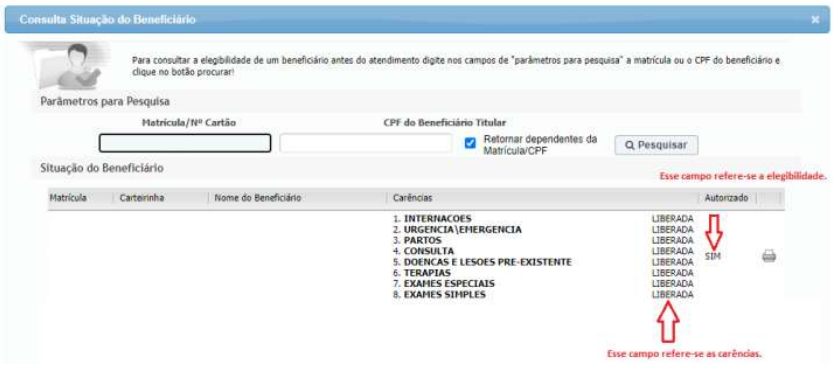
LOCAL: SEU ENDEREÇO DE ATENDIMENTO OU ENDEREÇO UNISER – DOUTOR NELSON DAVILA 389

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

- CLICAR EM **ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO**.
- PREEENCHER NÚMERO DA CARTEIRINHA E DATA DE NASCIMENTO.



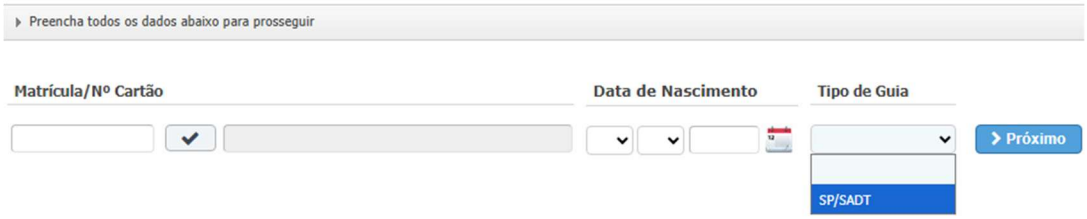
- CASO A ELEGIBILIDADE APRESENTE COMO **NÃO** O PRESTADOR **NÃO PODERÁ REALIZAR O ATENDIMENTO**.



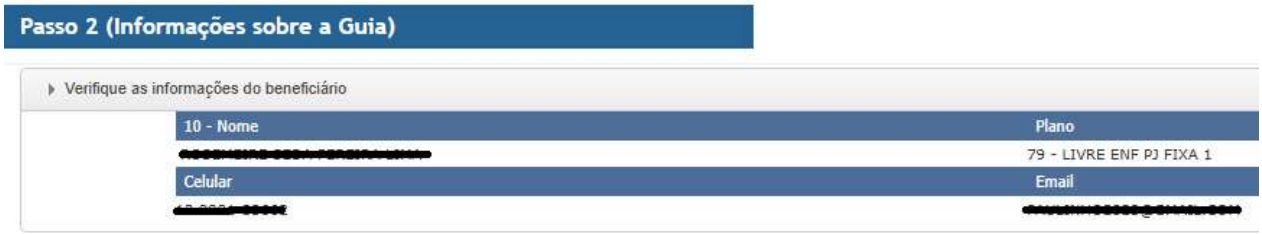
AUTORIZAÇÃO SADT

PREENCHER SOMENTE OS CAMPOS COM (*)

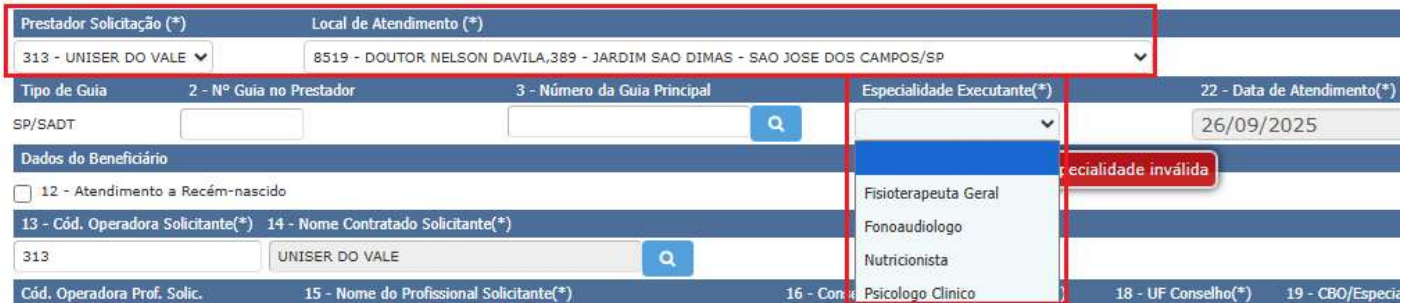
- CLICAR EM NOVA AUTORIZAÇÃO OU NA TELA INICIAL, PREENCHER COM A MATRÍCULA E DATA DE NASCIMENTO.
- SELECIONAR O TIPO DA GUIA: **SP/SADT**.
- CLICAR EM PRÓXIMO.



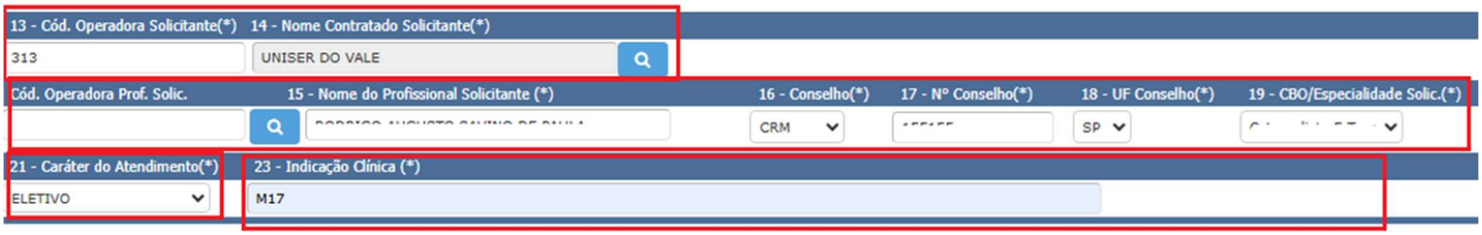
- PREENCHIMENTO GUIA DE SP/SADT:
- AS INFORMAÇÕES SERÃO PREENCHIDAS AUTOMATICAMENTE COM OS DADOS DO BENEFICIÁRIO.



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



- **CAMPOS 13** E **14** CÓDIGO DA OPERADORA E NOME SERÁ PREENCHIDO AUTOMATICAMENTE.
- **CAMPOS 15, 16,17, 18 E 19.** CONSULTAR O PROFISSIONAL SOLICITANTE POR MEIO DO CRM OU CRN. EM CASO DE PRESTADORES NÃO CREDENCIADOS NA OPERADORA EFETUAR O CADASTRAMENTO COMPLETO, CONSELHO, NÚMERO DO CONSELHO, UF, CBO E NOME COMPLETO.
- **CAMPO 21.** CARÁTER DE ATENDIMENTO: ELETIVO
- **CAMPO 23.** INDICAÇÃO CLÍNICA. DE ACORDO COM PEDIDO MÉDICO.



- **CAMPO 32.** TIPO DE ATENDIMENTO TISS: TERAPIAS
- **CAMPO 33.** INDICAÇÃO DE ACIDENTE: NÃO ACIDENTE
- **CAMPO 34.** TIPO CONSULTA: PARA A PRIMEIRA LIBERAÇÃO, SELECIONAR **PRIMEIRA CONSULTA**, PARA CONTINUIDADE, ESCOLHER A OPÇÃO DE **ENCAMINHAMENTO**.
- **CID – PRINCIPAL:** CID DE ACORDO COM PEDIDO MÉDICO. NÃO PREENCHER COM O PONTO, ESPERAR PUXAR A DESCRIÇÃO, CONFORME IMAGEM ABAIXO.
- **CAMPO 28.** REGIME ATENDIMENTO: AMBULATORIAL

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

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.

- A GUIA FICARÁ DISPONÍVEL NO CAMPO "**HISTÓRICO DE AUTORIZAÇÕES**".

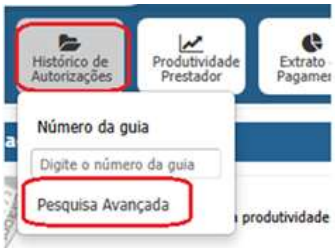
- **REFORÇANDO QUE A GUIA TEM VALIDADE DE 30 A 45 DIAS (OS ATENDIMENTOS DEVEM SER REALIZADOS DENTRO DO PERÍODO DE VALIDADE DA GUIA). A ENTREGA DEVE OCORRER DENTRO DO PRAZO ESTIPULADO NO CALENDÁRIO DE ENTREGA DA UNISER DO VALE, ATENTE-SE.**

- A **CONTINUIDADE** DO TRATAMENTO, DEPENDERÁ DA APRESENTAÇÃO DE PEDIDO ELABORADO PELO PROFISSIONAL COOPERADO NAS PRÓXIMAS AUTORIZAÇÕES NO PORTAL, CONTENDO A INFORMAÇÃO DO CID E DATA. ESSE PEDIDO 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 MÉDICO, PEDIDO/COOPERADO, OBRIGATORIAMENTE DEVERÁ SER ENTREGUE À UNISER COM A ASSINATURA E CARIMBO DO COOPERADO**

HISTÓRICO DE AUTORIZAÇÕES

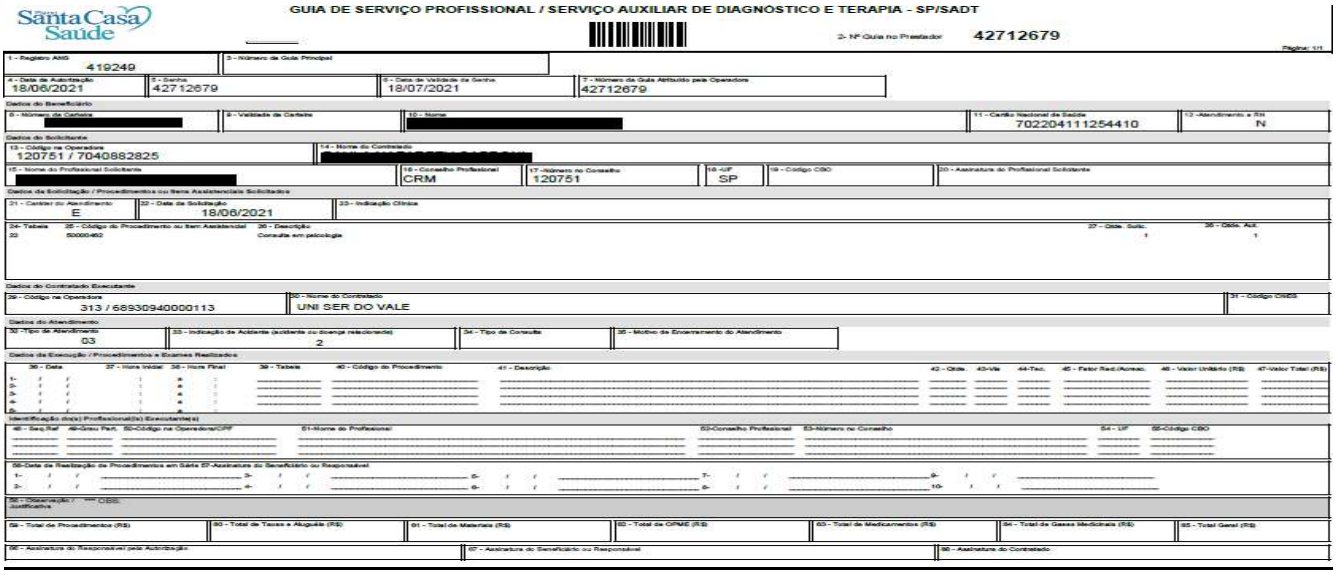
- PARA BUSCAR UMA GUIA LIBERADA, NO MENU SUPERIOR CLICAR EM HISTÓRICO. PARA UMA BUSCA MAIS AVANÇADA CLICAR EM PESQUISA AVANÇADA.



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

2- Nº Guia no Prestador 42712679

1 - Registro ANS: 419249
3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização: 18/06/2021
5 - Senha: 42712679
6 - Data de Validade da Senha: 18/07/2021
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 42712679

Dados do Beneficiário
8 - Número do Cartão: [redacted]
9 - Validade do Cartão
10 - Nome: [redacted]
11 - Cartão Nacional de Saúde: 702204111254410
12 - Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora: 120751 / 7040882825
14 - Nome do Contratado: [redacted]
15 - Nome do Profissional Solicitante: [redacted]
16 - Conselho Profissional: CRM
17 - Número no Conselho: 120751
18 - UF: SP
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
21 - Caráter do Atendimento: E
22 - Data da Solicitação: 18/06/2021
23 - Indicação Clínica

24- Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	50000462	Consulta em psicologia	1	1

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora: 313 / 68930940000113
30 - Nome do Contratado: UNI SER DO VALE
31 - Código CNES

Dados do Atendimento
32 -Tipo de Atendimento: 03
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada): 2
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43-Vie	44-Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47-Valor Total (R$)
1- / /	:	:									
2- / /	:	:									
3- / /	:	:									
4- / /	:	:									
5- / /	:	:									

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54 - UF	55-Código CBO

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- / / 3- / / 5- / / 7- / / 9- / / 11- / / 13- / / 15- / / 17- / / 19- / / 21- / /
2- / / 4- / / 6- / / 8- / / 10- / / 12- / / 14- / / 16- / / 18- / / 20- / / 22- / /

58 - Observação / Justificativa: *** OBS:

59 - Total de Procedimentos (R$)
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)
61 - Total de Materiais (R$)
62 - Total de OPME (R$)
63 - Total de Medicamentos (R$)
64 - Total de Gases Medicinais (R$)
65 - Total Geral (R$)

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

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

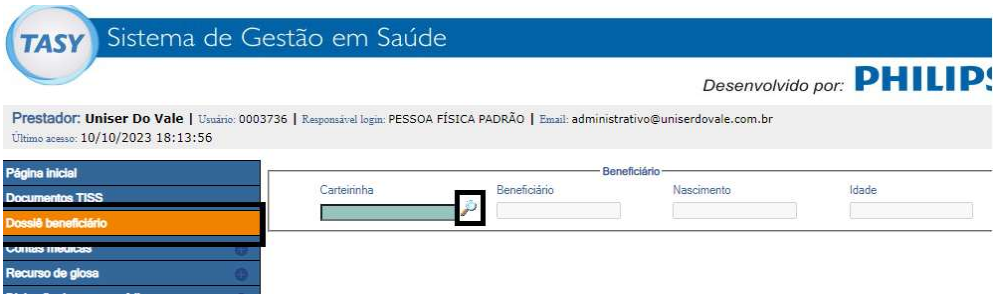
- CLICAR EM ACESSO AO PORTAL

- **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:

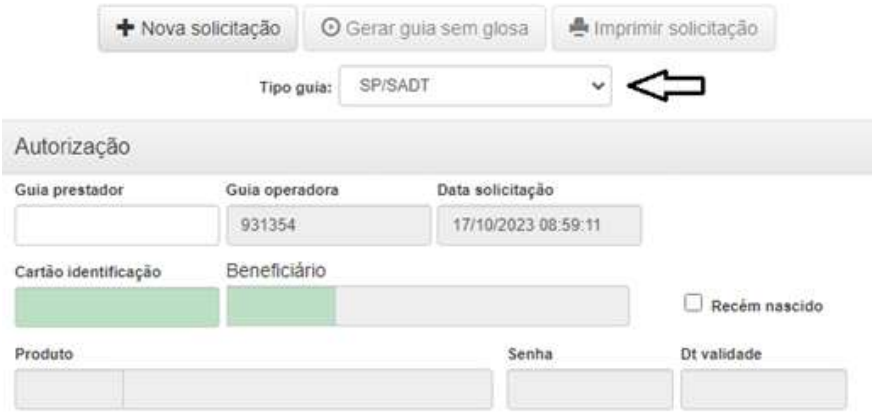
- NÚMERO DA CARTEIRINHA;
- CPF (CLICAR NA LUPA)
- NOME, SOBRENOME E DATA DE NASCIMENTO (CLICAR NA LUPA). CLICAR EM LOCALIZAR.



AUTORIZAÇÃO

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

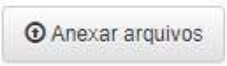
- TODOS OS CAMPOS EM VERDE SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO;
- COMEÇAR EM CARTÃO IDENTIFICAÇÃO E APERTAR TAB OU CLICAR EM OUTRA CAIXA. (VÁRIOS CAMPOS VÃO PREENCHER AUTOMATICAMENTE)



- 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.

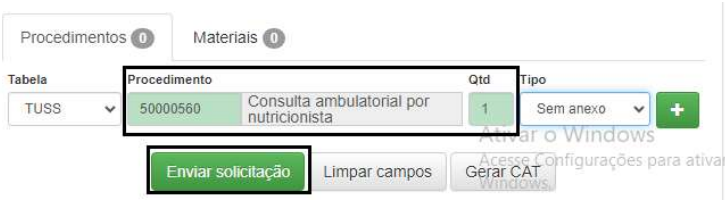
- CLICAR EM ANEXAR ARQUIVOS. IRÁ ABRIR UMA CAIXA PARA ANEXAR: (OBRIGATÓRIO ANEXAR PEDIDO MÉDICO ASSINADO, CARIMBADO, DATADO, CID/DIAGNÓSTICO, DADOS DO BENEFICIÁRIO).



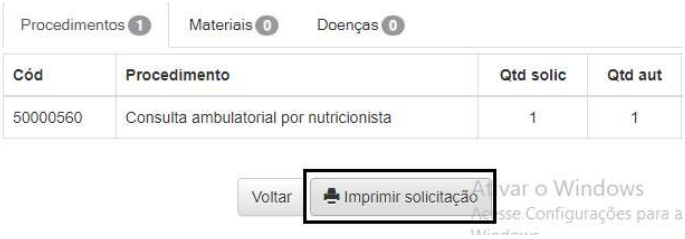
- EM PROCEDIMENTOS COLOCAR O CÓDIGO A SER LIBERADO E APERTAR TAB.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

- QTD: COLOCAR A QUANTIDADE A SER LIBERADA.
- CLICAR NO BOTÃO **+** PARA INSERIR O PROCEDIMENTO NA AUTORIZAÇÃO.



- 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**.

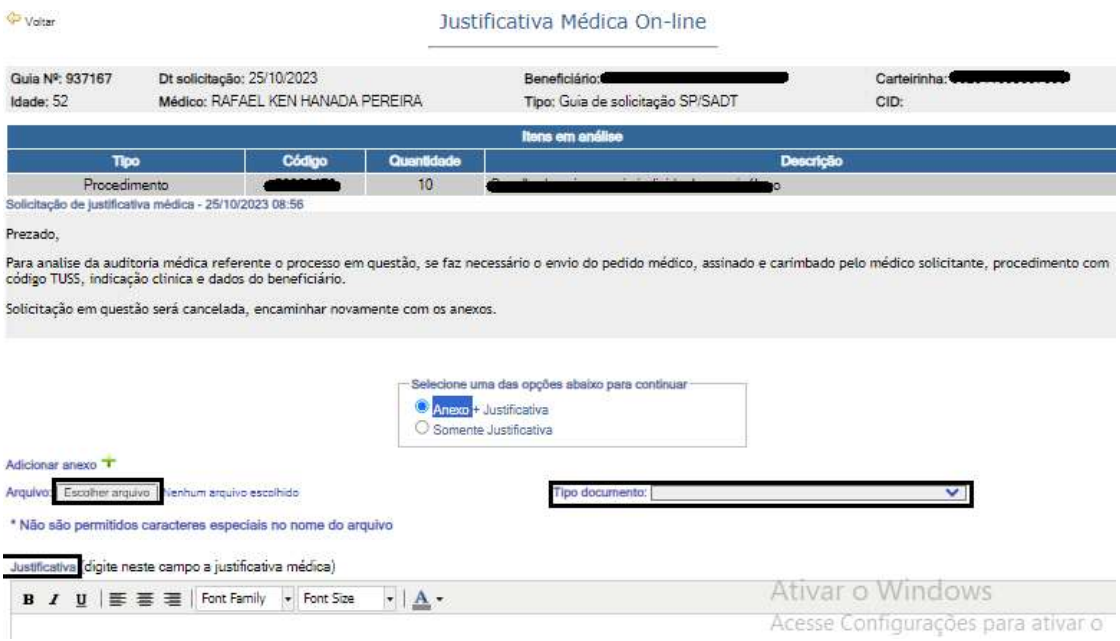


GUIA EM ANÁLISE.

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

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

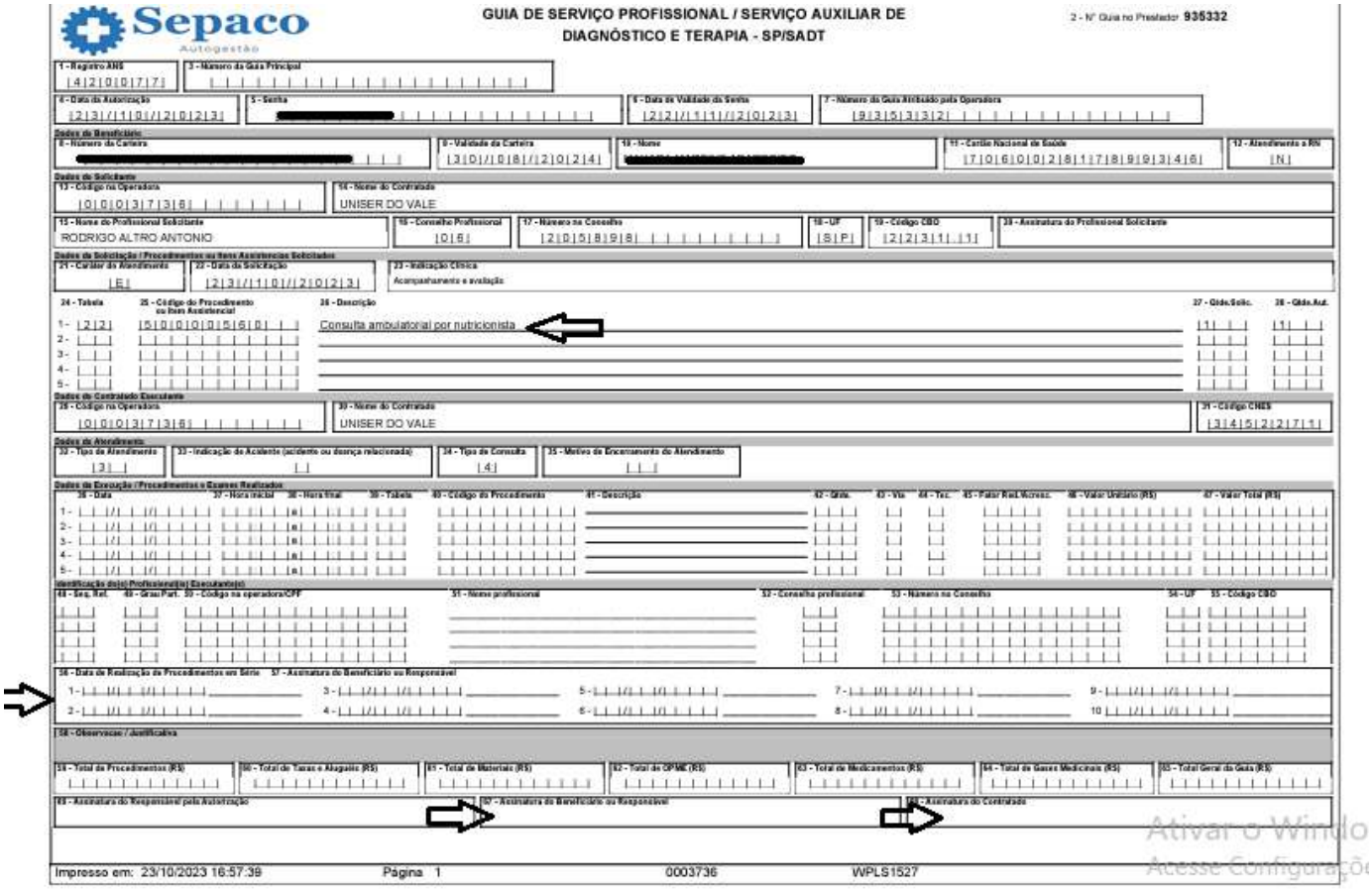
- AO ABRIR A TELA DA **JUSTIFICATIVA ON-LINE**, IRÁ INFORMAR O MOTIVO DA PENDÊNCIA DA GUIA. CASO PRECISE ANEXAR O PEDIDO MÉDICO, SELECIONAR A OPÇÃO **ANEXO+JUSTIFICATIVA**, INCLUIR O ANEXO DO PEDIDO EM **ESCOLHER ARQUIVO**. NO **TIPO DE DOCUMENTO** ESCOLHER A OPÇÃO **PEDIDO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE.**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



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

MODELO GUIA AUTORIZADA


Sepaco Autogestão

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

2 - Nº Guia no Prestador 935332

1 - Registro ANS: 4 2 0 0 7 7

3 - Número da Guia Principal

6 - Data da Autorização: 23/10/2023

5 - Senha: [redacted]

8 - Data de Validade da Senha: 22/11/2023

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 9 3 5 3 3 2

Dados do Beneficiário

9 - Número da Carteira: [redacted]

10 - Validade da Carteira: 30/08/2024

19 - Nome: [redacted]

11 - Cartão Nacional de Saúde: 7 0 6 0 0 2 8 1 1 7 8 9 9 3 4 6

12 - Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora: 0 0 0 3 7 3 6

14 - Nome do Contratado: UNISER DO VALE

15 - Nome do Profissional Solicitante: RODRIGO ALTRO ANTONIO

16 - Conselho Profissional: 0 6

17 - Número no Conselho: 2 0 5 8 9 8

18 - UF: S P

19 - Código CBO: 2 2 3 1 1 1

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: E

22 - Data da Solicitação: 23/11/2023

23 - Indicação Clínica: Acompanhamento e avaliação

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1- 2 2	5 0 0 0 0 5 6 0	Consulta ambulatorial por nutricionista	1	1
2-				
3-				
4-				
5-				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora: 0 0 0 3 7 3 6

30 - Nome do Contratado: UNISER DO VALE

31 - Código CNES: 3 4 5 2 2 7 1

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento: 3

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada):

34 - Tipo de Consulta: 4

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento:

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome profissional	52 - Conselho profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

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

1- 23/11/2023 3- 23/11/2023 5- 23/11/2023 7- 23/11/2023 9- 23/11/2023

2- 23/11/2023 4- 23/11/2023 6- 23/11/2023 8- 23/11/2023 10 23/11/2023

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$) | 61 - Total de Materiais (R$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral da Guia (R$)

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

Impresso em: 23/10/2023 16:57:39 Página 1 0003736 WPLS1527

Ativar o Windo
Acesse Configuraçõ

PARA FATURAMENTO É OBRIGATÓRIO

- IMPRESSÃO DA GUIA SADT DE AUTORIZAÇÃO COM SENHA EMITIDA DIRETAMENTE PELA OPERADORA SEPACO, 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.

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**

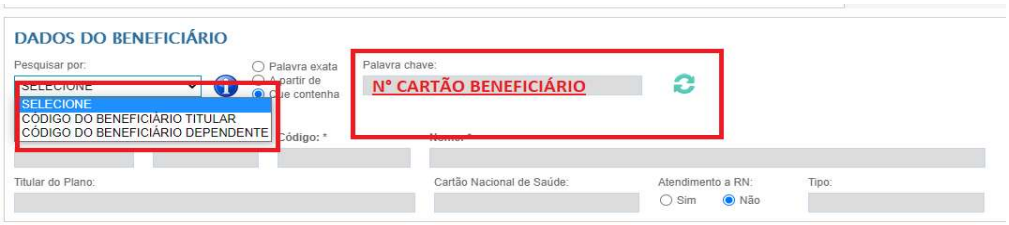
- CLICAR NO **ACESSAR WEB GUIAS**

USUÁRIO: UNISER1863 **SENHA: uniser1863**

- 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.

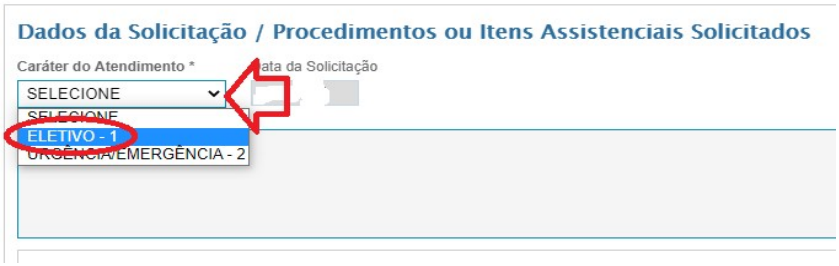
- EM ***DADOS DO BENEFICIÁRIO*** SELECIONAR SE É TITULAR OU DEPENDENDE INFORMAR O NÚMERO DA CARTEIRINHA E APÓS O PREENCHIMENTO CLICAR EM , PARA REALIZAR O PROCESSO DE BUSCA. APÓS A BUSCA DE DADOS DO BENEFICIÁRIO SERÁ PREENCHIDO APENAS O CAMPO PARA INCLUIR O CÓDIGO DO PROCEDIMENTO.



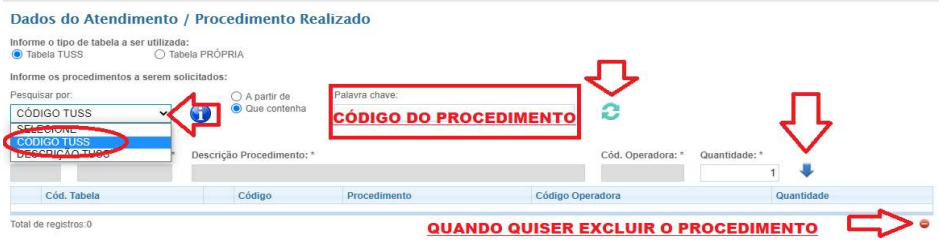
- NESTA OPERADORA O LIMITE DE CONSULTA É DE 2 CONSULTAS MENSAIS. É OBRIGATÓRIA A AUTORIZAÇÃO DE APENAS UMA SESSÃO POR SEMANA/GUIA. SENDO ASSIM UMA GUIA POR SESSÃO. (QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM A UNISER DO VALE).
- O PEDIDO MÉDICO DATADO TEM VALIDADE DE 60 DIAS.

- ***DADOS DO SOLICITANTE***. COLOCAR **AUTO REFERENCIADO** QUE IRÁ PREENCHER OS DADOS DA UNISER AUTOMÁTICAMENTE.

- DADOS DA SOLICITAÇÃO SELECIONAR SEMPRE **ELETIVO**



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



SELECIONE A **ESPECIALIDADE** EM SEGUIDA CLIQUE **CONFIRMAR.**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

- 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.

MODELO GUIA SADT

Total MedCare

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

[redacted]

1 - Registro ANS: 318477
3 -Numero da Guia Principal:
4 - Data da autorização: 12/01/2023
5 - Senha: [redacted]
6 - Data de Validade da Senha: 13/03/2023
7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora: 2454999

Dados do Beneficiario
8 - Numero da Carteira: [redacted]
9 - Validade da Carteira: / /
10 - Nome: [redacted]
11 - Cartao Nacional de Saude: 700002743806405
12 -Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante
13 - Codigo na Operadora: 1863
14 - Nome do Contratado: UNI SER DO VALE COOP TRAB PSICO FONO TO FISIOT VP LN
15 - Nome do Profissional Solicitante: UNI SER DO VALE COOP TRAB PSICO FONO TO FISIOT VP LN
16-Conselho Profissional: 06
17 - Numero no Conselho: 99999
18 – UF: SP
19 - Codigo CBO: 223710
20 - Assinatura Solicitante:

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21-Carater do Atendimento: 1
22 - Data da Solicitaçao: 12/01/2023
23 - Indicaçao Clinica:

24-Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26-Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
1- 22	50000560	Consulta ambulatorial por nutricionista	1	1
2-				
3-				
4-				
5-				

Dados do Contratado Executante
29 - Codigo na Operadora: 1863
30 - Nome do Contratado: UNI SER DO VALE COOP TRAB PSICO FONO TO FISIOT VP LN
31 - Codigo CNES: 3452271

Dados do Atendimento
32-Tipo de Atendimento: 02
33 - Indicaçao de Acidente (acidente ou doença relacionada):
34 - Tipo de Consulta:
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento:

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Tec.	45-Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R$)	47-Valor Total (R$)
1- / /	:	a :							,	,	,
2- / /	:	a :							,	,	,
3- / /	:	a :							,	,	,
4- / /	:	a :							,	,	,
5- / /	:	a :							,	,	,

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO

56-Data de Realizaçao de Procedimentos em Serie
57-Assinatura do Beneficiario ou Responsavel
1- / / 3- / / 5- / / 7- / / 9- / /
2- / / 4- / / 6- / / 8- / / 10- / /

58-Observação / Justificativa
STATUS Autorizado. Endereço: DOUTOR NELSON D AVILA(AV) 389, SAO JOSE DOS CAMPOS-SP. Fone: 12 39412176 Plano: 222 -MASTER PME PLUS II Prestador: Carteirinha Ext.: /

59 - Total de Procedimentos (R$): 0,00
60 - Total de Taxas e Alugueis (R$): 0,00
61 - Total de Materiais (R$): 0,00
62- Total de OPME (R$): 0,00
63 - Total de Medicamentos (R$): 0,00
64 - Total de Gases Medicinais (R$): 0,00
65 - Total Geral (R$): 0,00

66 - Assinatura do Responsavel pela Autorizaçao: FELIPEL
67 - Assinatura do Beneficiario ou Responsavel:
68 - Assinatura do Contratado:

Ativar o Windows
Acesse Configuração
Windows

UNIMED CAÇAPAVA - VALE NOVO PAULISTA

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

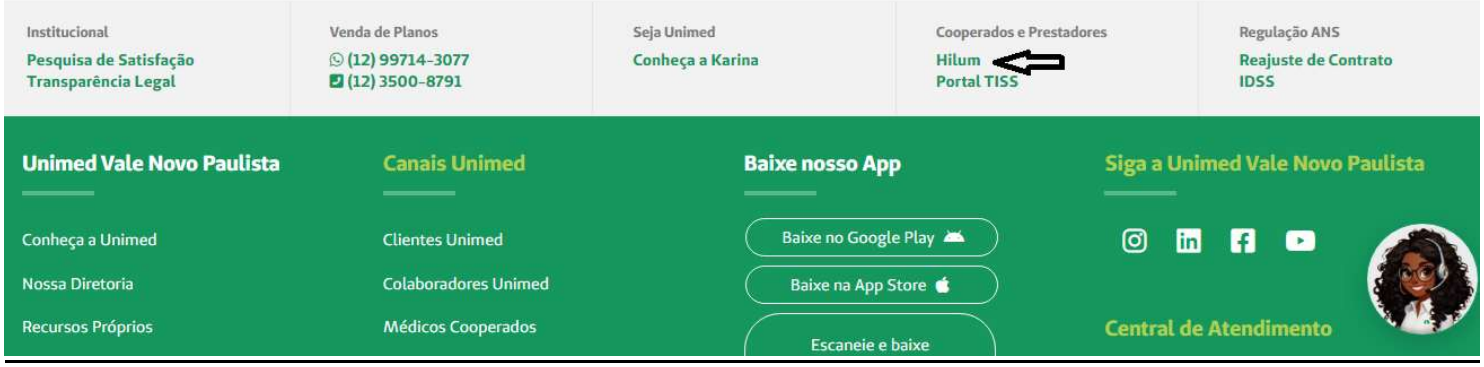
SEMPRE CONFIRMAR OS PLANOS LIBERADOS PARA ATENDIMENTO NO SITE UNISER DO VALE, EM: ÁREA DO COOPERADO / PLANOS E EMPRESAS PARCEIRAS

- 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: uniser@2026

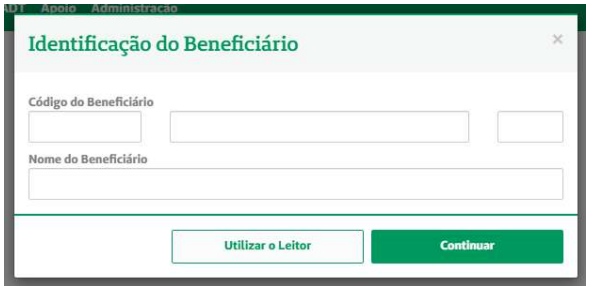


1º PASSO – SOLICITAÇÃO

❖ CLICAR **SADT, SOLICITAÇÃO.**

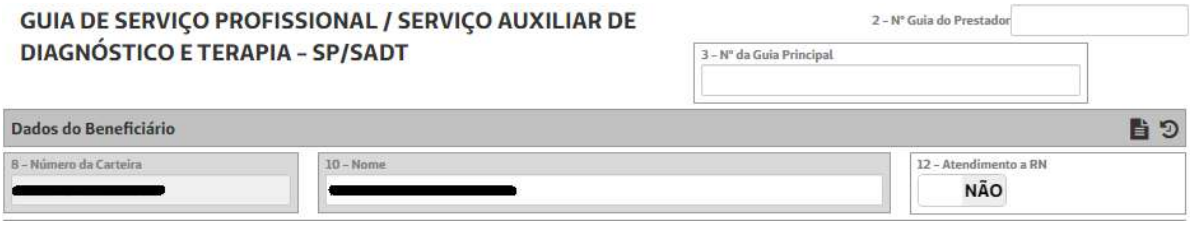
❖ PASSAR A CARTEIRINHA NA LEITORA OU INFORMAR MANUALMENTE.

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



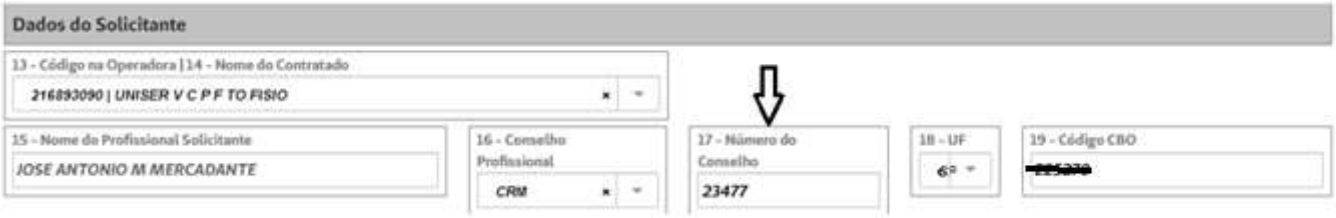
PREENCHER OS CAMPOS

❖ **DADOS DO BENEFICIÁRIO**
CAMPO 8 NÚMERO DA CARTEIRINHA
CAMPO 10 PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO
CAMPO 12 ATENDIMENTO RN: NÃO



❖ **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 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

PROCEDIMENTOS:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA

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

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

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

Execução: [redacted]	Data da Autorização: 17/06/2023	Validade: 16/08/2023
Beneficiário:	[redacted]	[redacted]
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?

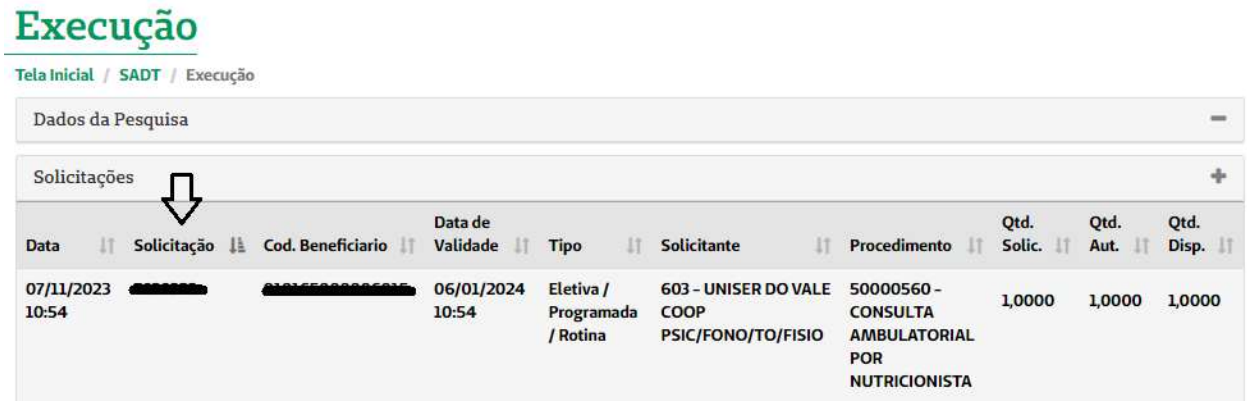
- LIGAR PARA UNIMED E PEDIR QUE OS ATENDENTES VERIFIQUEM O PORQUÊ DA NEGATIVA.
  CENTRAL DE ATENDIMENTO AO CLIENTE: TELEFONE: **(12) 3654-8600**

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**

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



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

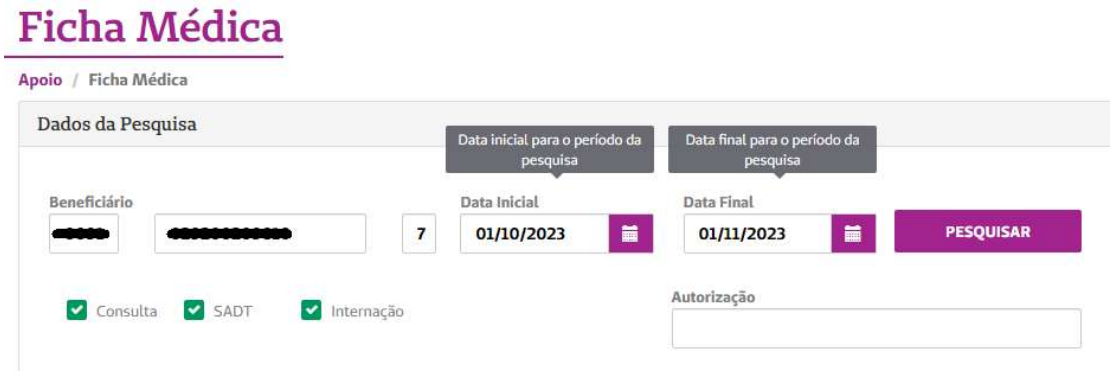
PREENCHER OS SEGUINTES CAMPOS

❖ **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**.

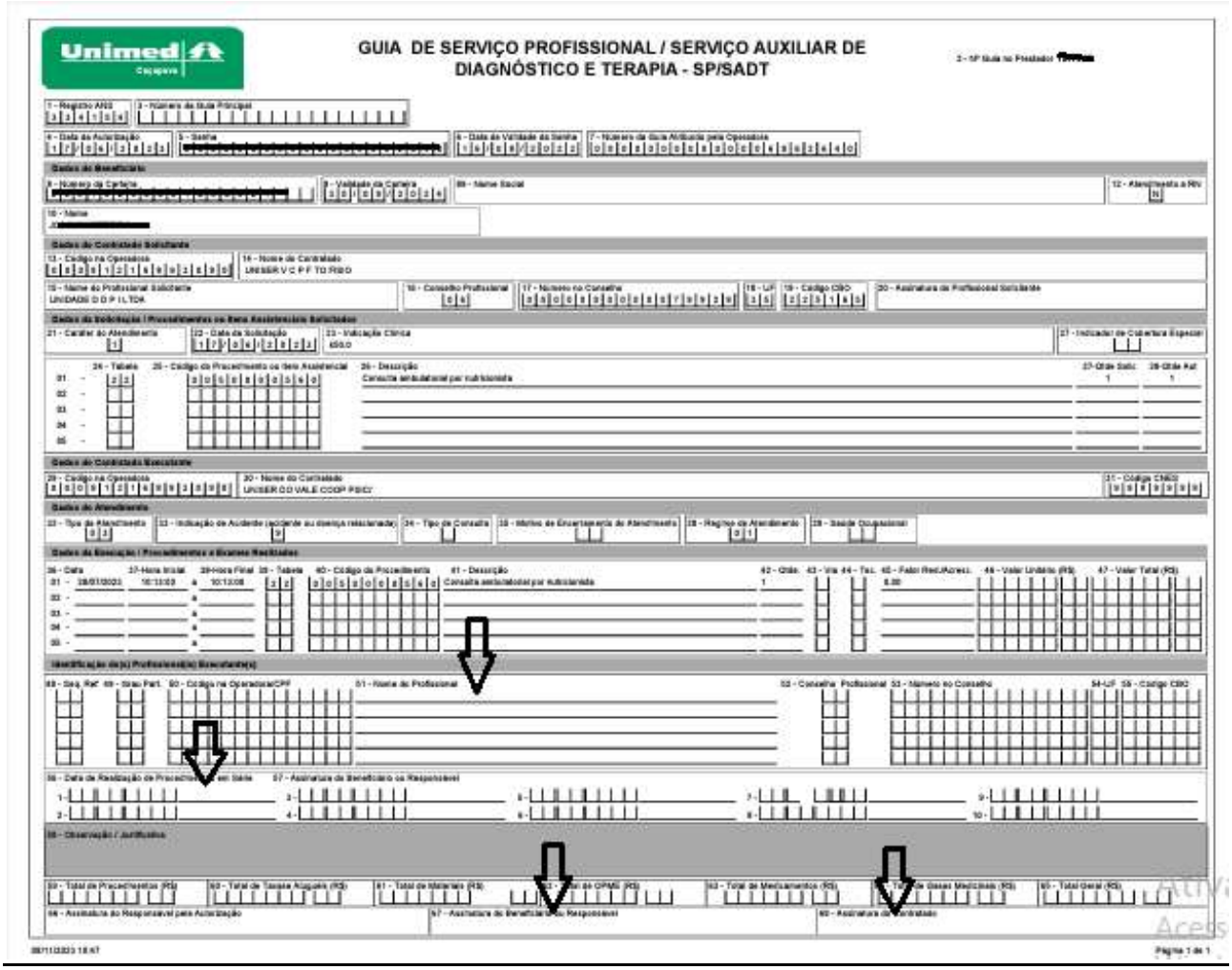


- SELECIONAR A EXECUÇÃO QUE DESEJA IMPRIMIR
- CLICAR NA **SETINHA** NO CANTO ESQUERDO PARA ABRIR AS DATAS EXECUTADAS. (OBSERVAR A QUANTIDADE DE SESSÕES LIBERADAS E A QUANTIDADE EXECUTADA).

- 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



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

PREENCHIMENTO DE GUIAS

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

MODELO GUIA UNISER FAMÍLIA

Sessão 01/01 **Guia N° 103/25**

UNISER FAMÍLIA PLANO A

São José dos Campos:
Usuários autorizados para atendimento:
Titular:
CPF:

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

Informações do local de atendimento:

Especialidade:( ) Fonoaudiologia ( ) Nutrição ( ) Psicologia

Usuário atendido: _____

___/___/___. _____
Assinatura paciente ou responsável

_____
Nome do cooperado e carimbo sob a assinatura do cooperado