

**MANUAL DE
ORIENTAÇÕES
TÉCNICAS E
ADMINISTRATIVAS
PARA O CREDENCIADO
DO PLANO DE SAÚDE DO**



ANS nº 345474

Atualizado em junho de 2010

ADMINISTRADO PELA TEMPO CRC



1) APRESENTAÇÃO

O presente **Manual** visa orientar, estabelecer critérios e recomendar normas aos credenciados para atendimento aos programas assistenciais.

O Plano de Saúde do Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO) é destinado aos empregados e ex-empregados (aposentados e demitidos sem justa causa) com seus respectivos dependentes e agregados. O plano de saúde conta com o apoio administrativo em *Call Center*, suporte tecnológico, conectividade, processamento, auditoria e autorização de procedimentos da **Tempo CRC Soluções em Saúde**.

O **SERPRO** possui plano de assistência médica e hospitalar, na modalidade de Autogestão em Saúde, com padrão apartamento de acomodação em internação, que tem como objetivo proporcionar a seus beneficiários procedimentos para prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde e inclui a assistência médica integral, preventiva e curativa, clínica, cirúrgica e obstétrica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada, rotineira e de urgência, com abrangência nacional.

CENTRAL DE ATENDIMENTO E REGULAÇÃO MÉDICA

Disque 0800 770 0441

CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM O PRESTADOR

Disque 4004 0176

ENVIO DE CONTAS MÉDICAS (CORREIOS)

AO SERPRO

Caixa Postal 246 – Itapevi - SP – CEP: 06693-970

ENVIO DE CONTAS MÉDICAS (ELETRÔNICO)

<http://www.connectmed.com.br>

ENVIO DE NOTA FISCAL – PRÉ FATURAMENTO

Regional Belém Av. Perimetral da Ciência, 2.010 Terra Firme - Belém - PA CEP: 66077-830	Regional Belo Horizonte Av. José Cândido da Silveira, 1.200 Cidade Nova - Belo Horizonte – MG CEP: 31170-000
Regional Brasília SGAN Av.L-2 Norte Quadra 601 – Módulo G - Brasília – DF CEP: 70830-900	Regional Curitiba Rua Carlos Pioli, 133 Bom Retiro - Curitiba – PR CEP: 80520-170
Regional Fortaleza Av. Pontes Vieira, 832 São João do Tauapé - Fortaleza – CE CEP: 60130-240	Regional Porto Alegre Av. Augusto de Carvalho, 1.133 Praia de Belas - Porto Alegre – RS CEP: 90010-390
Regional Recife Av. Parnamirim, 295 Parnamirim - Recife – PE CEP: 52060-901	Regional Rio de Janeiro Rua Teixeira de Freitas, nº 31 Lapa - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20021-350
Regional Salvador Av. Luiz Vianna Filho, 2.355 Paralela - Salvador – BA CEP: 41130-530	Regional São Paulo Rua Olívia Guedes Penteado, 941 Socorro - São Paulo – SP CEP: 04766-900

2) IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

A identificação dos beneficiários e sua elegibilidade para o atendimento são determinadas, obrigatoriamente, pela apresentação do cartão do plano de saúde acompanhado de um documento de identidade do beneficiário. Conforme detalhado mais adiante o credenciado poderá, adicionalmente e a seu critério, validar a elegibilidade do beneficiário através da **Central de Regulação Médica**, ou *on line*, através do site <http://www.connectmed.com.br>.

Os cartões de identificação apresentam todos os dados necessários para a verificação do plano do beneficiário, data de validade, padrão de acomodação, bem como informações necessárias para o preenchimento das guias de cobrança pelo credenciado, conforme abaixo:

1. Mensagens relativas à cobertura assistencial e tipo de acomodação.
2. Código principal de identificação do titular.
3. Prazo de validade do cartão.
4. Código(s) de dependência do(s) beneficiário(s).
5. Nome(s) do(s) beneficiário(s)
6. Datas limites de eventuais carências.



3) EXCLUSÕES DE COBERTURA

Não terão cobertura, mesmo na hipótese de atendimento em caráter de urgência, os seguintes procedimentos:

- Cirurgia plástica cosmética ou embelezadora ou que não tenha repercussão sobre o estado de saúde do paciente;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia genética;
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- Tratamento em estâncias hidrominerais, internações em casas geriátricas (asilos) e SPAs;
- Lipoaspiração, ginástica, massagem, sauna, ducha, forno de bier e similares com finalidade de emagrecimento ou manutenção da forma física;
- Vacinas e autovacinas;
- Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- Exame de paternidade ou controle de natalidade contrários à ética médica e suas consequências;
- Curetagem abortiva (aborto ilegal);
- Reversão de vasectomia;
- Avaliação clínica laboratorial e radiológica sem finalidade de diagnóstico ou tratamento (*check-up*);
- Medicamentos, aplicação de injeções, válvulas e próteses, não decorrentes diretos de atendimento em pronto-socorro ou atos cirúrgicos, hospitalares;
- Nebulização e inalação, a não ser quando prescritos por médico;
- Aparelhos ortopédicos e órteses (aparelhos para surdez, óculos, lentes de contato e assemelhados);
- Despesas domiciliares de qualquer espécie, inclusive Home-Care;
- Despesas hospitalares de acompanhantes, exceto nos casos previstos na RN nº 167/08;
- Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, televisão, refeição não prescrita no tratamento, refrigerantes, bebidas alcoólicas, flores, gorjetas e indenização por danos ou destruição de objetos;
- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais não reconhecidos pela Associação Médica Brasileira “AMB”, Conselhos Federais de Profissionais das áreas de saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

As exclusões podem alterar-se em função do regulamento do plano, sendo que neste caso os credenciados serão formalmente comunicados. A **Central de Atendimento** está capacitada para rapidamente esclarecer eventuais dúvidas com relação à cobertura e padrões assistenciais.

Despesas excepcionais como alimentação de acompanhantes, exceto nos casos de refeição para acompanhantes de pacientes maiores de 60 anos, menores de 18 anos e portadores de deficiências; estacionamento, aluguel de televisão em internação, bem como custos com acomodação superior a permitida, inclusive o diferencial de honorários se houver, não estão contempladas na cobertura dos planos.

As próteses e órteses de implante cirúrgicos, bem como materiais especiais (**OPM**) só podem ser utilizadas dentro da cobertura assistencial dos planos mediante prévia e formal autorização, através da **Central de Regulação Médica**, conforme mais adiante detalhado neste **Manual**.

4) REDE CREDENCIADA

A Rede Credenciada do plano de autogestão do **SERPRO** é divulgada para seus beneficiários através do portal da Operadora. Objetivando manter atualizadas as informações cadastrais para a correta identificação dos prestadores, é necessário que os credenciados comuniquem imediatamente qualquer alteração ocorrida em relação às condições de atendimento, pagamento, endereço, telefone, dados profissionais, etc. à Central de Relacionamento com o Prestador, discando 4004 0176.

Os beneficiários escolhem o prestador de sua preferência, dentro da Rede Credenciada, para a realização das consultas e dos tratamentos necessários. O credenciado somente poderá atender dentro da(s) especialidade(s) e procedimento (s) para o(s) qual(is) foi credenciado e pelos profissionais relacionados no termo de credenciamento.

O SERPRO mantém convênio de reciprocidade com Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, notadamente para o atendimento dos beneficiários da empresa em regiões interioranas. É vedado ao prestador credenciado que eventualmente também possua termo de credenciamento com a CASSI, realizar a cobrança de serviços através da CASSI, mesmo que utilizando-se da codificação disposta no cartão do beneficiário SERPRO-CASSI.

Portanto, o credenciado de ambas autogestões deve sempre atender o beneficiário SERPRO através de termo de credenciamento direto com o SERPRO, mediante o uso da codificação disposta no cartão apresentado conforme modelo contido no item 2 deste Manual

5) REFERENCIAL DE HONORÁRIOS

A cobertura do plano e o referencial de honorários utilizado para fins de pagamento dos serviços prestados está baseada na codificação, nomenclatura e valores dos procedimentos cobertos no Rol de Procedimentos da **ANS** e Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – **TUSS**, ou ainda na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM**, acrescida de outros serviços em fonoaudiologia e psicologia, conforme contratos específicos com os prestadores.

Serviços não constantes das tabelas adotadas pelo SERPRO, devem obrigatoriamente estar acordados ou autorizados previamente, sem o que o **SERPRO** não se responsabilizará pelo pagamento.

Profissionais **fisioterapeutas** devem emitir cobranças pelo referencial de Honorários da Associação Médica Brasileira **AMB** ou conforme termo de credenciamento.

Sob pena de descredenciamento, os prestadores de serviços não poderão cobrar diretamente dos beneficiários quaisquer valores adicionais pela execução dos atendimentos e tratamentos cobertos pelo **SERPRO**.

6) ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

6.1) INFORMAÇÕES GERAIS

Para qualquer atendimento, o beneficiário deve sempre apresentar o cartão e um documento de identidade. Sugere-se ao credenciado a validação da elegibilidade *on line* do beneficiário, contemplando sua vinculação e status junto ao **SERPRO** através de consulta direta via Internet (**WEB**), no *site* <http://www.connectmed.com.br>.

Os formulários utilizados obedecem ao padrão da “Troca de Informações em Saúde Suplementar” – “**TISS**” da **ANS**, apresentando o logo próprio do **SERPRO** e não possuem **numeração sequencial**, o que permite o **download** direto do *site* da **Tempo CRC** (<http://www.tempocrc.com.br>), administradora contratada para auditoria e suporte gerencial ao plano de autogestão, bem como a impressão direta pelo credenciado de quantas guias forem necessárias para o envio das cobranças de atendimentos.

As guias, **quando da utilização de formulário papel**, detalhadas no **item 9** deste **Manual**, devem obrigatoriamente ser preenchidas com letra legível, preferencialmente de fôrma. Ao final de cada guia existem campos específicos para assinatura do beneficiário, ou responsável, bem como para assinatura do credenciado, ou médico responsável.

O SERPRO, através da Connectmed (<http://www.connectmed.com.br>) também oferece a alternativa de envio eletrônico de cobranças, conforme disposto adiante neste Manual.

É obrigatória a informação em campos próprios nos formulários na **WEB** ou das guias, do **CRM** do médico que realizou o atendimento e/ou prescreveu o exame, bem como o registro do carimbo deste médico junto à sua assinatura em local próprio.

Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cinza são os únicos de preenchimento optativo, ou não obrigatório, ao prestador credenciado.

As guias, **quando da utilização de formulário papel**, devem ser encaminhadas em uma única via para cobrança. O prestador credenciado pode manter, a seu critério, cópia da guia ou comprovação do atendimento como documentação de suporte em caso de eventual extravio, auditoria e/ou necessidade de comprovação, **mesmo nos casos de faturamento via WEB ou eletrônico.**

Ao final de cada guia existem campos específicos para assinatura do beneficiário, ou responsável, bem como para assinatura do credenciado, ou médico responsável. Junto à assinatura do credenciado deve ser sempre registrado o carimbo do profissional que realizou o procedimento com a respectiva inscrição no conselho de classe.

Os credenciados que também mantém convênio com a CASSI devem sempre atender o beneficiário SERPRO através do termo de credenciamento com o SERPRO, mediante o uso da codificação disposta no cartão do beneficiário apresentado conforme modelo na página 2 deste Manual

6.2) CONSULTAS

As consultas médicas realizadas em consultórios, ambulatórios ou prontos-socorros, não requerem autorização prévia e devem ser cobradas eletronicamente, via **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>) ou através dos formulários **padrão TISS “GUIA DE CONSULTA”** ou **“GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS”**, descritos mais adiante disponíveis para *download* e impressão direta no *site* da **Tempo CRC** (<http://www.tempocrc.com.br>).

A opção pelo faturamento eletrônico possui detalhamento mais a seguir.

Havendo necessidade da realização de outros procedimentos, de pequena complexidade, durante a consulta, o credenciado deverá utilizar-se alternativamente da ferramenta de faturamento **WEB** ou de outros campos da “**GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS**”, para a cobrança.

As **consultas de retorno** efetuadas por médicos credenciados em período inferior a **30 (trinta) dias**, só serão eventualmente consideradas mediante justificativa comprovada ou descrita no campo “**OBSERVAÇÃO**” dos formulários ou em anexo as cobranças.

Ocorrendo necessidade de encaminhamento a outro profissional, ou de serviços complementares simples ou de rotina, o credenciado deverá solicitá-los também em Guia **TISS**, entregando a solicitação ao beneficiário.

Em caso de necessidade de procedimentos sujeitos à autorização prévia, conforme adiante especificado, o **próprio credenciado requisitante** deverá solicitar, no ato do atendimento, mediante o acesso à ferramenta **Autorizadora Via WEB**, através do *site* <http://www.connectmed.com.br>, ou ainda junto a **Central de Regulação do SERPRO (0800 770 0441)** a **senha** de autorização específica, e **registrá-la no pedido médico** a ser entregue ao paciente para encaminhamento ao serviço executante do exame ou terapia solicitado.

Salientamos que os pedidos de senhas **devem ser** requisitados **pelo médico credenciado solicitante dos eventos** (internação, exames, terapias etc.) sendo que apenas nos casos de internações e remoções de urgência as solicitações poderão ser feitas diretamente pelo hospital ou serviço e/ou *a posteriori*.

6.3) ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

As cobranças de atendimentos de urgência ou emergência só podem ser realizadas em recursos credenciados para este fim, devendo ser também faturadas via **WEB** ou através da “**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIANÓSTICO E TERAPIA**” (resumidamente “**GUIA SP/SADT**”, vide **item 9** deste **Manual**) ou através do faturamento eletrônico conforme itens 7.4, 7.5 e 8. Caso seja necessário o concurso de outros prestadores credenciados para o atendimento emergencial, estes deverão utilizar outros formulários para as cobranças ao **SERPRO**.

Caso sejam necessários mais campos que o disposto na “**GUIA SP/SADT**” original para o faturamento, deverão ser utilizados formulários “**GUIA DE OUTRAS DESPESAS**”, também descritas neste **Manual (item 9)**, quantos forem necessários.

ATENÇÃO: A codificação a ser utilizada no campo “2” descritivo de “**NÚMERO DA GUIA REFERENCIADA**”, da “**GUIA DE OUTRAS DESPESAS**” deverá ser a repetição do código de identificação do beneficiário do plano, permitindo ao sistema informatizado do **SERPRO** o relacionamento (*link*) com a “**GUIA SP/SADT**” original.

Os **atendimentos de urgência**, conforme disposto em regulamentação própria da **Lei 9.656/98 (Resolução CONSU n.º 8)**, não estão sujeitos à autorização prévia para os processos e procedimentos necessários e executados nas primeiras 12 (doze) horas de assistência, desde que dentro da unidade de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento. Pode o credenciado validar o beneficiário e **comunicar esta ocorrência, obtendo senha a posteriori**, sempre através da **Central de Regulação**. O prestador deverá, contudo, caso exista a necessidade constatada de internação, proceder à solicitação específica da mesma conforme a seguir detalhado.

Todos os formulários de autorização e de cobrança acham-se disponíveis para *download* e impressão direta através do *site* da **Tempo CRC (http://www.tem pocrc.com.br)**.

6.4) PROCEDIMENTOS SUJEITOS À AUTORIZAÇÃO PRÉVIA (SENHA)

Alguns procedimentos são sujeitos à autorização prévia pelo **SERPRO**. Este processo é determinante à aceitação posterior da cobrança e conseqüente pagamento pelos serviços.

A solicitação prévia da senha é feita pelo médico solicitante do procedimento, mediante o acesso à ferramenta **Autorizadora Via WEB**, através do *site* <http://www.connectmed.com.br>, ou ainda junto a **Central de Regulação** do **SERPRO: 0800 770 0441**. O credenciado deverá em seguida registrar esta senha (alfa-numérica) na requisição médica a ser entregue ao paciente, junto à descrição do procedimento pré-autorizado.

Eventualmente, a solicitação de um procedimento ou serviço pode exigir análise médica mais detalhada, sendo nestes casos a autorização comunicada posteriormente pela **Central de Regulação**, mediante a concessão e envio de **senha** por fax, e-mail (definido pelo prestador no momento da solicitação) ou contato telefônico ativo com o credenciado, ou ainda mediante a consulta direta da senha pelo credenciado junto ao *site* <http://www.connectmed.com.br>.

Procedimentos com necessidade de SENHA de autorização prévia

Os procedimentos que necessitam de autorização prévia (SENHA) são os seguintes:

- Exames / Terapias ou quaisquer procedimentos ambulatoriais realizados com anestesia ou que envolvam auxiliares
- Procedimentos dermatológicos / plásticos ambulatoriais (todos)
- Prorrogações das internações além dos prazos e condições preliminarmente registrados
- Todas as internações clínicas e cirúrgicas de qualquer natureza, inclusive day hospital, psiquiatria e dependência química
- Uso de materiais especiais de alto custo (OPM), cirúrgicos descartáveis e implantes cirúrgicos, ambulatoriais ou em internação
- Câmara hiperbárica
- CAPD e Hemodiálise
- Cirurgia Oftalmológica Refrativa
- Core biopsy e estereotaxia digital
- Estudo hemodinâmico (cateterismo cardíaco de todos os tipos)
- Estudos e exames dinâmicos (ex.: urodinâmica)
- Exames de diagnose em Cardiologia (fonomecanocardiografia, holter, TE computadorizado, TE cardiopulmonar, vectocardiograma e todos os ecocardiogramas)
- Exames oftalmológicos (biometria ultrassônica ou por interferometria, campimetria computadorizada, ceratoscopia computadorizada, exame motilidade ocular, microscopia especular de córnea, paquimetria ultrassônica e gonioscopia)
- Exames ultrassonográficos: abdome superior, abdome inferior, ultra-sonografia morfológica, perfil biofísico fetal e todos que utilizarem Doppler
- Genética clínica, hibridização molecular, painel de hibridização molecular, citogenética e imuno-histoquímica
- Hemodiâmica Cirúrgica (angioplastia e outros)
- Hemoterapia, Transfusão de Sangue e uso de Hemoderivados
- Litotripsia (todos os tipos)
- Medicina nuclear
- Medicina Nuclear Terapêutica
- Polissonografia, Polissonograma, eletroneuromiografia, potenciais evocados, mapeamento cerebral e EEG computadorizado, arteriografia cerebral, angiografias de carótidas e demais exames em neuro-radiologia e neuro-clínica
- Procedimentos novos, ou que envolvam incorporação de novas tecnologias, que venham a ser credenciados e definidos formalmente como sujeitos à regulação prévia
- Procedimentos realizados por via endoscópica ou video-assistidos: videocolposcopia, videopeniscopia, videoconização, endoscopia, artroscopia, videoendoscopia endoscopia digestiva alta, colonoscopia, laringo e broncoscopia, vulvosscopia, peniscopia; colposcopia, histeroscopia, laparoscopia, artroscopia e todas as outras “escopias” diagnósticas

- Quimioterapia (com procedimento específico vide item 6.7)
- Radiologia Intervencionista e Radiocirurgia Estereotáxica
- Radioterapia e Braquiterapia
- Tomografia computadorizada, angiotomografias e ressonância nuclear magnética
- Transplante conjuntival

Outras Terapias com necessidade de SENHA de autorização prévia

- Acupuntura
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Nutrição
- Ortóptica
- Psicoterapia (em grupo, de casal, familiar e individual)
- Terapia Ocupacional

As terapias supracitadas estão também sujeitas às limitações dos serviços cobertos, descritas no item 6.6 deste Manual.

Para a realização e cobrança de serviços complementares, além do registro da autorização prévia eventual (senha), há necessidade de apresentação da solicitação médica original, anexada à guia de cobrança.

Estão sujeitas à autorização mediante a obtenção de senhas específicas os seguintes eventos vinculados à internação:

- Prorrogação do período previamente liberado
- Remoção para tratamentos/exames em outro prestador
- Uso de órteses, próteses ou materiais especiais – OPM (conforme a seguir detalhado)

Salientamos que não existe necessidade de senhas de autorização prévia para exames, tratamentos, diárias, medicamentos e materiais (de uso geral) solicitados ou utilizados no decorrer do internamento.

A cobrança de Serviços Auxiliares de Diagnóstico ou Terapia (**SADT**), mesmo os considerados simples e de rotina isentos de senha prévia, poderá ser feita alternativamente mediante o uso de ferramenta **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>) ou através da “**GUIA SP/SADT**”, disponível para *download* e impressão direta no *site* da **Tempo CRC** (<http://www.tempecrc.com.br>). O faturamento eletrônico é detalhado nos itens 7.4, 7.5 e 8.

Os prestadores de serviços credenciados para **SADT** devem sempre registrar em campo próprio, nos formulários de cobrança dos serviços, o **CRM do médico solicitante do procedimento**, em compatibilidade ao pedido em anexo.

Cobranças de procedimentos com múltiplas sessões, como inalações, fonoaudioterapias, psicoterapias, nutricionista, fisioterapias, RPG ou acupuntura, poderão ser faturados em guia única, apresentando na própria “**GUIA SP/SADT**” a informação da data de cada uma das sessões.

Caso sejam necessários mais campos que o disposto na “**GUIA SP/SADT**” original, deverão ser utilizados quantas “**GUIAS DE OUTRAS DESPESAS**” forem precisas.

ATENÇÃO: A codificação a ser utilizada no campo “2 - NÚMERO DA GUIA REFERENCIADA”, da “**GUIA DE OUTRAS DESPESAS**” deverá ser a repetição do código de identificação do beneficiário do plano, permitindo ao sistema informatizado o relacionamento (*link*) com a “**GUIA SP/SADT**” original.

6.5) PERÍCIAS PRÉVIAS

Poderão, no momento da autorização, ser requisitadas **perícias prévias** pela **Central de Regulação** para quaisquer procedimentos, especialmente nos casos de:

- Cirurgias plásticas reparadoras
- Alguns procedimentos dermatológicos
- Cirurgias para tratamento de obesidade mórbida

Eventualmente, a critério do **SERPRO**, as perícias poderão ser substituídas por laudos detalhados ou perícia/documentação fotográfica.

Nos casos de requisição de procedimentos que venham a ser sujeitos à perícia, a **senha** de autorização ficará **pendente** até a recepção e análise pela **Central de Regulação** do laudo pericial.

Nestes casos, a obtenção da senha definitiva será comunicada pela **Central de Regulação**, mediante **resposta com senha de autorização**, através de envio de fax, e-mail ou contato telefônico ativo com o credenciado, ou ainda mediante a disponibilização da senha para consulta pelo credenciado junto ao autorizador no *site* <http://www.connectmed.com.br>.

6.6) LIMITAÇÕES DOS SERVIÇOS COBERTOS

a) Parto

- O evento parto termina com a alta hospitalar dada à parturiente. Nos casos em que o recém-nascido tiver necessidade de permanecer internado, essa internação estará coberta com a matrícula da mãe por um período máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de nascimento, desde que justificada por relatório médico.

b) Internação Hospitalar Clínica

- É coberta uma visita médica hospitalar por dia de internação, exceto quando da necessidade de parecer de especialista justificado por relatório médico.

c) Fonoaudiologia

- Para os casos decorrentes de problemas neurológicos, a duração do tratamento será fixada pelo SERPRO, de acordo com a necessidade do paciente, em conformidade com o parecer do médico-assistente.

- Para os demais casos, problemas de fala (dislalia), cordas vocais e etc, estão limitados a 30 (trinta) sessões para cada tipo de terapia por ano de vigência, contados da data de adesão ao Plano.

d) Terapia Ocupacional

Cobertura limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, **apenas** quando preenchido **pelo menos um** dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F 00 à F 03)
- b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F 70 à F 79)
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 82, F 83)

e) Psicoterapia

Cobertura limitada a 24 (vinte e quatro) sessões por ano de contrato, **apenas** quando preenchido **pelo menos um** dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F 40 a F 48)
- b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 51 a F 59)
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F 90 a F 98)

- d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 80, F 81, F 83, F 88, F 89)
- e) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 30, F 32, F 34, F 38, F 39)
- f) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).

f) Psicoterapia ou Terapia Ocupacional

Cobertura estendida a até 40 (quarenta) sessões por ano de contrato, **apenas** quando preenchido **pelo menos um** dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29)
- b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F84)
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 50)
- d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 31, F 33)

g) Internações Psiquiátricas

- 30 (trinta) dias por ano, contados da data de adesão ao Plano, para internação em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou enfermagem psiquiátrica em hospital geral, para beneficiário portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

- 30 (trinta) dias em hospital geral, para beneficiário portador de quadro de intoxicação ou abstinência, provocado por dependência química que exija hospitalização.

- Cobertura ilimitada em hospital-dia quando preenchido **pelo menos um** dos seguintes critérios:

- a) Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14)
- b) Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29)
- c) Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31)
- d) Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84)

h) Avaliação/sessão com Nutricionista

- Limitada a 12 (doze) sessões por ano, contadas da data de adesão ao Plano, por beneficiário.

Caso o CID não seja informado, deve ser enviado obrigatoriamente relatório médico que justifique a necessidade de extensão do número de sessões no ato da solicitação de senha para o 31º dia de internação

Obs: Sugere-se que o prestador mantenha em seu poder **controle do nº de sessões realizadas pelo beneficiário, com as devidas assinaturas** para que em caso de necessidade de consulta futura, auditoria ou outro esclarecimento, seja possível a comprovação dos atendimentos.

Em caso de dúvidas quanto ao atraso ou não recebimento da autorização emitida, ou mesmo na necessidade de consulta sobre o número de sessões autorizadas ou já efetuadas, estas poderão ser dirimidas por contato telefônico junto a **Central de Regulação**.

As sessões de fonoaudiologia e psicoterapia, podem ser faturadas alternativamente via **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>), através da "**GUIA SP/SADT**" para pacientes ambulatoriais, ou da "**GUIA HONORÁRIO INDIVIDUAL**" nos casos de terapias a pacientes internados, guias estas disponíveis para *download* e impressão direta no *site* da **Tempo CRC** (<http://www.tem pocrc.com.br>). O faturamento eletrônico é detalhado nos itens 7.4, 7.5 e 8.

6.7) QUIMIOTERAPIA

Para a realização de quimioterapia ambulatorial é obrigatória a “**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**”, mediante o preenchimento prévio de formulário específico (modelo em anexo **item 9**) que poderá ser obtido junto ao *site* da **Tempo CRC** (<http://www.tempocrc.com.br>), para envio por fax para a **Central de Regulação** com antecedência, de no mínimo **3 (três) dias** úteis. Existe também a possibilidade do preenchimento direto de formulário eletrônico no *site* <http://www.connectmed.com.br>, ferramenta específica de pré-autorização em quimioterapia.

A cobrança de honorários e medicamentos das quimioterapias poderá ser feita alternativamente via **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>), na “**GUIA SP/SADT**” para pacientes ambulatoriais, ou na “**GUIA HONORÁRIO INDIVIDUAL**” nos casos de terapias a pacientes internados não cobrados conjuntamente às despesas hospitalares, guias também disponíveis *download* e impressão direta no *site* da **Tempo CRC** (<http://www.tempocrc.com.br>).

Em caso de quimioterapia de urgência, o pedido de autorização poderá ser realizado em até 24 horas após a realização do procedimento. **Para pacientes internados, não há necessidade de autorização, bastando justificar em conta.**

6.8) REMOÇÕES

O serviço de remoção pode ser utilizado nos seguintes casos:

- a) Com prescrição médica para tratamento ou reabilitação de saúde e que esteja impossibilitado de se locomover, deverá ser removido adequadamente (ambulância do tipo simples ou UTI) do hospital que encontra-se internado para realização de exames ou para outro hospital ou centro de tratamento que melhor atenda suas necessidades (Inter Hospitalar);
- b) Portador de doença grave ou que tenha sofrido acidente grave, verificadas as necessidades do paciente, conforme parecer do médico-assistente deverá ser removido pelo meio de transporte mais conveniente.

Para as remoções programadas o médico responsável pelo paciente deverá solicitar, previamente junto à **Central de Regulação**, senha de autorização mediante o encaminhamento de relatório médico detalhado, requisito obrigatório para a liberação de **SENHA**.

Nos casos de **remoções de urgência**, dispensa-se a **autorização prévia** porém para a viabilização da cobrança, os serviços credenciados deverão comunicar e relatar, logo após o evento, em horário útil, a realização do transporte especializado, com consequente obtenção de código para preenchimento no campo específico destinado ao registro de senha na fatura **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>) ou nos formulários de cobrança em papel.

As **remoções de urgência** devem ser solicitadas diretamente à central de atendimento fone **0800-770-0441**, sem que haja necessidade de autorização prévia.

Os credenciados para remoção efetuarão a cobrança destes serviços alternativamente via **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>), ou através da “**GUIA SP/SADT**”.

6.9) INTERNAÇÕES

Para a realização de **internações eletivas** há sempre a **necessidade de solicitação, pelo profissional médico responsável, de senha de autorização prévia**, mediante formulário próprio denominado “**GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**” (**item 9** deste **Manual**), que poderá ser obtido junto ao *site* para envio por fax para a **Central de Regulação**, existindo também a possibilidade do preenchimento direto de formulário eletrônico no *site* <http://www.connectmed.com.br>, ferramenta

específica de pré-autorização em internação.

A autorização da internação será fornecida **mediante** devolução de **senha**, que será comunicada pela **Central de Regulação** através de fax, e-mail ou contato telefônico ativo com o credenciado, ou ainda mediante a disponibilização da senha para consulta pelo credenciado junto ao autorizador no *site* **<http://www.connectmed.com.br>**. A senha fornecida deverá **ser transcrita no pedido de internação** e entregue ao beneficiário para encaminhamento ao hospital (no caso de internação eletiva).

As despesas hospitalares são sempre faturadas via **WEB (<http://www.connectmed.com.br>)** ou através da "**GUIA RESUMO DE INTERNAÇÃO**", registrando-se sempre a senha de autorização.

Estão sujeitas à autorização mediante a obtenção de senhas específicas os seguintes eventos vinculados à internação:

- Prorrogação do período previamente liberado.
- Remoção para tratamentos/exames em outro prestador.
- Uso de órteses, próteses ou materiais especiais – **OPM** (conforme a seguir detalhado).

As prorrogações devem ser comunicadas ao **SERPRO** através da **Central de Regulação**, mediante fax, utilizando-se o verso da própria guia de solicitação de internação ou via **WEB (<http://www.connectmed.com.br>)**. Estas prorrogações também poderão ser autorizadas e solicitadas pelos auditores que realizam pré-análise e fechamento de contas hospitalares.

Ocorrendo mudança na acomodação utilizada, durante a internação, o credenciado que ainda permanecer no faturamento em papel, deve encerrar a **GUIA RESUMO DE INTERNAÇÃO**, e solicitar outra senha e GUIA, indicando o motivo e o novo tipo de acomodação. Por motivos administrativos os hospitais poderão, em internações prolongadas, concluir parcialmente a cobrança da internação, sempre solicitando, contudo, a emissão de nova senha com nova **GUIA RESUMO DE INTERNAÇÃO**.

Nas internações, não havendo vaga no tipo de acomodação contratada, o paciente deve ser internado em outra acomodação de padrão superior, e depois ser transferido para o padrão autorizado, sem ônus adicional ao **SERPRO** ou ao beneficiário.

Caso sejam necessários mais campos que o disposto na "**GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO**" original, para o faturamento, deverão ser utilizadas quantas "**GUIAS DE OUTRAS DESPESAS**" forem necessárias, guias estas disponíveis para *download* e impressão direta no *site* da **Tempo CRC (<http://www.tempocrc.com.br>)**.

Salientamos que **não existe** necessidade de senhas de autorização prévia para exames, tratamentos, medicamentos e materiais (de uso geral) solicitados ou utilizados no decorrer do internamento.

Atendendo aos preceitos da Lei 9.656/98, notadamente aos aspectos inerentes à informação assistencial das normas regulamentadoras quanto às Trocas de Informações em Saúde Suplementar – **TISS** (RN 114 de 26/10/2005 e IN 17 de 10/11/2005) deverá a rede prestadora comunicar, junto à alta do internamento hospitalar, a ocorrência desta, detalhando aspectos de diagnóstico final ou definitivo, condições e motivos de alta, bem como detalhamentos específicos em casos de nascimento ou óbito.

6.10) HONORÁRIOS EM INTERNAÇÃO

Os honorários médicos de serviços em vigência de internação podem ser cobrados via **WEB (<http://www.connectmed.com.br>)** alternativamente ao envio da "**GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO**" (se faturados junto ao restante das despesas hospitalares do internamento), ou da "**GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL**" para os profissionais credenciados diretamente ao **SERPRO**. Cada prestador credenciado deve utilizar sua própria "**GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL**". Caso o número de campos seja insuficiente, deverão ser utilizadas quantas "**GUIAS DE OUTRAS DESPESAS**" complementares forem necessárias.

6.11) ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DE USO CIRÚRGICO - OPM

As Órteses, Próteses e Materiais (OPM) especiais de alto custo só podem ser utilizados mediante prévia e formal autorização pela **Central de Regulação do SERPRO**. Para que o processo de avaliação e aprovação possa ser conduzido em tempo hábil, as solicitações devem ser encaminhadas com antecedência de **5 (cinco) dias úteis** ao evento eletivo.

O credenciado poderá requisitar as **OPM** junto à solicitação de internação, mediante o preenchimento dos dados do material requisitado em campo próprio da **“GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO”**, ou ainda diretamente em formulário próprio do **SERPRO** denominado **“SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE OPM”** item 9.8 deste Manual, com **5 (cinco) dias úteis** de antecedência ao evento eletivo, formulários estes disponíveis para *download* e impressão direta no *site* da **Tempo CRC** (<http://www.tempocrc.com.br>).

Para cirurgias ambulatoriais a solicitação de **OPM** deverá ser feita através do formulário próprio do **SERPRO “SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE OPM”** item 9.8 deste Manual. O formulário possui também o modelo eletrônico no *site* <http://www.connectmed.com.br>, ferramenta específica de pré-autorização de **OPM** nas especialidades e materiais descritos a seguir.

Nas situações de urgência, a comunicação do uso do material deverá ser feita sempre dentro de 24hs após uso o material ou no **primeiro dia útil** subsequente ao evento.

De acordo com a **RN Nº 211** da **ANS** cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPM necessários à execução dos procedimentos contidos no Anexo da Resolução Normativa 211. O profissional requisitante deve, justificar clinicamente a sua indicação e **oferecer pelo menos 03 (três)** marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - **ANVISA**, que atendam às características especificadas.

ATENÇÃO:

- Internações de urgência: não necessitam de autorização de materiais
- Após a realização do procedimento, junto ao faturamento, o credenciado deverá enviar relatório médico com material utilizado.
- Solicitamos a possibilidade de utilização de materiais permanentes (quando possível) em substituição aos descartáveis;

ALGUNS EXEMPLOS DE PRÓTESES, ÓRTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

USO GERAL

- Bomba de analgesia / morfina de qualquer tipo,
- Clips de aneurisma, grampeadores e cargas
- Lâmina de shaver e outras,
- Telas sintéticas, de Marlex, Prolene e outras,
- Tesoura ultracision,
- Trocateres e redutores,
- Cateteres de longa permanência,
- Monitores de nervos,
- Cateteres para embolização, micromolas, micropartículas e ONIX,
- Cross Link,
- Disco artificial intersomático
- Dispositivo anti-protusão,
- Espaçadores de todos os tipos,
- Fios e cabos de titâneo,
- Fixadores externos,
- Kit de nucleoplastia,
- Fixadores dinâmicos,
- Microplacas, microparafusos e telas de titâneo para cirurgia de buco-maxilo,
- Ganchos,
- Grampos absorvíveis,
- Halo craniano simples ou associado,
- Hastes de todos os tipos,
- Kit para cimentação,
- Parafusos e porcas de contenção,
- Osso liofilizado,
- Suturas de menisco,
- Pinos e placas de todos os tipos,

CARDIOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

- Anel para valvuloplastia,
- Balão descartável,
- Cardioversor desfibrilador implantável,
- Cateter balão para angioplastia, septoplastia e Valvuloplastia
- Cateter para estudo eletrofisiológico/ablação por radiofrequência,
- Próteses valvares cardíacas biológicas ou

- metálicas de todos os tipos,
- Cateter venoso atrial,
- Conjunto para circulação assistida,
- Conjunto para valvuloplastia,
- Eletrodos endo ou epicárdicos definitivos,
- Stent de todos os tipos,
- Endoprótese vascular,
- Enxerto aórtico valvulado, arteriais e Dacron
- Gerador de desfibrilador implantável,
- Guia e filtro para veia cava,
- Jogo de mediadores para CIA,
- Marca passo de todos os tipos,
- Microcateteres,
- Oxigenador de membrana,
- Catéter de Swan Ganz,
- Sistema de eletrodo multisítio,
- Bomba de auto-transfusão,
- Alça de Hook para cirurgia torácica.

GASTROENTEROLOGIA

- Banda Gástrica,
- Cateteres em endoscopia peroral e colonoscopia,
- Endotesouras e endopinchas descartáveis,
- Fio guia biliar,
- Kit para gastrostomia endoscópica,
- Kit de ligadura elástica,
- Papilótomo,
- Prótese de ducto biliar, stent biliar
- TIPS (anastomose porto-cava por cateter)

ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

- Acetábulo, liner e cabeça de fêmur
- Alongador,
- Barras de fixação,
- Desfibrilador implantável p/ nervo periférico (dor)
- Cages de todos os tipos,
- Ponteiras de radiofrequência,
- Casquilhos,
- Cerâmicas fosfocálcicas
- Cimento ortopédico, conector

- Âncoras de qualquer tipo, inclusive absorvíveis
- Plug ósseo,
- Arthrocare para radiculotomia,
- Próteses articulares/tendinosas,
- Retângulo de Harsthill,
- Substitutos de dura-mater,
- Sistema de fixação,
- Transplante de osso,
- Válvula de derivação – todas,
- Sistemas de fechamento de calota craneana,
- Conjunto transfix,

DEMAIS ESPECIALIDADES

- Alça para ressecção endoscópica,
- Basket ou sonda de Dórnia,
- Cateter para extração de cálculo,
- Cateter para nefrostomia,
- Dilatador para cirurgia percutânea
- Espirais de platina descartáveis,
- Expansores de tecido,
- Kit catarata e lente intra-ocular,
- Kit facoemulsificação,
- Válvula de Ahmed,
- Implante de Suzana,
- Anel de Ferrara,
- Kit para vitrectomia,
- Manipulador uterino,
- Prótese de silicone ou outras,
- Prótese ocular,
- Prótese para implante coclear,
- Prótese peniana,
- Prótese de testículo,
- Prótese vocal pós laringectomia,
- Ressectoscópio,
- Sistema de cateteres para hemodiálise,
- Sistema de fita com agulhas para TVT
- Sparc,
- Tubo molteno.

6.12) ESTERILIZAÇÃO (VASECTOMIA E LAQUEADURA)

Desde que realizados em conformidade com a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1.996, promulgada e publicada no **DOU** em 20 de agosto de 1997, que trata do Planejamento Familiar, o SERPRO dá cobertura para os procedimentos contraceptivos cirúrgicos, quais sejam a vasectomia e a laqueadura.

Devem ser considerados os seguintes pré requisitos:

- Homens e Mulheres com capacidade civil plena;
- Maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- Observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher e do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

A rotina estabelecida exige a obtenção de senha de autorização prévia, porém a **Central de Regulação** solicita o preenchimento de documento (modelo disponível para *download* no *site* da **Tempo CRC** (<http://www.temprocrc.com.br>). O documento deverá ser preenchido pelo médico assistente, contendo a justificativa para a escolha deste método contraceptivo e a declaração que se encontra no item 9.10 deste manual, juntamente com toda a documentação exigida pela Lei supracitada.

Esta documentação deverá ser enviada para a sede da administradora, A/C Regulação SERPRO, localizada à Al. Tocantins, 525 – Barueri, SP – CEP 06455-020, que a manterá arquivada no prontuário do paciente.

A vasectomia geralmente é realizada em regime ambulatorial, sendo a laqueadura avaliada para autorização em regime de internação, *day hospital* ou ambulatorial.

Não são cobertos pelo **SERPRO** a reversão dos procedimentos de vasectomia ou laqueadura.

6.13) Medicina Ocupacional e Acidente do Trabalho

O SERPRO possui Serviço de Saúde Ocupacional próprio, sendo o mesmo responsável pela avaliação e emissão dos pedidos médicos visando a realização de exames.

Caso o pedido apresentado pelo beneficiário seja referente à Medicina Ocupacional, o prestador deve realizar a cobrança unicamente através dos códigos específicos informados no quadro abaixo.

ATENÇÃO:

Para o registro e cobrança de exames realizados em Medicina Ocupacional, os prestadores devem preencher o Campo de Código de Procedimento na guia padrão TISS com os seguintes códigos:

96.03.0038 - COLESTEROL HDL

96.03.0046 - GLICOSE

96.03.0054 - PSA - ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO

96.03.0062 - COLESTEROL TOTAL

96.03.0070 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL ONCOTICO E MICROFLORA

96.03.0089 - MAMOGRAFIA BILATERAL

96.03.0100 - ECOGRAFIA DE MAMA

96.03.0119 – AUDIOMETRIA

96.03.0178 – COLONOSCOPIA

96.03.0186 – HEMOGRAMA COMPLETO

96.03.0194 – CREATININA

96.03.0208 – ÁCIDO ÚRICO

96.03.0216 - TRIGLICERÍDEOS

96.03.0224 - ELETROCARDIOGRAMA

96.03.0232 - CERUME

96.03.0240 –TONOMETRIA - BINOCULAR

96.03.0259 - COLESTEROL LDL

96.03.0267 - ROTINA DE URINA

96.03.0275 - TORAX - PA

96.03.0283 - SANGUE OCULTO, PESQUISA

96.03.0305 - TESTE ERGOMETRICO - EM BICICLETA OU EM ESTEIRA

96.03.0313 – ECOCARDIOGRAMA

96.03.0321 - TSH

96.03.0330 - T4 LIVRE

7) CONECTIVIDADE

A plataforma tecnológica de conectividade utilizada pelo **SERPRO** foi especialmente desenvolvida para que médicos, clínicas, laboratórios e hospitais possam realizar transações eletrônicas com a Operadora de autogestão.

As soluções desenvolvidas englobam, entre outras, a transmissão e o processamento de transações de validação do paciente, autorização de procedimentos, de internações, de **quimioterapia** e de **OPM** além do preparo e envio de contas médicas eletrônicas, recurso de glosas e disponibilização *online* de extratos de pagamento.

As ferramentas permitem:

- Reduzir o trânsito de papéis, chamadas telefônicas e custos operacionais;
- Eliminar erros de digitação, tratando os dados com maior qualidade e confiabilidade e, reduzindo o tempo de processamento;
- Incremento da qualidade e quantidade de informações médico-assistenciais disponíveis;
- Estabelecimento de um canal contínuo de comunicação, informação, atualização e treinamento da rede credenciada.

Para ingresso na plataforma de conectividade, é necessário acessar o **Portal Connectmed** (<http://www.connectmed.com.br>), e efetuar o seu cadastramento inicial, mediante a assinatura de um termo de adesão específico para o uso das ferramentas **Connect Link**.

7.1) PASSOS PARA O CADASTRAMENTO INICIAL NA CONECTIVIDADE

a) Conecte-se à internet e abra seu navegador ou *browser*.

b) Digite o endereço <http://www.connectmed.com.br> e teclé <Enter>:

Serão exibidos ícones, permitindo a navegação no *site*, para iniciar a utilização ao **Connect Link**.

É necessário aos Prestadores o cadastro de um usuário e senha de acesso.

c) Clique na opção Prestadores, informe o usuário e a senha, nos campos correspondentes e inicie o uso do **Connect Link** Prestadores.



d) Para cadastrar o usuário e a senha, clique na opção "Ainda não é cadastrado na Conectividade".

Esta é uma área para prestadores cadastrados

Usuários e Senhas do Portal Connectmed não serão válidos para esse serviço

Usuário: Senha:

[entrar](#)

[Ainda não é cadastrado na Conectividade?](#)

[O que é Conectividade?](#)

e) Preencha os dados cadastrais básicos. Todos os campos são obrigatórios. Verifique se os dados digitados estão corretos e clique em **<Continuar>**.

Dados Cadastrais Básicos - Preenchimento Obrigatório

CPF/CNPJ:	<input type="text"/>
Nome/Razao Social:	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>
email:	<input type="text"/>
Usuario:	<input type="text"/>
Senha:	<input type="password"/>
Confirmacao de Senha:	<input type="password"/>

[continuar voltar](#)

f) Indique além do **SERPRO** quais outras Operadoras e seus respectivos números de termos de credenciamento, com os quais trabalha.

g) Verifique e confirme os dados cadastrados. É preciso ser exibida a situação **ATIVO**, o que indica que o **SERPRO** autorizou o seu acesso para envio de contas.

h) Clique na opção **login para o sistema de conectividade**, na tela inicial, digite seu *login* e sua senha (definidos na primeira tela de cadastro).

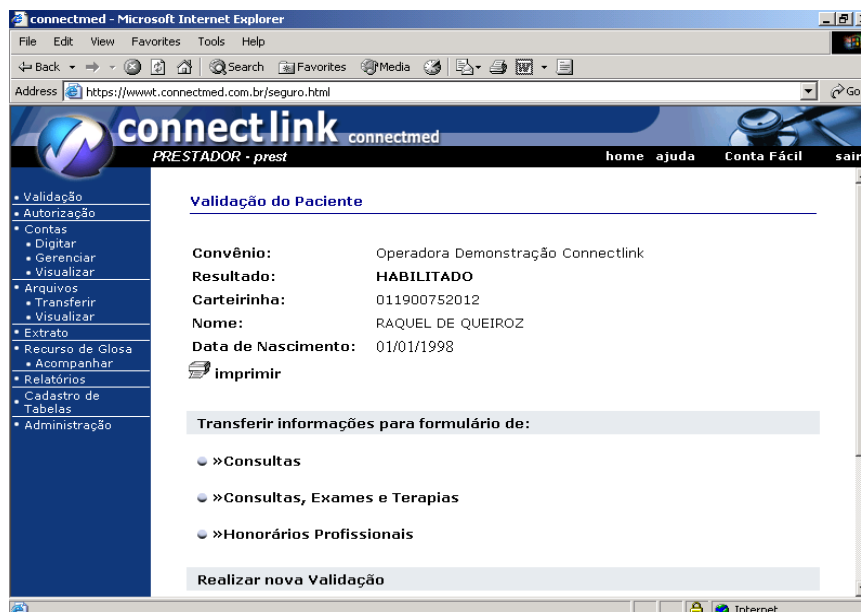
A senha é confidencial e somente o prestador e quem ele autorizar terão acesso às informações.

i) No primeiro *login*, o usuário deverá completar o seu cadastro. Após o término clique em **<Continuar>** e o termo de adesão será disponibilizado para leitura.

Para estar apto a utilizar as ferramentas da conectividade, o usuário deve ler e aceitar o termo de adesão.

7.2) FERRAMENTA DE ELEGIBILIDADE / VALIDAÇÃO

A ferramenta de Elegibilidade ou de Validação permite ao prestador **credenciado**, verificar se o paciente é um beneficiário ativo no **SERPRO**, bem como verificar o direito de uso dos serviços do prestador e períodos de carência. Para realizar a validação, o prestador só precisa digitar o código de identificação do beneficiário junto ao plano. Neste momento, o sistema acessa o banco de dados, realiza todas as checagens necessárias e devolve a informação diretamente na tela do computador do prestador, em uma operação que leva poucos segundos para ser realizada.



7.3) FERRAMENTAS DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Essas ferramentas permitem ao prestador credenciado solicitar via **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>) os procedimentos sujeitos à autorização prévia, resumidamente os descritos no decorrer nos tópicos anteriormente detalhados, englobando exames, tratamentos, internações, prorrogações, uso de quimioterápicos, uso de **OPM** e remoções.

As autorizações em **SADT** normalmente resultam em emissão de senhas imediatamente pela ferramenta. Em alguns casos, contudo, assim como em todas as solicitações de internações, prorrogações, uso de **OPM** ou de **quimioterápicos**, o *input* obrigatório da solicitação de autorização não resulta em imediata emissão de senha, sendo esta resposta obtida **à posteriori**, mediante senha que será comunicada (respondida) pela **Central de Regulação** através de envio de fax, e-mail (informado pelo prestador em campo específico, por ocasião da solicitação) ou contato telefônico ativo com o credenciado, sendo facultado ainda ao credenciado a consulta de todas as autorizações eventualmente solicitadas e já processadas ou ainda pendentes através da entrada no próprio ambiente autorizador na **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>).

As diversas ferramentas autorizadoras, separadas por objeto, são acessíveis diretamente pela opção "Autorização" no menu principal de acesso das ferramentas da plataforma **Connect Link** da **CONNECTMED**.

7.4) FERRAMENTAS DE ENVIO DE CONTAS ASSISTENCIAIS

Essas ferramentas permitem ao prestador credenciado preparar e enviar as contas médico-hospitalares de uma forma simples e eficiente, por meio de seu sistema de faturamento ou via **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>). As consistências dos formulários via **WEB** ocorrem durante o preenchimento do formulário na opção *browser*, isto é, indicando ao credenciado quais são os campos obrigatórios e que não estão preenchidos, ou ainda durante a transferência de arquivos.

Os arquivos enviados pelos prestadores sofrem checagens de estrutura e consistência de campos, além de diversas checagens de conteúdo (por exemplo a validação do beneficiário/cartão de identificação, tabelas de procedimento por prestador) antes de serem recebidos pelo **SERPRO**.

A **opção BROWSER (i)**, permite que o credenciado acesse a Internet, valide a elegibilidade do paciente e envie a conta assistencial de qualquer equipamento sem que exista a obrigatoriedade de instalação de *softwares* no *desktop* do prestador. Esta solução é a ideal para pequenos prestadores com baixo volume de atendimento e com dificuldades operacionais em administração de infra-estrutura de equipamentos em consultórios. Para utilização desta opção basta o credenciado possuir microcomputador com *link* com a Internet, não existindo nenhum custo adicional.

Para prestadores com volumes mais significativos de atendimentos junto ao **SERPRO** a alternativa sugerida em conectividade no envio de contas é a **opção de Envio de Arquivos (ii)** com pré-formatação estabelecida, mediante implantação prévia suportada por apoio especializado.

7.5) FERRAMENTAS ACESSÓRIAS AO PAGAMENTO

Dentre as soluções tecnológicas via **WEB** do **SERPRO** destacamos aquelas com interface junto a liberação do pagamento ao prestador: o (i) envio de extratos aos prestadores, o (ii) recurso de glosa eletrônico, a (iii) ferramenta de pré-faturamento e a (iv) ferramenta de atualização cadastral.

A ferramenta de **Extrato do Prestador (i)** permite ao prestador credenciado visualizar os seus extratos periódicos de pagamento do **SERPRO**, via **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>).

Esta ferramenta possui também uma funcionalidade de **Recurso de Glosa Eletrônico (ii)**, que facilita todo o controle e o processo de recebimento e resposta dos recursos. Os extratos *online* dos prestadores credenciados serão mantidos nos servidores por um período de **90 dias**. Esta interface eletrônica é a **única forma operacional** permitida e disponibilizada ao credenciado do **SERPRO** para o recurso de glosa.

connectmed - Microsoft Internet Explorer
 Address: https://wwwt.connectmed.com.br/seguro.html

connectlink connectmed
 PRESTADOR - prest home ajuda Conta Fácil sair

- Validação
- Autorização
- Contas
 - Digitar
 - Gerenciar
 - Visualizar
- Arquivos
 - Transferir
 - Visualizar
- Extrato
- Recurso de Glosa
 - Acompanhar
- Relatórios
- Cadastro de Tabelas
- Administração

Extrato

Extrato de Pagamentos ao Credenciado

CONTAS CREDITADAS EM - 15/01/2003 DATA EMISSÃO - 15/01/2003

CREDENCIADO Nº 01234 BANCO 33
 PRESTADOR AGÊNCIA 0105
 RUA DAS FLORES, - CAMPO BELO CONTA 130013237
 SAO PAULO - SP - 1323001

DATA	SUB-TOTAL BRUTO	SUB-TOTAL GLOSADO	VALOR CREDITADO
15/01/2003	19,44	0,00	19,44
15/01/2003	5,40	0,00	5,40
15/01/2003	3,78	0,00	3,78
15/01/2003	3,78	0,00	3,78
15/01/2003	3,78	0,00	3,78
15/01/2003	37,80	0,00	37,80
15/01/2003	2,49	0,00	2,49
15/01/2003	13,50	0,00	13,50
15/01/2003	7,88	0,00	7,88

Após o processamento das contas assistenciais pelo **SERPRO**, tanto para o envio em papel ou via **WEB** (<http://www.connectmed.com.br>), serão publicados na Internet os valores liberados para pagamento após as etapas de processamento e análise, através de ferramenta própria de **(iii) Pré-faturamento**. A partir desta validação, o prestador **Pessoa Jurídica** obtém os dados efetivos de crédito, já deduzidos de eventuais glosas, imprime o protocolo próprio e emite a **Nota Fiscal** (papel ou eletrônica impressa) correspondente. O prestador **Pessoa Física** já pode imprimir diretamente o Recibo de Pagamento a Autônomo (**RPA**). Estes informes tributários são obrigatórios para o **SERPRO**.

Atenção: O envio do protocolo da ferramenta e da **Nota Fiscal** ao **SERPRO** é prerrogativa para a liberação do crédito. No **item 8.2**, a seguir neste **Manual**, estão detalhados os cronogramas de envio das faturas, de publicação dos valores liberados para pagamento e de envio de **Notas Fiscais** e protocolo.

Ao acessar seu extrato de pagamento, poderá o credenciado ser direcionado a previamente acessar uma janela de **(iv) Atualização dos dados cadastrais**. A manutenção dos seus dados cadastrais atualizados tais como telefones, endereço completo para atendimento e entrega de correspondência, n^o **PIS, CPF, CNPJ**, entre outros, é de fundamental importância para ambas as partes.

8) COBRANÇA E PAGAMENTO

Para todas as cobranças e pagamentos, o SERPRO será considerado o substituto tributário, ficando o mesmo responsável por todas as retenções dos impostos na fonte e o respectivo recolhimento aos cofres públicos.

8.1) COBRANÇA

Quando em meio papel, a cobrança pelos serviços prestados ao se inicia **SERPRO** através do encaminhamento pelo correio à **Tempo CRC**, de correspondência, endereçada como abaixo, porém identificando externamente ao envelope o **SERPRO** como destinatário.

Pessoas Físicas:

- uma via de formulário “**CAPA DE LOTE**”, preenchida, assinada e carimbada pelo prestador credenciado, conforme a seguir descrito (**item 9.9** a seguir);
- uma via das guias correspondentes aos serviços prestados no período;
- declaração informando se já está havendo retenção de **INSS**, por outra fonte pagadora, indicando o valor ou o recolhimento pelo teto máximo e o **CNPJ** da instituição que está efetuando o recolhimento;
- documentação complementar cabível (relatório médico, detalhamento de materiais e/ou medicamentos, resultados de anátomo-patológico, culturas ou exames, perícias, etc.)

Pessoas Jurídicas:

- uma via de formulário “**CAPA DE LOTE**”, preenchida, assinada e carimbada pelo prestador credenciado, conforme a seguir descrito (**item 9.9** a seguir);
- uma via das guias correspondentes aos serviços prestados no período;
- comprovantes de eventual (is) isenção(ões) tributária(s) a cada revalidação (**a cada final do período de validade da declaração**)
- documentação complementar cabível (relatório médico, fatura hospitalar completa, detalhamento de materiais e/ou medicamentos, cópia de **Nota Fiscal** para alto custo, anátomo-patológico, resultados de culturas etc.).

ENVIO DE CONTAS/FATURAS

AO SERPRO

Caixa Postal 246 – Itapevi - SP – CEP: 06693-970

ATENÇÃO:

(1) Qualquer documentação faltante pode acarretar o não processamento das contas no prazo acordado, portanto é imperiosa a observação das regras estabelecidas.

(2) O envio da Declaração, pelas Pessoas Físicas, informando se já está havendo retenção de **INSS**, por outra fonte pagadora, indicando o valor ou o recolhimento pelo teto máximo e o **CNPJ** da instituição que está efetuando o recolhimento, é obrigatório a **CADA FATURAMENTO**, para aqueles profissionais que não desejem sofrer a retenção dos valores.

(3) O envio periódico (a cada atualização ou perda de validade) de comprovantes de eventual (is) isenção(ões) tributária(s)

(4) Por ser considerado substituto tributário o SERPRO efetuará as retenções dos impostos na fonte e o respectivo recolhimento aos cofres públicos.

Para o cálculo dos valores dos serviços médicos executados, o credenciado deve considerar os valores base negociados e descritos no referencial de honorários contratado junto ao **SERPRO**, da **data da prestação dos serviços**.

No envio eletrônico, a codificação de serviços deve sempre obedecer à codificação de honorários credenciada, à semelhança do faturamento em papel (guias), ou ainda **códigos complementares de honorários**, ou da **tabela de diárias e taxas** conforme termo de credenciamento estabelecido.

8.2) COMPROVANTES LEGAIS

No caso de Pessoas Jurídicas as **Notas Fiscais** correspondentes aos serviços prestados devem ser emitidas e enviadas/postadas com o **valor EXATO** informado pelo **SERPRO** frente ao destacado no extrato de pagamento disponibilizado na Internet (<http://www.connectmed.com.br>) junto à **ferramenta de pré-faturamento** já descrita (**item 7.5 acima**).

No caso de entidades dispensadas da emissão de **Nota Fiscal**, deverá o prestador emitir **RECIBO** contendo: nome do prestador, nº de inscrição no cadastro de contribuintes, atividade sujeita ao tributo e valor do serviço, também **só emitido** após a consulta à **ferramenta WEB de pré-faturamento** (<http://www.connectmed.com.br>) junto à **ferramenta de pré-faturamento** já descrita (**item 7.5 acima**)

ATENÇÃO:

(1) Os **Recibos** ou **Notas Fiscais** devem ser emitidas contra o **CNPJ** da regional do **SERPRO**, conforme termo de credenciamento estabelecido, regionais estas abaixo replicadas, atentando que o envio deste documento fiscal (**POSTAGEM**) deverá ser feito, **para cada uma das regionais do SERPRO** também conforme abaixo.

(2) Embora o faturamento seja enviado **eletronicamente** (via **WEB**) ou para a **Tempo CRC** na Caixa Postal já descrita, os **Recibos** ou **Notas Fiscais** devem ser emitidas contra o **CNPJ** da regional do **SERPRO**, atentando que o envio deste documento fiscal (**POSTAGEM**) deverá ser feito também para **cada uma das regionais do SERPRO**.

(3) Para as Pessoas Físicas é dispensado o envio de RPA, que são gerados automaticamente pelo sistema e estarão à disposição para *download* e impressão pelos prestadores na Internet (<http://www.connectmed.com.br>)

As notas fiscais devem ser emitidas, com o valor **EXATO** informado através da ferramenta de pré faturamento em nome do **SERVIÇO FEDERAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS (SERPRO)**, sem abreviaturas, estando os demais dados a serem preenchidos nas Notas Fiscais contidos no quadro abaixo, sendo que cada credenciado deve utilizar os dados da regional de sua localidade.

EMISSÃO DE NOTA FISCAL

Regional Belém Endereço: Av. Perimetral da Ciência, 2.010 - Terra Firme CEP: 66077-530 Inscrição Estadual: Isento Inscrição Municipal: 025.983-8 CNPJ: 33.683.111/0003-60	Regional Belo Horizonte Endereço: Av. José Cândido da Silveira, 1.200 - Cidade Nova CEP: 31170-000 Inscrição Estadual: Isento Inscrição Municipal: 305698/001-3 CNPJ: 33.683.111/0007-94
Regional Brasília Endereço: SGAN AV. L2 Norte, Quadra 601 Módulo "G" CEP: 70836-900 Inscrição Estadual: 07334743/002-94 Inscrição Municipal: 07334743/002-94 CNPJ: 33.683.111/0002-80	Regional Curitiba Endereço: Rua Carlos Pioli, 133 - Bairro Bom Retiro CEP: 80520-170 Inscrição Estadual: Isento Inscrição Municipal: 105.663-1 CNPJ: 33.683.111/0010-90

EMISSÃO DE NOTA FISCAL

Regional Fortaleza Endereço: Av. Pontes Vieira, 832 – São João do Tauapé CEP: 60130-240 Inscrição Estadual: Isento Inscrição Municipal: 016155-1 CNPJ: 33.683.111/0004-41	Regional Porto Alegre Endereço: Av. Augusto de Carvalho, 1.133 - Cidade Baixa CEP: 90010-390 Inscrição Estadual: Isento Inscrição Municipal: 0241622-0 CNPJ: 33.683.111/0011-70
Regional Recife Endereço: Av. Parnamirim, 295 - Parnamirim CEP: 52060-000 Inscrição Estadual: Isento Inscrição Municipal: 006.632.0 CNPJ: 33.683.111/0005-22	Regional Rio de Janeiro Endereço: Rua Teixeira de Freitas, 31 - Lapa CEP: 20021-902 Inscrição Estadual: Isento Inscrição Municipal: 940.895 CNPJ: 33.683.111/0027-38
Regional Salvador Endereço: Av. Luiz Viana Filho, 2355 – Bairro Paralela CEP: 41130-530 Inscrição Estadual: Isento Inscrição Municipal: 000.555/001-77 CNPJ: 33.683.111/0006-03	Regional São Paulo Endereço: Rua Olívia Guedes Penteado, 941 – Capela do Socorro CEP: 04766-900 Inscrição Estadual: 111.445.700.110 Inscrição Municipal: 8242433-0 CNPJ: 33.683.111/0009-56

8.3) CRONOGRAMA DE PAGAMENTOS

Conforme disposto no termo de credenciamento mantido com o SERPRO, o cronograma de envio de contas, envio de Notas Fiscais e pagamentos é definido conforme a natureza jurídica do credenciado:

Para Pessoas Físicas com faturamento pelo correio (guias/formulários):

- Faturamentos postados até o dia **01 (primeiro) do mês** corrente (ou dia posterior em caso de fim de semana ou feriado), terão disponibilização de extrato (publicação) no dia **20 (vinte) do próprio mês**, com possibilidade de impressão de extrato, recurso de glosa ou impressão de RPA (recibo de pagamento a Autônomo) na própria ferramenta da Internet (<http://www.connectmed.com.br>) e **pagamento na primeira quinzena do mês subsequente**

Para Pessoas Físicas com faturamento pela WEB (<http://www.connectmed.com.br>):

- Faturamentos enviados até o dia **5 (cinco) do mês** corrente (ou dia posterior em caso de fim de semana ou feriado), terão disponibilização de extrato (publicação) no dia **20 (vinte) do próprio mês**, com possibilidade de impressão de extrato, recurso de glosa ou impressão de RPA (recibo de pagamento a autônomo) na própria ferramenta da Internet (<http://www.connectmed.com.br>) e **pagamento na primeira quinzena do mês subsequente**

Para Cooperativas, com faturamento pelo correio (guias/formulários):

- Faturamentos entregues até o dia **01 (primeiro) do mês** corrente (ou dia anterior em caso de fim de semana ou feriado), terão disponibilização de extrato (publicação em ferramenta de pré-faturamento) no dia **15 (quinze) do próprio mês**, com possibilidade de impressão de extrato ou recurso de glosa na própria ferramenta da Internet (<http://www.connectmed.com.br>).
- O envio da Nota Fiscal, postada até o dia 18 (dezoito) do próprio mês no valor exato publicado na ferramenta de pré-faturamento, direcionada à Regional do SERPRO correspondente, terá o pagamento na primeira quinzena do mês subsequente.** Caso a postagem não ocorra até o dia **18 (dezoito)** o pagamento somente ocorrerá no **segundo** mês posterior.

Para Cooperativas, com faturamento pela WEB (<http://www.connectmed.com.br>):

- Faturamentos entregues até o dia **01 (primeiro) do mês** corrente (ou dia anterior em caso de fim de semana ou feriado), terão disponibilização de extrato (publicação em ferramenta de pré-faturamento) no dia **15 (quinze) do próprio mês**, com possibilidade de impressão de extrato ou recurso de glosa na própria ferramenta da Internet (<http://www.connectmed.com.br>).
- **O envio da Nota Fiscal, postada até o dia 18 (dezoito) do próprio mês no valor exato publicado na ferramenta de pré-faturamento e direcionada à Regional Regional do SERPRO correspondente, terá o pagamento na primeira quinzena do mês subsequente.** Caso a postagem não ocorra até o dia **18 (dezoito)** o pagamento somente ocorrerá no **segundo mês posterior**.

Para as demais Pessoas Jurídicas, com faturamento pelo correio (guias/formulários):

- Faturamentos entregues até o dia **10 (dez) do mês** corrente (ou dia posterior em caso de fim de semana ou feriado), terão disponibilização de extrato (publicação em ferramenta de pré-faturamento) no dia **30 (trinta) do próprio mês**, com possibilidade de impressão de extrato ou recurso de glosa na própria ferramenta da Internet (<http://www.connectmed.com.br>).
- **Após o envio da Nota Fiscal, no valor exato publicado na ferramenta de pré-faturamento e direcionada à Regional do SERPRO correspondente, o pagamento será efetuado em até 20 (vinte) dias corridos do recebimento do referido documento fiscal.**

Para as demais Pessoas Jurídicas, com faturamento pela Internet (<http://www.connectmed.com.br>) serão permitidos dois envios de cronogramas mensais:

- Faturamentos entregues até o dia **10 (dez) do mês** corrente (ou dia anterior em caso de fim de semana ou feriado), terão disponibilização de extrato (publicação em ferramenta de pré-faturamento) no dia **30 (trinta) do próprio mês**, com possibilidade de impressão de extrato ou recurso de glosa na própria ferramenta da Internet (<http://www.connectmed.com.br>).
- Faturamentos entregues até o dia **25 (vinte e cinco) do mês** corrente (ou dia anterior em caso de fim de semana ou feriado), terão disponibilização de extrato (publicação em ferramenta de pré-faturamento) no dia **15 (trinta) do mês subsequente**, com possibilidade de impressão de extrato ou recurso de glosa na própria ferramenta da Internet (<http://www.connectmed.com.br>).
- **Em qualquer opção, após o envio da Nota Fiscal, no valor exato publicado na ferramenta de pré-faturamento e direcionada à Regional do SERPRO correspondente, o pagamento será efetuado em até 20 (vinte) dias corridos do recebimento do referido documento fiscal.**

ATENÇÃO: Para **Pessoas Jurídicas** a **Nota Fiscal** e o protocolo emitido pela ferramenta de pré-faturamento devem ser enviados com a maior brevidade pois representam condição para a liberação do crédito no prazo de **20 (vinte) dias** corridos da recepção do documento fiscal pelo **SERPRO**.

Só serão aceitas para processamento pelo **SERPRO** guias e faturas de serviços prestados aos seus beneficiários com data de até **180 (cento e oitenta) dias**, contados a partir do atendimento aos mesmos.

O **envio eletrônico do faturamento via WEB (<http://www.connectmed.com.br>)** elimina o preenchimento e envio de guias em papel, sem no entanto dispensar o envio de eventual documentação complementar cabível (relatório médico), do protocolo, das declarações e da **Nota Fiscal**, conforme **ferramenta de pré-faturamento**, já descrita.

Os pagamentos são efetuados mediante crédito bancário, conforme termo de credenciamento e conforme cronograma de entrega e pagamento acima descrito.

Conforme já salientado o **SERPRO** disponibiliza a todos os credenciados, independentemente do envio ou não de contas eletronicamente pela Internet, a informação detalhada dos pagamentos e créditos efetuados na **WEB (<http://www.connectmed.com.br>)**. Os extratos exibem os dados detalhados dos pagamentos das contas enviadas; permitindo também fazer o recurso de glosa dos itens glosados.

A sistemática de auditoria e controle do **SERPRO** pode eventualmente emitir “glosas” por divergência detectada entre os valores faturados frente às regras contratuais estabelecidas.

Objetivando um adequado fluxo operacional só serão aceitos recursos de glosas encaminhados dentro de um prazo de **30 (trinta) dias** corridos da data de publicação dos extratos. Por outro lado, o **SERPRO** processará e responderá tais recursos também em até **30 (trinta) dias**.

9) FORMULÁRIOS DE COBRANÇA E AUTORIZAÇÃO (GUIAS TISS)

Os formulários utilizados obedecem ao padrão da “Troca de Informações em Saúde Suplementar” – “TISS” da ANS, apresentando o logo próprio do SERPRO e não possuem **numeração sequencial**, o que permite o **download direto no site da Tempo CRC** (<http://www.tempocrc.com.br>).

As guias em papel, já adequadas ao padrão TISS, de solicitação de autorização ou de cobrança, guardam semelhança aos respectivos formulários eletrônicos, enquanto conteúdo e obrigatoriedade de preenchimento de seus campos.

9.1) "GUIA DE CONSULTA"

Utilização única e exclusiva para consultas eletivas realizadas em consultórios médicos ou de outras especialidades paramédicas.

SERPRO		GUIA DE CONSULTA			
1 - Registro ANS 345474		3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____			
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira _____		5 - Plano _____		6 - Validade da Carteira ____/____/____	
7 - Nome _____			8 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____		
Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _____			10 - Nome do Contratado _____		11 - Código CNES _____
12 - T.Log _____	13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento _____		16 - Município _____	17 - UF _____	18 - Código IBGE _____
19 - CEP _____	20 - Nome do Profissional Executante _____		21 - Conselho Profissional _____	22 - Número no Conselho _____	23 - UF _____
24 - Código CBO S _____					
Hipótese Diagnóstica					
25 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica		26 - Tempo de Doença ____ - ____ A - Anos M - Meses D - Dias		27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
28 - CID Principal _____	29 - CID (2) _____	30 - CID (3) _____	31 - CID (4) _____		
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
32 - Data do Atendimento ____/____/____		33 - Código Tabela ____	34 - Código Procedimento _____		
35 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> - 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal			36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> - 1-Retomo 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta		
37 - Observação _____ _____ _____					
38 - Data e Assinatura do Médico ____/____/____			39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____		

Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cinza são os únicos de preenchimento optativo, ou não obrigatório, ao prestador credenciado.

9.2) GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS / SERVIÇO AUXILIAR DIAGNÓSTICO E TERAPIA – GUIA SP/SADT

Utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos tais como remoções, pequenas cirurgias, terapias, consultas, exames em internações ou ambulatoriais, quimioterapias, radioterapias ou terapias renais substitutivas (TRS).


ATENÇÃO: O SERPRO não utiliza esta guia para solicitação de procedimentos. A autorização prévia de exames ou terapias deverá ser sempre solicitada por telefone (**Central**) ou por **WEB**, não se fazendo necessário o preenchimento e envio do verso da Guia SP/SADT

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT												
1- Registro ANS 345474		5- N° Guia Principal (Paciente Internado)			4- Data da Autorização ____/____/____		5- Senha	6- Data Validade da Senha ____/____/____	7- Data de Emissão da Guia ____/____/____			
Dados do Beneficiário			8- Número da Carteira			9- Plano	10- Validade da Carteira ____/____/____	11- Nome		12- Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante			13- Código na Operadora / CNPJ / CPF			14- Nome do Contratado			15- Código CNES			
16- Nome do Profissional Solicitante			17- Conselho Profissional			18- Número no Conselho	19- UF	20- Código CBO S				
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados												
21- Data/Hora da Solicitação ____/____/____		22- Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> E-Eleitiva <input type="checkbox"/> U-		23- CID 10 _____	24- Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)							
25- Tabela	26- Código do Procedimento	27- Descrição	28- Qt. Solic.	29- Qt. Autoriz.								
1- _____	_____	_____	_____	_____								
2- _____	_____	_____	_____	_____								
3- _____	_____	_____	_____	_____								
4- _____	_____	_____	_____	_____								
Dados do Contratado Executante												
39- Código na Operadora / CNPJ / CPF			51- Nome do Contratado			52- T.L.	53-34-35- Logradouro - Número - Complemento	36- Município	37- UF	38- Cód. IBGE	39- CEP	40- Código CNES
41- Nome do Profissional Executante/Complementar			42- Conselho Profissional			43- Número no Conselho			44- UF	45- Código CBO S		
Dados do Atendimento												
46- Tipo Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - SADT Internado 07 - Quimioterapia 08 - Radioterapia 09 - TRS-Terapia Renal Substitutiva					47- Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			48- Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito				
49- Tipo de Doença		50- Tempo de Doença ____ A- Anos M- Meses D- Dias										
Consulta Referência												
51- Data												
52- Hora Inicial	53- Hora Final	54- Tabela	55- Código do Procedimento	56- Descrição	57- Qtde.	58- Via	59- Tec. 60% Red. / Acresc.	61- Valor Unitário - R\$	62- Valor Total - R\$			
1- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
2- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
3- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
4- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
63- Data e Assinatura de Procedimentos em Série												
1- _____	3- _____	5- _____	7- _____	9- _____	2- _____	4- _____	6- _____	8- _____	10- _____			
64- Observação												
65- Total Procedimentos R\$												
66- Total Taxas e Aluguéis R\$												
67- Total Materiais R\$												
68- Total Medicamentos R\$												
69- Total Diárias R\$												
70- Total Gases Medicinais R\$												
71- Total Geral da Guia R\$												
68- Data e Assinatura do Solicitante			67- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			69- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			69- Data e Assinatura do Prestador Executante			
____/____/____			____/____/____			____/____/____			____/____/____			

Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cinza são os únicos de preenchimento optativo, ou não obrigatório, ao prestador credenciado.

9.3) GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

Deve ser utilizada para a finalização do faturamento da internação, podendo ser utilizada para os diversos tipos de atendimentos (internações clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica) e diferentes regimes de internação (hospitalar e *day hospital*).



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

FRENTE

1 - Registro ANS
345474

5 - Nº Guia de Solicitação

4 - Data da Autorização
____/____/____

6 - Senha

6 - Data Validade da Senha
____/____/____

7 - Data de Emissão da Guia
____/____/____

8 - Número da Carteira

9 - Plano

10 - Validade da Carteira
____/____/____

11 - Nome

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora / CNPJ

14 - Nome do Contratado

11 - Código CNEs

16 - T.L.

17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento

20 - Município

21 - UF

22 - Cód. IBGE

23 - CEP

24 - Caracter da Internação
 E - Eletiva U -

25 - Tipo Acomodação Autorizada

26 - Data/Hora da Internação
____/____/____

27 - Data/Hora da Saída Internação
____/____/____

28 - Tipo Internação
 1-Clinica 2-Cirurgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-

29 - Regime de Internação
 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 -

30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X")
 Em gestação Aborto Transtorno materno relacionado a gravidez Complic. Puerpério Atend. ao RN na sala de parto Complicação Neonatal Ex. Peso <2.5 Kg Parto Cesáreo Parto

31 - Se óbito em mulher
 1 - Grávida 2 - até 42 dias após término gestação 3 - de 43 dias a 12 meses após término

32 - Se óbito neonatal
 - Qtde. óbito neonatal precoce - Qtde. óbito neonatal

33 - Nº Decl. Nasc. Vivos

34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo

35 - Qtde. Nasc. Mortos

36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro

37 - CID 10 Principal

38 - CID 10 (2)

39 - CID 10 (3)

40 - CID 10 (4)

41 - Indicador de Acidente
 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 -

42 - Motivo Saída

43 - CID 10 Óbito

44 - Nº Declaração do Óbito

45 - Data

46 - Hora Inicial

47 - Hora Final

48 - Tabela

49 - Código do Procedimento

50 - Descrição

51 - Qtde.

52 - Via

53 - Tec.

54 - % Red. / Acres.

55 - Valor Unitário - R\$

56 - Valor Total - R\$

45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
1											
2											
3											
4											

57 - Seq. Inv.

58 - Gr. Part.

59 - Código na Operadora/CNPJ

60 - Nome do Profissional

61 - Conselho Prof.

62 - Número Conselho

63 - UF

64 - CPF

73 - Tipo Faturamento R\$
 - Total - Parcial

74 - Total Procedimentos R\$

75 - Total Diárias R\$

76 - Total Taxas e Aluguéis R\$

77 - Total Materiais R\$

78 - Total Medicamentos R\$

79 - Total Gases Medicinais R\$

80 - Total Geral R\$

82 - Data e Assinatura do Contratado
____/____/____

83 - Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
____/____/____

VERSO

57 - Seq. Inv.

58 - Gr. Part.

59 - Código na Operadora/CNPJ

60 - Nome do Profissional

61 - Conselho Prof.

62 - Número Conselho

63 - UF

64 - CPF

73 - Tipo Faturamento R\$
 - Total - Parcial

74 - Total Procedimentos R\$

75 - Total Diárias R\$

76 - Total Taxas e Aluguéis R\$

77 - Total Materiais R\$

78 - Total Medicamentos R\$

79 - Total Gases Medicinais R\$

80 - Total Geral R\$

82 - Data e Assinatura do Contratado
____/____/____

83 - Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
____/____/____

84 - Tabela

85 - Código do CNEs

86 - Descrição CNEs

87 - Qtde.

88 - Código de Faturar

89 - Valor Unitário R\$

90 - Valor Total R\$


84	85	86	87	88	89	90
1						
2						
3						
4						
5						

91 - Total Geral R\$
____/____/____

92 - Internação

9.4) GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

Utilizada para a apresentação do faturamento de honorários profissionais, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional, sem a intermediação do hospital responsável pela internação.




GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

1 - Registro ANS 345474	3 - Nº Guia de Solicitação / Senha	4 - Data de Emissão da Guia ____/____/____									
Dados do Beneficiário											
5 - Número da Carteira	6 - Plano	7 - Validade da Carteira ____/____/____									
8 - Nome		9 - Número do Cartão Nacional de Saúde									
Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)											
10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	11 - Nome do Contratado	12 - Código CNES									
Dados do Contratado Executante											
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado Executante	15 - Código CNES									
16 - Tipo da Acomodação Autorizada	____										
17 - Grau Part. ____	18 - Nome do Profissional Executante	19 - Conselho Profissional									
20 - Número no Conselho	21 - UF	22 - Número no CPF									
Procedimentos Realizados											
23-Data	24-Hora Inicial	25-Hora Final	26-Tabela	27-Código do Procedimento	28-Descrição	29-Qtde.	30-Via	31-Tec.	32-% Red./ Acresc.	33-Valor Unitário - R\$	34-Valor Total - R\$
1. ____/____/____	____:____	____:____	a	____	_____	____	____	____	____	____,____	____,____
2. ____/____/____	____:____	____:____	a	____	_____	____	____	____	____	____,____	____,____
3. ____/____/____	____:____	____:____	a	____	_____	____	____	____	____	____,____	____,____
4. ____/____/____	____:____	____:____	a	____	_____	____	____	____	____	____,____	____,____
5. ____/____/____	____:____	____:____	a	____	_____	____	____	____	____	____,____	____,____
6. ____/____/____	____:____	____:____	a	____	_____	____	____	____	____	____,____	____,____
7. ____/____/____	____:____	____:____	a	____	_____	____	____	____	____	____,____	____,____
8. ____/____/____	____:____	____:____	a	____	_____	____	____	____	____	____,____	____,____
	35 - Total Geral Honorários R\$ ____,____										
36 - Observação											

9.5) GUIA DE OUTRAS DESPESAS

Aplicável apenas para faturamento em papel para continuidade e complemento de folhas. Estará sempre ligada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação) e utilizada complementarmente para discriminação de materiais, medicamentos, entre outros) gases e taxas diversas, não informadas na guia principal por falta de espaço.

ATENÇÃO: Como o SERPRO não adota numeração seqüencial em suas guias, no campo relativo ao “Num. da Guia Referenciada”, campo 02, conforme abaixo, o preenchimento deste deverá prever a repetição do código de identificação do beneficiário do plano, permitindo ao sistema informatizado do SERPRO o relacionamento (*link*) com a guia original (SADT ou RESUMO DE INTERNAÇÃO).


 GUIA DE OUTRAS DESPESAS																			
1- Registro ANS 345474		2- N° Guia Referenciada																	
Dados do Contratado Executante																			
3- Código na Operadora / CNPJ / CPF								4- Nome do Contratado				5- Código CNES							
6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Descrição	13-Qtde.	14-% Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R									
1-			a																
2-			a																
3-			a																
4-			a																
5-			a																
6-			a																
7-			a																
8-			a																
9-			a																
10-			a																
11-			a																
12-			a																
13-			a																
14-			a																
15-			a																
16-			a																
17 - Total Gases Medicinais R\$		18 - Total Medicamentos R\$			19 - Total Materiais R\$			20 - Total Taxas Diversas R\$			21 - Total Diárias R\$			22 - Total Aluguéis R\$			23 - Total Geral R\$		

Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cinza são os únicos de preenchimento optativo, ou não obrigatório, ao prestador credenciado.

9.6) GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO


Tem por finalidade ser utilizada para a solicitação de internação de paciente atendido em consulta médica (eletiva ou não), bem como em remoções, tendo em vista a necessidade de continuidade do tratamento em regime hospitalar.

FRENTE

 GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO								
1 - Registro ANS 345474	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____				
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		8 - Plano	9 - Validade da Carteira ____/____/____					
10 - Nome				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____				
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado			14 - Código CNES			
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF			
19 - Código CBO S								
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação								
20 - Código na Operadora / CNPJ		21 - Nome do Prestador						
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U -		23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica						
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____						
26 - Indicação Clínica _____ _____								
Hipóteses Diagnósticas								
27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C -		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ A-Anos M-Meses D-Dias		29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 -				
30 - CID 10 Principal		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)				
33 - CID 10 (4) _____								
Procedimentos Solicitados								
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento			36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit		
38 - Qtde. Aut								
1- _____		_____				_____		
2- _____		_____				_____		
3- _____		_____				_____		
4- _____		_____				_____		
OPM Solicitados								
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- _____		_____		_____		_____	_____	_____
2- _____		_____		_____		_____	_____	_____
3- _____		_____		_____		_____	_____	_____
4- _____		_____		_____		_____	_____	_____
Dados da Autorização								
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		46 - Qtde. Diárias Autorizadas _____		47 - Tipo da Acomodação Autorizada _____				
48 - Código na Operadora / CNPJ			49 - Nome do Prestador autorizado		50 - Código CNES			
51 - Observação _____ _____								
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____				


9.7) SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

Formulário alternativo à ferramenta **WEB**, utilizado obrigatoriamente para solicitação prévia e autorização (senha) de **QUIMIOTERAPIA**, com envio por fax à Central de Regulação do **SERPRO** em até **3 (três) dias úteis** antes da data prevista do procedimento.

						DATA DO PEDIDO
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO						/ / 20
ANS nº 345474						DATA PREVISTA
						/ / 20
DADOS DO PACIENTE (USUÁRIO OU BENEFICIÁRIO)						
NOME DO USUÁRIO				CÓDIGO DO USUÁRIO		
PLANO DO BENEFICIÁRIO	DT NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.	PESO	ALTURA	SUP. CORPORAL
DADOS DO SOLICITANTE E DO EXECUTOR						
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE				CRM	UF	DDD TELEFONE CONTATO
VINCULAÇÃO À OPERADORA <input type="checkbox"/> Credenciado /Ref. <input type="checkbox"/> Livre Escolha / Particular <input type="checkbox"/> Vinculado à Clin/Hosp.			EMAIL DO SOLICITANTE		DDD	FAX DE CONTATO
NOME DO PRESTADOR EXECUTOR (CREDENCIADO/REFERENCIADO)				CNPJ DO PRESTADOR		
DDD	TELEFONE CONTATO	DDD	FAX DE CONTATO	EMAIL DO PRESTADOR / EXECUTOR (CREDENCIADO OU REFERENCIADO)		
DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO						
DT DIAGNÓSTICO	CID-10	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
/ /						
ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> I. Hepática		OBSERVAÇÕES / OUTROS				
<input type="checkbox"/> Diagnóstico Inicial <input type="checkbox"/> Recidiva		T:	II:	M:		
ESTADIAMENTO	METÁSTASES AVALIÁVEIS					DT DIAG. META
						/ /
SE NEO DE MAMA: <input type="checkbox"/> RH + <input type="checkbox"/> RH - <input type="checkbox"/> HER + <input type="checkbox"/> HER -		OBSERVAÇÕES:				
TRATAMENTOS ANTERIORES						
PRIMEIRO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:					DATA / /
SEGUNDO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:					DATA / /
TERCEIRO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:					DATA / /
QUARTO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:					DATA / /
OBSERVAÇÕES:						
TRATAMENTO PROPOSTO / ESQUEMA TERAPÊUTICO						
CÓD. PROC. PRINCIPAL	QTD	CÓD. PR. SECUNDÁRIO	QTD	CÓD. PROC. TERCIÁRIO	QTD	LOCAL DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> Trat Ambulatorial <input type="checkbox"/> Trat. Internado
						C/ RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
SIGLA (ESQUEMA)	No.Ciclos Prév.	Intervalo.	No. Ciclo Atual	FINALIDADE <input type="checkbox"/> Curativa <input type="checkbox"/> Neoadjuv. <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Controle		
ANTIBLÁSTICOS E MEDICAÇÕES ASSOCIADAS						
MEDICAÇÃO	DOSE TOT DIÁRIA	DIAS	TIPO DE MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT	REG. ANVISA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC	
JUSTIFICATIVA MÉDICA						
USO EXCLUSIVO DO SERPRO						
ASSINATURA DO SOLICITANTE						DATA ANÁLISE
						/ / 20


9.8) SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE ÓRTESES, PRÓTESES OU MATERIAIS ESPECIAIS - OPM

Formulário alternativo à ferramenta **WEB**, utilizado obrigatoriamente para solicitação prévia e autorização (senha) de **OPM**, com envio por fax à Central de Regulação do **SERPRO** em até **5 (cinco) dias úteis** antes da data prevista da internação e procedimento.

	SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ÓRTESES, PRÓTESES OU MATERIAIS ESPECIAIS (OPM)						DATA DO PEDIDO		
							/ / 20		
ANS Nº 345474		OPERADORA				ESTIPULANTE		DATA PREVISTA	
								/ / 20	
DADOS DO PACIENTE (USUÁRIO OU BENEFICIÁRIO)									
NOME DO USUÁRIO						CÓDIGO DO USUÁRIO			
PLANO DO BENEFICIÁRIO		DT. NASCIMENTO	IDADE	SEXO DO BENEFICIÁRIO					
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino					
DADOS DO SOLICITANTE E DO EXECUTOR									
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE						CRM	UF	DDD	TELEFONE CONTATO
VINCULAÇÃO À OPERADORA				EMAIL DO SOLICITANTE		DDD	FAX DE CONTATO		
<input type="checkbox"/> Credenciado / Ref. <input type="checkbox"/> Livre Escolha / Particular <input type="checkbox"/> Vinculado à Clin/Hosp.									
NOME DO PRESTADOR EXECUTOR (CREDENCIADO/REFERENCIADO)						CNPJ DO PRESTADOR			
DDD	TELEFONE CONTATO	DDD	FAX DE CONTATO	EMAIL DO PRESTADOR / EXECUTOR (CREDENCIADO OU REFERENCIADO)					
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PROPOSTO									
DT DIAGNÓSTICO	CID-10	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO			
/ /									
CÓD. PROC. PRINCIPAL	QTD	CÓD. PR. SECUNDÁRIO	QTD	CÓD. PROC. TERCIÁRIO	QTD	LOCAL			
						<input type="checkbox"/> Cirurgia/trat. Ambulatorial <input type="checkbox"/> Cirurgia/trat. em Internação			
MATERIAIS PROPOSTOS									
DISCRIMINAÇÃO		REG. ANVISA	QTD	FABRICANTE	FORNECEDOR	PREÇO UNITÁRIO			
1-									
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
Valor total final dos materiais SEM margem de comercialização, porém já incluindo QUANTIDADES TOTAIS:						R\$			
Margem de comercialização:		%		VALOR FINAL PROPOSTO (COM MARGEM):		R\$			
JUSTIFICATIVA MÉDICA / OBSERVAÇÕES									
		PARA USO EXCLUSIVO DO SERPRO							
								DATA ANÁLISE	
ASSINATURA DO SOLICITANTE								/ / 20	

9.9) FORMULÁRIO CAPA DE LOTE

Formulário utilizado para remessa e capeamento do envio de contas, que identifica o total da fatura enviada e também os subtotais de quantidade e valores por tipos de Formulários / GUIAS.

CAPA DE LOTE							
	Registro ANS	345474	Data do Envio				
CNPJ/CPF <input style="width: 90%;" type="text"/>							
NOME DO PRESTADOR <input style="width: 95%;" type="text"/>							
TIPO DE GUIA	QUANT	TOTAL R\$	TIPO DE GUIA	QUANT	TOTAL R\$		
Guia de Consulta	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/>	Guia Resumo Internação	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/>		
Guia de Honorário Individual	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/>	Guia Outras Despesas	<input style="width: 20px;" type="text"/>			
Guia de SP/SADT	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/>					
Quant. de Guias <input style="width: 60%;" type="text"/>			Total da Fatura R\$ <input style="width: 60%;" type="text"/>				
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DOS CAMPOS							
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Assinatura do Credenciado / Carimbo			<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Assinatura do Recebedor (Se presencial)		<table border="1" style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Recebimento</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Recebimento	
Recebimento							

9.10) DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OS PROCEDIMENTOS CONTRACEPTIVOS (LAQUEADURA E VASECTOMIA)



Declaração de Consentimento Informado - LAQUEADURA

O presente documento registra a orientação dada ao paciente (beneficiário/segurado), pelo médico assistente, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao procedimento de esterilização conjugal (laqueadura) proposto e solicitado, previsto na legislação vigente, reforçando o necessário conhecimento prévio dos riscos e complicações possíveis decorrentes do ato médico em questão, bem como de seu caráter irreversível. Todo o conteúdo previsto na Lei Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 e na Portaria MS/SAS Nº 048 de 11 de fevereiro de 1999, foram garantidos pelo médico assistente.

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro que a paciente, a seguir identificada, assim como seu cônjuge, foram por mim orientados, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Lei Nº 9.263 de 12/01/1996. O casal preenche todas as condições necessárias ao procedimento definido na legislação, quanto à idade, quantidade de filhos e prazo do último parto.

Nome legível do médico

CRM

UF

Assinatura do médico

____/____/____
Data

DECLARAÇÃO DO PACIENTE E CÔNJUGE

Eu, abaixo assinada, procurei, por minha livre e espontânea vontade, o Dr (a). _____, para ser submetida em ____/____/____ a uma operação de esterilização permanente, ou LAQUEADURA.

Antes da operação, foi-me informado que:

- 1 - A Laqueadura é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina, que consiste no fechamento das tubas uterinas para impedir a descida do óvulo e a subida do espermatozóide.
- 2 - Nela, as trompas são cortadas e suas extremidades amarradas de tal forma que a passagem dos espermatozoides fica bloqueada na sua porção mais distal e a do óvulo bloqueada na porção mais proximal. Para tanto, realiza-se abertura da cavidade abdominal, diretamente ou por laparoscopia.
- 3 - Apesar da Laqueadura ser um método de esterilização permanente, não possui 100% de eficácia existindo a possibilidade de ocorrer recanalização espontânea (natural) das trompas, com subsequente gravidez.
- 4 - Apesar da possibilidade de reversão da Laqueadura, a recanalização das trompas não possui cobertura pelo meu plano de saúde, bem como a reversão não garante integralmente o sucesso em readquirir fertilidade para posterior gravidez.

Diante do exposto, eu _____, documento de Identidade _____, idade _____ anos, estou ciente de todos os esclarecimentos que me foram fornecidos e manifesto meu desejo em ser submetida à Laqueadura, por minha livre e espontânea vontade.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Cônjuge

Nome do cônjuge: _____

Apesar do fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de maneira satisfatória, sobre a Laqueadura, a opção pelo procedimento é de minha total responsabilidade. A presente declaração é a mais pura manifestação expressa da minha vontade na realização da esterilização permanente pelo procedimento de Laqueadura.

ANS nº 345474

Declaração de Consentimento Informado - VASECTOMIA

O presente documento registra a orientação dada ao paciente (beneficiário/segurado), pelo médico assistente, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao procedimento de esterilização conjugal (vasectomia) proposto e solicitado, previsto na legislação vigente, reforçando o necessário conhecimento prévio dos riscos e complicações possíveis decorrente do ato médico em questão, bem como de seu caráter irreversível. Todo o conteúdo previsto na Lei Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 e na Portaria MS/SAS Nº 048 de 11 de fevereiro de 1999, foram garantidos pelo médico assistente.

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro que o paciente, a seguir identificado, assim como seu cônjuge, foram por mim orientados, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Lei Nº 9.263 de 12/01/1996. O casal preenche todas as condições necessárias ao procedimento definido na legislação, quanto à idade, quantidade de filhos e prazo do último parto.

Nome legível do médico

CRM

UF

Assinatura do médico

Data

DECLARAÇÃO DO PACIENTE E CÔNJUGE

Eu, abaixo assinado, procurei, por minha livre e espontânea vontade o Dr (a) _____, para ser submetido em ___/___/___ a uma operação de esterilização permanente, ou VASECTOMIA. Antes da operação, foi-me informado que:

1 - A Vasectomia é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado.

2 - Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso necessário. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados. Pode haver necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.

3 - As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas complicações ou outras não descritas ou se ainda surgir qualquer dúvida ou problema, o médico responsável ou da respectiva equipe devem ser contatados imediatamente.

4 - Apesar da Vasectomia ser um método de esterilização permanente, não possui 100% de eficácia existindo a possibilidade de recanalização espontânea (natural), permitindo a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados, restabelecendo a fertilidade, com possibilidade de ocasionar gravidez.

5 - Apesar da possibilidade de reversão da Vasectomia, a recanalização do ducto deferente não possui cobertura no plano de saúde. Quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.

6 - O método não interfere no desempenho e nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Homens vasectomizados não estão mais expostos a doenças do que homens não submetidos ao procedimento.

7 - O paciente só poderá retomar a sua atividade sexual, sem qualquer forma de anticoncepção, quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no material ejaculado.

Diante do exposto, eu _____, documento de identidade _____, idade _____ anos, estou ciente de todos os esclarecimentos que me foram fornecidos e manifesto meu desejo em ser submetido à Vasectomia, por minha livre e espontânea vontade.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Cônjuge

Nome do Cônjuge _____

Apesar do fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de maneira satisfatória, sobre a Vasectomia, a opção pelo procedimento é de minha total responsabilidade. A presente declaração é a mais pura manifestação expressa da minha vontade na realização da esterilização permanente pelo procedimento de Vasectomia.

ANS nº 345474

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Manual de Orientações Técnicas e Administrativas para o Credenciado

Declaração de recebimento do Manual de Orientações Técnicas e Administrativas para o Credenciado do **SERPRO** atestando, também, ciência de que sua versão poderá ser atualizada a qualquer momento e estará disponível no sítio <http://www.tempocrc.com.br>, clicando no Portal Clientes, localizado no canto superior direito da página, selecionando o logotipo do **SERPRO** e, em seguida, o link para o Manual.

Declaração de Recebimento do Manual de Orientações

O (a) _____,
CNPJ nº _____, declara o recebimento do Manual de Orientações Técnicas e Administrativas para o Credenciado do **SERPRO**, estando também ciente de que sua versão poderá ser atualizada a qualquer momento e estará disponível no sítio <http://www.tempocrc.com.br>, clicando no Portal Clientes, localizado no canto superior direito da página, selecionando o logotipo do **SERPRO** e, em seguida, o link para o Manual.

Nome do responsável

Nome do responsável

_____, _____, de _____ de 20____.