

CÓDIGO - ANX 044

REVISÃO - Nº 00

ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES

RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO

TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS

## 1. DOCUMENTO VINCULADO

- PL 034 - Credenciamento de Prestadores e Manutenção da Rede Assistencial da Unimed Goiânia.

## 2. DETALHAMENTO

Ficam normatizados os seguintes serviços:

### 2.1. ANATOMIA PATOLÓGICA/CITOPATOLOGIA

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico pelo serviço deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Patologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

### 2.2. ARTROSCOPIA

- Exclusivamente para Pagamento da Taxa do Aparelho a uma Pessoa Jurídica ou Pessoa Física;
- No caso de Pessoa Física - autorizado somente para cooperado (a) cadastrado(a) na especialidade de Ortopedia e Traumatologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).
- Quando o aparelho pertencer ao prestador, o honorário será para o médico e a taxa para o prestador.

### 2.3. AUDIOMETRIA

- Autorizado para Pessoa Física;
- O(A) Responsável Técnico(a) pelo serviço deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Otorrinolaringologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

### 2.4. CAPSULECTOMIA YAG OU CIRÚRGICA

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Oftalmologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

### 2.5. CIRURGIA REFRACTIVA

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;

CÓDIGO - ANX 044

REVISÃO - Nº 00

ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES

RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO

TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS

- Procedimento pago por pacote;
- Não consta código na tabela LPM/96, apenas no Rol de Procedimentos.

## 2.6. COLONOSCOPIA

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) cadastrado em quaisquer uma das seguintes especialidades: Endoscopia, Coloproctologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia, e Endoscopia Digestiva (área de atuação);
- Apresentar títulos de especialistas de quaisquer uma dessas especialidades;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais) ou descrição do mesmo, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

## 2.7. COLPOSCOPIA

- Autorizado somente para Pessoa Física;
- Autorizado para médico(a) cooperado(a) na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia;
- No caso do(a) médico(a) cooperado(a) solicitante não ser Ginecologista/Obstetra, deverá apresentar certificado específico do curso de Colposcopia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, contando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

## 2.8. DENSITOMETRIA ÓSSEA

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) em uma das seguintes especialidades: Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Ortopedia e Traumatologia, Medicina Física e Reabilitação e/ou Reumatologia;
- Caso o(a) responsável técnico(a) seja da especialidade de Ortopedia e Traumatologia, Medicina Física e Reabilitação e/ou Reumatologia deverá apresentar Certificado do Curso de Treinamento;
- Para os médicos (a) das áreas afins será exigida a documentação de curso de treinamento;
- As áreas afins à Densitometria Óssea são: Ortopedia e Traumatologia, Medicina Física e Reabilitação e/ou Reumatologia;
- Para todos os médicos (as) será exigido o título de especialista da especialidade afim;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

---

**CÓDIGO - ANX 044****REVISÃO - Nº 00**

---

**ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES****RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO**

---

**TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS**

---

**2.9. DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- Pessoa Física: não é necessário cadastro específico, autoriza-se automaticamente para o cooperado (a) cadastrado (a) na especialidade de Oftalmologia;
- Pessoa Jurídica: autorizado para o prestador (hospital ou clínica)

**2.10. DIÁLISE**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O (A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Nefrologia.
- Apresentar nota (s) fiscal (ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

**2.11. DOPPLERFLUXOMETRIA (ECODOPPLER VASCULAR)**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) nas especialidades de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e/ou Angiologia e Cirurgia Vascular, devendo apresentar o título de Especialista em Diagnóstico por Imagem, com atuação em Ultrassonografia Geral e/ou certificado de atuação na área de Doppler, fornecido após exame de qualificação elaborado e realizado pela Comissão de Titulação do Colégio Brasileiro de Radiologia.

**2.12. ENDOSCOPIA PERORAL**

- Autorizado somente para Pessoa Física e Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) e apresentar o título de especialista na área de atuação de Endoscopia Respiratória e/ou de Endoscopia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Otorrinolaringologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

**2.13. ECOCARDIOGRAFIA FETAL**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Cardiologia;

---

**CÓDIGO - ANX 044****REVISÃO - Nº 00**

---

**ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES****RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO**

---

**TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS**

---

- Apresentar título da Sociedade Brasileira de Cardiologia na área de atuação de Ecocardiografia. Excepcionalmente, quando não for possível ao Prestador informar um Responsável Técnico que possua o título na referida área de atuação, o mesmo poderá ser um médico cooperado na especialidade de Cardiologia;
- Para Ginecologia/Obstetrícia - Apresentar curso básico de Ultrassonografia (mínimo 360 horas) e mais dois anos de experiência em serviços de ultrassonografia comprovados por declaração do Diretor Técnico da empresa ou chefe de serviço.

#### **2.14. ECOCARDIOGRAFIA**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Cardiologia;
- Apresentar título da Sociedade Brasileira de Cardiologia na área de atuação de Ecocardiografia. Excepcionalmente, quando não for possível ao Prestador informar um Responsável Técnico que possua o título na referida área de atuação, o mesmo poderá ser um médico cooperado na especialidade de Cardiologia.

#### **2.15. ELETROCARDIOGRAFIA**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- Pessoa Física: Deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Cardiologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.
- Pessoa Jurídica:
- No caso de hospitais que solicitam extensão para o referido serviço e o hospital comprova que é proprietário do aparelho, o responsável técnico pelo exame deverá ser médico cooperado e desde que seja somente um prestador de serviço para o hospital. Neste caso, o(a) exame poderá ser liberado somente para pacientes internos.

#### **2.16. ELETROENCEFALOGRAFIA**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Neurofisiologia Clínica com área de atuação em Eletroencefalografia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### **2.17. ELETROMIOGRAFIA**

---

**CÓDIGO - ANX 044****REVISÃO - Nº 00**

---

**ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES****RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO**

---

**TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS**

---

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Neurofisiologia Clínica;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### **2.18. EMISSÃO OTOACÚSTICA**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) pelo serviço deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Otorrinolaringologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

#### **2.19. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Endoscopia ou na área de atuação de Endoscopia Digestiva ou podendo ainda ser de uma das seguintes especialidades: Gastroenterologia;
- O prestador deverá apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### **2.20. ESTUDOS ELETROFISIOLÓGICOS**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Cardiologia, com área de atuação em Eletrofisiologia Clínica Invasiva;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

#### **2.21. FOTOTRABECULOPLASTIA**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) BA especialidade de Oftalmologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### **2.22. FACOEMULSIFICAÇÃO**

CÓDIGO - ANX 044

REVISÃO - Nº 00

ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES

RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO

TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Oftalmologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### 2.23. FOTOCOAGULAÇÃO (LASER)

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Oftalmologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### 2.24. FISIOTERAPIA

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- Área de Ortopedia/Traumatologia - O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Medicina Física e Reabilitação e/ou Ortopedia/Traumatologia, devendo apresentar o Certificado de Especialista registrado no CRM/GO;

#### 2.25. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA

- Para pacientes internados;
- O Responsável Técnico deverá ser o Diretor Técnico.

#### 2.26. GASOMETRIA

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Patologia Clínica;
- O(A) Responsável Técnico(a) poderá ser médico na especialidade de PATOLOGIA, desde que apresente, no prazo máximo de 02 (dois) anos, o TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA CLÍNICA, emitido pela SBPC - Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, conforme aprovado pelo CONSAD em 15/06/2004;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

#### 2.27. HEMODIÁLISE

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Nefrologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

CÓDIGO - ANX 044

REVISÃO - Nº 00

ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES

RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO

TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS

### 2.28. HEMODINÂMICA

- Autorizado para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) nas especialidades de Cirurgia Cardiovascular ou de Cardiologia com área de atuação em Cardiologia Intervencionista e Hemodinâmica, Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular, dependendo dos códigos utilizados.

### 2.29. HEMOTERAPIA

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Hematologia e Hemoterapia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

### 2.30. HOLTER (ELETROCARDIOGRAFIA DINÂMICA)

- Autorizado para Pessoa Física;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Cardiologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

### 2.31. IMPEDANCIOMETRIA

- Autorizado para Pessoa Física;
- O(A) Responsável Técnico(a) pelo serviço deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Otorrinolaringologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

### 2.32. IMPLANTE DE MARCAPASSO

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) pelo serviço deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Cirurgia Cardiovascular ou na especialidade de Cardiologia com área de atuação em Estimulação Cardíaca Eletrônica Implantável.
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

### 2.33. LITOTRIPSIA

CÓDIGO - ANX 044

REVISÃO - Nº 00

ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES

RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO

TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Urologia;
- Apresentar também o Título de Especialista fornecido pela Sociedade Brasileira de Urologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### 2.34.MAMOGRAFIA

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Radiologia e Diagnóstico por Imagem ou Diagnóstico por Imagem com área de atuação exclusiva em ultrassonografia geral ou apresentar título de especialista em Mastologia ou Ginecologia e Obstetrícia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### 2.35.MAPEAMENTO CEREBRAL

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Eletroencefalografia e/ou Neurofisiologia Clínica;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

#### 2.36.MAPA (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL)

- Autorizado para Pessoa Física.
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Cardiologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### 2.37.MEDICINA NUCLEAR

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Medicina Nuclear;
- Apresentar título de especialista em Medicina Nuclear;
- Apresentar relação de exames codificados conforme Rol de Procedimentos Unimed;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

---

**CÓDIGO - ANX 044****REVISÃO - Nº 00**

---

**ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES****RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO**

---

**TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS**

---

**2.38. MONITORIZAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O executante do serviço deverá ser especialista em neurologia e fisioterapia e obrigatoriamente comprovar a realização do curso de monitoração intra-operatória, de no mínimo, 300 horas;
- Exceção: Nos casos de monitoração em cirurgias de mastoide e implante coclear, o executante poderá ser especialista em otorrinolaringologia, obedecido o critério de comprovação da realização do curso e seu tempo mínimo de experiência.

**2.39. NEURORRADIOLOGIA**

- Autorizado para Pessoa Jurídica;
- O (A) Responsável Técnico (a) deverá ser médico(a) cooperado(a) nas especialidades de Neurologia ou Neurocirurgia ou Radiologia e Diagnóstico por Imagem com área de atuação em Neurorradiologia;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá apresentar certificado de habilitação em Neurorradiologia.

**2.40. ORTÓPTICA - EXERCÍCIOS ORTÓPTICOS**

- Autorizado e pago somente para Pessoa Jurídica. conforme decisão do C.A. em 09/06/1998;
- O (A) Responsável Técnico(a) deverá apresentar habilitação em Ortóptica.

**2.41. OTONEUROLÓGICO**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Otorrinolaringologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

**2.42. PATOLOGIA CLÍNICA / ANÁLISES CLÍNICAS**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Patologia Clínica;
- O(A) Responsável Técnico(a) poderá ser médico na especialidade de PATOLOGIA, desde que apresente, no prazo máximo de 2 (dois) anos, o TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA CLÍNICA emitido pela SBPC - Sociedade Brasileira de Patologia Clínica;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais);

**2.43. PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;

---

**CÓDIGO - ANX 044****REVISÃO - Nº 00**

---

**ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES****RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO**

---

**TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS**

---

- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Pneumologia.
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### **2.44. POTENCIAL EVOCADO (BERA)**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) nas especialidades de Neurofisiologia Clínica e/ou Otorrinolaringologia e/ou na área de atuação de Neurofisiologia Clínica.

#### **2.45. POLISSONOGRAFIA**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica. O responsável técnico autorizado para a realização do serviço, deverá ser médico cooperado nas especialidades Otorrinolaringologista, Pneumologia, Psiquiatria e Neurologia/Neurologia Clínica, com obrigatoriedade de apresentação do título e certificado de especialista na área de atuação Medicina do Sono, emitido pela Sociedade Brasileira do Sono, para execução do referido serviço;
  - O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) nas especialidades de Clínica Médica, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Neurologia e/ou na área de atuação de Neurofisiologia Clínica, e, ainda, devendo apresentar Título Certificado de Especialista na área de atuação em Medicina do Sono, emitido pela Sociedade Brasileira do Sono;
  - Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### **2.46. PSICOTERAPIA**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Psiquiatria, com certificado emitido pela Associação Médica Brasileira, possuir cadastro específico em Psicoterapia e ser titular da Associação Brasileira de Psicoterapia;

#### **2.47. QUEIMADURA**

- Autorizado somente para realização no SAU - Serviço de Atendimento Unimed;
- O(A) Responsável Técnica(a) deverá ser sócio(a) da Sociedade Brasileira de Queimaduras e apresentar documento comprobatório;
- Deverá comprovar experiência em outros Serviços de Queimaduras;
- Apresentar Declaração de Capacitação e Qualificação para executar tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos na área de Queimaduras;

#### **2.48. QUIMIOTERAPIA**

---

**CÓDIGO - ANX 044****REVISÃO - Nº 00**

---

**ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES****RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO**

---

**TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS**

---

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- Deve possuir espaço físico apropriado e específico para tal fim;
- Ter uma enfermeira com registro no COREM (Conselho Regional de Enfermagem) responsável e uma equipe experiente;
- Ter um(a) médico(a) responsável (Hematologista / Oncologista);
- Ter um hospital credenciado - com referência para dar suporte às necessidades do paciente;
- A realização deverá ser apenas para pacientes internados, após justificativa;
- O uso de antibiótico deverá ser autorizado pela CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) do hospital;
- O uso de fator de crescimento, apenas com autorização específica;
- Qualquer hospital poderá fazer o serviço de quimioterapia, no caso do paciente internado. Porém, para fazer em ambulatório o DT deverá fazer o requerimento e estar dentro dos critérios que devem ser observados após a vistoria.

#### **2.49. RADIODIAGNÓSTICO**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
- Apresentar nota (s) fiscal (ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### **2.50. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA e ANGIORRADIOLOGIA**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O (A) Responsável Técnico (a) deverá ser médico (a) cooperado (a) na especialidade de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e apresentar habilitação em Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia ;

#### **2.51. RADIOTERAPIA / BRAQUITERAPIA**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- Apresentar Certificado de Especialista em Radioterapia, registrado no CRM/GO;
- Apresentar Certificado de Radioterapia fornecido pela SBR - Sociedade Brasileira de Radioterapia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

#### **2.52. RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA**

CÓDIGO - ANX 044

REVISÃO - Nº 00

ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES

RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO

TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- Apresentar Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, fornecido pela Associação Médica Brasileira e Colégio Brasileiro de Radiologia.
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e apresentar o certificado de registro no CRM/GO;
- Apresentar relação dos exames codificados conforme a tabela LPM/96;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

### 2.53. RETOSSIGMOIDOSCOPIA

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na(s) especialidade(s) de Coloproctologia, Cirurgia Geral e Endoscopia.

### 2.54. TESTE ERGOMÉTRICO

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Cardiologia com área de atuação em Ergometria.
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

Exceção: No caso de hospitais que solicitam extensão para os referidos serviços onde o hospital comprova que é proprietário do aparelho, sendo o(a) médico(a) somente um prestador de serviço para o hospital, o serviço pode ser liberado desde que o(a) médico(a) que realiza o exame seja cooperado(a). Neste caso, o exame poderá ser liberado somente para pacientes internos.

### 2.55. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ter certificado de Radiologia e Diagnóstico por Imagem devidamente registrado no CRM/GO;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

### 2.56. ULTRASSONOGRAFIA

- Autorizado para Pessoa Jurídica.

---

**CÓDIGO - ANX 044****REVISÃO - Nº 00**

---

**ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES****RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO**

---

**TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS**

---

- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) nas especialidades de Radiologia e Diagnóstico por Imagem ou na área de atuação em Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia ou Diagnóstico por Imagem - atuação exclusiva em ultrassonografia geral e apresentar o certificado de registro no CRM/GO;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

**2.57. URODINÂMICA**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Urologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

**2.58. VECTO-NISTAGMOGRAFIA**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Otorrinolaringologia;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais), ou descrição do aparelho, constando modelo, marca e desde quando está sendo utilizado.

**2.59. VÍDEO-HISTEROCOSPIA (TAXA)**

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica (pagamento de taxa);
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Ginecologia/ Obstetrícia e apresentar o certificado de especialista registrado no CRM/GO;
- Apresentar a relação dos médicos que utilizarão o aparelho;
- Apresentar certificado da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia com área de atuação em Endoscopia Ginecológica;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

Obs. 1: Caso a nota fiscal pertença ao hospital/clínica, a taxa será paga ao hospital e o honorário para o médico que realizou o procedimento.

Obs. 2: Caso a nota fiscal pertença a um “ÚNICO” cooperado, este deverá indicar o local em que o aparelho está instalado, com nome dos médicos que utilizarão o mesmo. Neste caso, a taxa do aparelho será paga ao proprietário do aparelho.

**2.60. VÍDEO-LAPAROSCOPIA (TAXA)**

---

**CÓDIGO - ANX 044****REVISÃO - Nº 00**

---

**ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES****RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO**

---

**TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS**

---

- Autorizado para Pessoa Física e Pessoa Jurídica (pagamento de taxa);
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) nas especialidades de Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Geral e/ou Cirurgia do Aparelho Digestivo e apresentar o certificado de especialista registrado no CRM/GO;
- Apresentar relação dos médicos que utilizarão o aparelho.

Obs. 1: Caso a nota fiscal pertença ao hospital/clínica, a taxa será paga ao hospital e o honorário para o médico que realizou o procedimento.

Obs. 2: Caso a nota fiscal pertença a um “ÚNICO” cooperado, este deverá indicar o local em que o aparelho está instalado, com nome dos médicos que utilizarão o mesmo. Neste caso, a taxa do aparelho será paga ao proprietário do aparelho.

#### **2.61. UTI - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (ADULTO)**

- Autorizado somente para Pessoa Jurídica;
- O credenciamento será mantido para os serviços de UTI ou CTI, apenas, para os prestadores que tiverem, como chefe, um especialista em Medicina Intensiva, com título registrado no CRM/GO;
- Os honorários médicos, a exemplo de todas as outras especialidades, deverão ser pagos diretamente aos médicos cooperados que compõem a equipe;
- Durante o processo de credenciamento das UTI's, a Unimed Goiânia obedecerá a Portaria Nº 3432 de 18/08/98, do Ministério da Saúde, que rege o funcionamento das UTI's, bem como as regulamentações da AMB, CRM/GO e CFM;
- As UTI's já credenciadas pela Unimed Goiânia deverão ser reavaliadas através de critérios próprios, a serem criados, baseados nas normas da AMB, Portaria do Ministério da Saúde e Regulamentações emanadas do CFM e CRM/GO. Às UTI's que não satisfizerem este instrumento, será dado um prazo de 12 (doze) meses para adequarem-se;
- Não serão credenciadas UTIs que não possuam área semi-intensiva;
- Apresentar nota(s) fiscal(ais) do(s) aparelho(s) autenticada(s) ou acompanhada(s) do(s) documento(s) original(ais).

#### **2.62. UTI NEONATAL**

- Autorizado para Pessoa Jurídica;
- O(A) Responsável Técnico(a) deverá ser médico(a) cooperado(a) na especialidade de Medicina Intensiva Pediátrica.

### **3. CONFIDENCIALIDADE**

**CÓDIGO - ANX 044**
**REVISÃO - Nº 00**
**ÁREA EMITENTE - DIRETORIA DE OPERAÇÕES**
**RESPONSÁVEL - DRA. MARCELA REGINA ARAÚJO**
**TÍTULO - CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO - EXTENSÃO DE SERVIÇOS**

 Classificação do documento conforme PL 019 - **Segurança da Informação: PÚBLICO.**
**4. HISTÓRICO DO DOCUMENTO**

REVISÃO	ITENS REVISADOS	APROVADA EM
00	Emissão inicial do documento	

**5. APROVAÇÕES**

	NOME - CARGO	DATA	ASSINATURA
Elaborado por:	Rhaíssa Faria Barbosa Crispim - Gerente de Dep. Relacionamento com o Prestador	24/06/2022	
Revisado por:	Rodrigo Colombo Sanches - Gerente de Operações com Clientes	27/06/2022	
Revisado por:	Letícia Martins de Moura - Coordenadora de Processos e Qualidade	28/06/2022	
Revisado por:	Sanara Xavier de Oliveira - Gerente de Riscos Corporativos, Processos e Qualidade	29/06/2022	
Revisado por:	Ricardo Furtado Mendonça - Superintendente de Saúde	30/06/2022	
Revisado por:	Weslei Dias Carneiro - Superintendente de Estratégia	01/07/2022	
Revisado por:	Dra. Marcela Regina Araújo - Diretora de Operações	04/07/2022	
Revisado por:	Dr. Weimar Canguçu Barroso de Queiroz - Diretor de Planejamento e Governança	05/07/2022	
Revisado por:	DIREX (Dr. Sérgio Baiocchi Carneiro - Diretor Presidente)	07/07/2022	
Aprovado por:	CONSAD (Dr. Sergio Baiocchi Carneiro - Diretor Presidente do Conselho)	07/07/2022	
Publicação:	Janaina Macedo do Nascimento - Analista de Processos e Qualidade	04/08/2022	