



Manual do Credenciado

Edição 1.1 de 01/08/2011

Saúde BRB

MISSÃO

“Cuidar da saúde e do bem-estar dos beneficiários, por meio de serviços de excelência”

Sumário

Apresentação.....	6
Canais de comunicação com a Saúde BRB.....	7
Detalhamento do Plano A.....	7
Cobertura do Programa de Assistência Médico-Hospitalar.....	8
Cobertura do Programa de Assistência Ambulatorial.....	8
Cobertura do Programa de Assistência Hospitalar.....	10
Cobertura do Programa de Assistência Odontológica.....	11
Cobertura do Programa de Assistência Social.....	11
Cobertura do Programa de Assistência à Saúde Mental.....	12
Assistência em Psicologia Terapia Ocupacional e Ambulatorial de Psicoterapia.....	12
Assistência Ambulatorial em Psiquiatria.....	13
Assistência a Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais.....	13
Assistência a Pessoas com Dependência Química.....	14
Assistência em Hospital Dia Psiquiátrico.....	14
Cadastro de prestadores de serviços.....	14
Instruções de credenciamento.....	14
Requisitos básicos.....	15
Para Profissionais de Psicologia.....	16
Para Profissionais de Fonoaudiologia.....	16
Para Profissionais de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional.....	16
Para Profissionais de Odontologia.....	16
Para os Demais Profissionais.....	17
Vistoria.....	17
Interrupção do atendimento.....	17
Rescisão contratual.....	18
Atualização das informações do credenciado.....	18
Atualização dos dados cadastrais.....	19
Atualização do corpo clínico.....	19
Revisão das especialidades e/ou procedimentos contratualizados.....	19
Do atendimento ao beneficiário ao pagamento da Saúde BRB.....	20
Identificação dos beneficiários.....	20
Atendimento ao dependente autorizado.....	25
Emissão de Autorização Prévia.....	26
Recebimento da solicitação.....	26
Autorização presencial.....	26
Autorização não presencial.....	27
Autorização para Internações.....	27
Solicitação de autorização de OPME.....	28
Solicitação de autorização de medicamentos de alto custo.....	28
Solicitação de autorização de procedimentos odontológicos.....	29
Autorização para beneficiários de convênios de reciprocidade.....	30
Atendimento de Urgência ou Emergência.....	30
Prorrogação de autorização.....	31
Procedimento não cobertos pelo Plano A.....	32
Cancelamento ou alteração da autorização.....	34
Prazos.....	34
Procedimentos Permitidos a Serem Executados.....	34
Assinaturas nas Guias de Cobrança.....	35
Comprovação Documental.....	35
Auditoria Externa Presencial.....	35
Entrega das Guias de Cobrança.....	35
ANS – nº 41431.0.....	1
Auditoria Interna Pré-Pagamento.....	37

Entrega das Notas Fiscais.....	37
Recurso de Glosas.....	38
Troca de Informação na Saúde Suplementar - TISS.....	38
Critérios Importantes a serem Observados.....	38
Acomodação.....	38
Diárias.....	39
Taxas.....	40
Honorários Médicos.....	40
Visita Hospitalar.....	42
Hospital Dia / Day Clinic.....	42
Urgência e Emergência.....	43
Internações Obstétricas e Assistência ao Recém-Nato.....	43
Internação Psiquiátrica.....	44
Procedimentos Cirúrgicos.....	44
Cirurgia Plástica.....	45
Cirurgia Bariátrica.....	45
Cirurgia para Obesidade Mórbida.....	45
Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica) e Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia).....	46
Gasoterapia.....	46
Materiais.....	46
Medicamentos.....	47
Imagenologia.....	47
Radiologia Intervencionista.....	48
Ultrassonografia.....	48
Dopplerfluxometria.....	48
Saúde Ocupacional e Acidentes de Trabalho.....	49
Remoção.....	49
Consulta.....	49
Consulta Pré- Anestésica.....	49
Exames Complementares - SADT.....	50
Fisioterapia.....	50
Acupuntura.....	51
Terapia Nutricional.....	51
Programa de Prevenção Odontológica.....	51
Odontológica.....	51
Cirurgia Odontológica Buco-Maxilo-Facial.....	51
Situações Passíveis de Glosas.....	51
Prescrição Médica.....	51
Exame.....	51
Procedimento.....	52
Internação ou Permanência Hospitalar.....	52
Visita Hospitalar.....	53
Materiais e Medicamentos.....	53
Materiais e Medicamentos de Alto custo.....	53
Preenchimento das Guias.....	54
Ambulatório.....	54
Tabelas, Listas e Prazos.....	55
Tabela de Procedimentos Saúde BRB.....	55
Procedimentos médicos e odontológicos.....	55
Materiais e medicamentos.....	55
Medicamento de Alto custo.....	55
Pacotes.....	55
Convênios de reciprocidade com outras operadoras.....	56
Glossário.....	57

Brasília/DF, 01 de Julho de 2011

Senhores Prestadores de Serviços,

Com os nossos cordiais cumprimentos, queremos registrar a nossa satisfação da contar com a inclusão dessa renomada Instituição no rol de prestadores de serviços da rede credenciada da Saúde BRB, ao tempo em que consignamos também nossa expectativa de que a parceria ora estabelecida seja reciprocamente positiva para ambas as partes contratantes, e que se dê sob os elevados princípios da cordialidade, ética e transparência.

Na oportunidade, estamos disponibilizando este manual onde poderão ser encontradas todas as principais rotinas e procedimentos adotados por esta Caixa de Assistência para operacionalização da parceria ora estabelecida. Esperamos que o documento contribua, efetivamente, para assegurar qualidade na disponibilização dos serviços aos nossos usuários e, de igual, forma, no relacionamento entre as parte contratantes.

Colocando-nos ao inteiro dispor de V. S^a., subscrevemos-nos,

Atenciosamente.

Saúde BRB – Caixa de Assistência
ANS nº 41.431-0

1 Apresentação

A Saúde BRB Caixa de Assistência, é uma autogestão sem fins econômicos, regida por estatuto e regulamentos próprios, criada em 2002, por iniciativa do BRB Banco de Brasília S. A. e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 41.431-0.

A Saúde BRB tem por objetivo principal a instituição e manutenção de planos e programas de assistência à saúde e campanhas de prevenção a doenças, buscando a promoção da saúde e do bem-estar de seus beneficiários.

São Associadas Patrocinadoras da Saúde BRB:

- I. BRB - Banco de Brasília S.A;
- II. BRB Clube de Seguros e Assistência;
- III. BRB Administradora e Corretora de Seguros S.A.;
- IV. Cartão BRB S.A.;
- V. BRB – Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários S.A;
- VI. BRB - Crédito, Financiamento e Investimento S.A;
- VII. REGIUS - Sociedade Civil de Previdência Privada;
- VIII. Saúde BRB - Caixa de Assistência; e
- IX. Outras futuras entidades que venham a subscrever o convênio de adesão.

Este manual tem por objetivo a disponibilização de informações necessárias aos prestadores de serviços, para que possam oferecer atendimentos de qualidade aos beneficiários do Plano de Saúde, de acordo com as normas da Saúde BRB e as disposições contatuais estabelecidas, além de contribuir para a transparência e o bom funcionamento das relações entre as partes envolvidas.

2 Canais de comunicação com a Saúde BRB

A Saúde BRB possui alguns pontos de contato que devem ser utilizados conforme serviços disponibilizados. Abaixo listamos os canais de comunicação e suas funcionalidades:

Canal de contato	Forma, número ou endereço	O que pode ser feito?
Dependências da Saúde BRB:	SRTVS Q. 701, Centro Empresarial Assis Chateaubriand, Térreo 02, Asa Sul, Brasília/DF	- Todos os serviços da Saúde BRB podem ser feitos pessoalmente nas suas dependências. - Serviços feito EXCLUSIVAMENTE neste endereço: <ul style="list-style-type: none"> > Inscrição de prestadores de serviços; > Perícia presencial; > Entregas de guias de cobrança.
Email do setor de credenciamento:	credenciamento@brbsaude.com.br	Atendimento aos prestadores de serviços quanto ao seu cadastro na Saúde BRB (Dúvidas, solicitações de suspensão, rescisão, inclusões e alterações do cadastro).
Email de autorização	autorizacoes@brbsaude.com.br	Emissão, cancelamento e prorrogação de autorizações.
Fax:	DF:(61)3035-9440 e (61)3035-9433	- Solicitação de autorizações e envio de documentos comprobatórios; - Solicitação de prorrogação; - Cancelamento de autorização; - Prorrogação de autorização; - Solicitação de alteração de dados no cadastro de prestadores;
Central de Atendimento	DF: (61)3325-1666 Outros Estados: 0800-610466	- Consultar validade de cartão; - Informar valor de Imposto de renda para os prestadores; - Informar valor de participação para beneficiários; - Informar rede credenciada; - Informações sobre o plano ofertado (Plano A); - Confirmar recebimento de fax; - Informar valor de nota fiscal a ser emitida.
Sítio na internet:	http://www.brbsaude.com.br	- Verificação do valor da nota fiscal a ser emitida; - Acesso ao cronograma anual de entrega de guias e pagamento; - Emissão de capa de lote das guias de cobrança; - Acesso aos modelos de guias de cobrança; - Acesso a instruções, manuais e comunicados; - Formulário e instruções sobre Recurso de Glosa; - Acesso aos modelos de laudo e relatório pericial para Assistência Psicológica e Fonoaudiológica; - Informações sobre o Programa de Prevenção Odontológica; - Acesso ao sistema HRP da Saúde BRB
Sistema HRP na Internet	http://hrp.brbsaude.com.br	- Envio de arquivos de XML; - Verificação do valor da nota fiscal a ser emitida; - Emissão de autorizações odontológicas.

3 Detalhamento do Plano A

O Saúde BRB administra atualmente um único plano de saúde chamado “Plano A”. Este plano tem as seguintes características:

- I. Plano Empresarial por Adesão;
- II. Plano de Abrangência Nacional;
- III. Plano com atendimento ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e Odontológico;
- IV. Plano oferece atendimento em acomodação em apartamento tipo B;
- V. Plano com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e

Problemas Relacionados com a Saúde - CID10, da Organização Mundial da Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente na época do evento, bem como todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, mediante a contratação de terceiros, por conta e ordem dos beneficiários Titulares e Dependentes devidamente inscritos, de acordo com os seguintes programas:

- a) Programa de Assistência Médico-Hospitalar
- b) Programa de Assistência Ambulatorial;
- c) Programa de Assistência Hospitalar com Obstetrícia;
- d) Programa de Assistência Odontológica;
- e) Programa de Assistência Social; e
- f) Programa de Assistência à Saúde Mental.

VI. Carências:

- a) 30 (trinta) dias, para consultas médicas e serviços de diagnose e terapia;
- b) 60 (sessenta) dias, para os demais procedimentos, inclusive parto a termo;
- c) O filho recém-nascido do(a) Beneficiário(a) Titular fica desobrigado do cumprimento das carências previstas neste artigo, desde que sua inscrição ocorra até o 30 (trigésimo) dia de nascimento;
- d) Não há carência para atendimento de urgência ou emergência.

A Saúde BRB poderá incluir ou excluir procedimentos visando a adequação às coberturas previstas nos programas acima listados, com base na legislação específica.

3.1 Cobertura do Programa de Assistência Médico-Hospitalar

No Programa de Assistência Médico-Hospitalar estão compreendidas as seguintes coberturas:

I. Planejamento Familiar: cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, dos seguintes procedimentos:

- a) Consulta e Aconselhamento para Planejamento Familiar;
- b) Atividade Educacional para Planejamento Familiar;
- c) Sulfato de Dehidroepiandrosterona (Sdhea);
- d) Implante de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) Hormonal – incluindo o dispositivo.

II. Médico Anestesiologista: Fica garantida a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, tendo sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.2 Cobertura do Programa de Assistência Ambulatorial

A assistência ambulatorial será prestada pela Saúde BRB, em caráter eletivo e de urgência/

emergência, por meio de entidades e/ou profissionais contratados e compreenderá:

- I. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- III. Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;
- IV. Cobertura de sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- V. Cobertura de procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- VI. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) radioterapia ambulatorial;
 - d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
 - e) hemoterapia ambulatorial; e
 - f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- VII. Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- VIII. Assistência Farmacêutica: com a finalidade de facilitar aos beneficiários do Plano a aquisição dos medicamentos fora da hospitalização, destinados ao tratamento dos seguintes grupos de patologias em estágios graves e crônicos:
 - a) neoplasias malignas;
 - b) disfunções hormonais com graves repercussões para o organismo;
 - c) artrite reumatóide;
 - d) lúpus eritematoso sistêmico;
 - e) poliartrite nodosa;
 - f) esclerodermia;
 - g) dermatopolimiosite;
 - h) miastenias gravis;

- i) síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS;
- j) doença de Parkinson;
- k) cardiopatia grave;
- l) nefropatia crônica;
- m) esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes.

3.3 Cobertura do Programa de Assistência Hospitalar

A assistência hospitalar será prestada em caráter eletivo e de urgência/emergência, por meio de procedimentos em clínicas básicas especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina em hospitais contratados e compreenderá:

- I. Cobertura de internações hospitalares;
- II. Cobertura de internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar, a critério do médico assistente;
- III. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- IV. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- V. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;
- VI. Fornecimento de medicamentos, materiais, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- VII. Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- VIII. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
 - a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral ou enteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) radiologia intervencionista;

- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- IX. cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- X. cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento;
- XI. cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XII. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.

3.4 Cobertura do Programa de Assistência Odontológica

A assistência odontológica será prestada pela Saúde BRB, em caráter eletivo e de urgência, por meio de entidades e/ou profissionais contratados e compreenderá a cobertura de:

- I. exames clínicos;
- II. procedimentos diagnósticos;
- III. atendimentos de urgência e emergência odontológicos;
- IV. exames auxiliares ou complementares;
- V. tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente;
- VI. todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento;
- VII. honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar.

Os procedimentos de prótese que possuem cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como coroas metalo-cerâmicas, restaurações inlay /onlay, coroas venner e casquetes de moldagem, deverão ser autorizados mediante perícia inicial e submetidos à perícia final, ainda que o beneficiário opte pelo programa prevencionista.

À exceção dos casos de urgência (pulpectomia, exodontia, hemorragia, alveolite, fraturas dentárias), consulta, radiografia, profilaxia, aplicação de flúor e selante e remoção de cálculo supragengival, todos os demais tratamentos odontológicos estão sujeitos a perícias inicial e final da Saúde BRB, no caso de opção pela modalidade de tratamento mediante perícia.

3.5 Cobertura do Programa de Assistência Social

A assistência social será prestada pela Saúde BRB para a cobertura dos seguintes procedimentos:

- I. remoções terrestres comprovadamente necessárias, quando da ocorrência de acidentes que vitimem beneficiário fora do Distrito Federal;
- II. próteses não cirúrgicas.

A assistência social consistirá no ressarcimento de 50% das despesas havidas com remoção terrestre ou aquisição das próteses não cirúrgicas, em até 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal.

O beneficiário deverá agendar perícia médica prévia e apresentar relatório do médico assistente que prescreveu o uso da prótese, bem como os laudos dos exames.

Para aquisição da prótese deverão ser feitas 3 (três) cotações, sendo que o reembolso será feito com base no menor valor

3.6 Cobertura do Programa de Assistência à Saúde Mental

A assistência à saúde mental será prestada pela Saúde BRB para a cobertura dos seguintes procedimentos:

- I. Assistência em psicologia, terapia ocupacional e ambulatorial de psicoterapia;
- II. Assistência ambulatorial de psiquiatria;
- III. Assistência às pessoas portadoras de necessidades especiais;
- IV. Assistência às pessoas com dependência química;
- V. Assistência Hospital-Dia Psiquiátrico;
- VI. Assistência hospitalar psiquiátrica.

Fica ressalvado que todos os serviços e procedimentos abrangidos pelo Programa de Assistência Mental, além de estarem sujeitos à autorização prévia da Saúde BRB, deverão, obrigatoriamente, obedecerem ao disposto nas Diretrizes de Utilização (DUT) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS.

3.6.1 Assistência em Psicologia Terapia Ocupacional e Ambulatorial de Psicoterapia

A Assistência em Psicologia consiste no atendimento realizado por psicólogo nos casos de distúrbios psico-emocionais, com interferências na vida profissional e pessoal do beneficiário.

A assistência em psicologia consiste no atendimento realizado por psicólogo nas modalidades de psicoterapia individual, de casal, orientação familiar, em grupo e infantil, reconhecidas pelos Conselhos Profissionais competentes.

A avaliação psicológica será realizada no máximo em 5 (cinco) sessões, devendo o beneficiário apresentar o laudo emitido pelo psicólogo com diagnóstico e prescrição para a continuidade do tratamento, não requerendo nesta fase autorização prévia do programa.

A Saúde BRB, atendendo ao disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, garantirá, no âmbito da assistência em psicologia e/ou terapia ocupacional:

- I. A cobertura de até 48 (quarenta e oito) consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, por ano de contrato, ininterruptas ou não;
- II. A cobertura de 12 (doze) consultas/sessões com terapeuta ocupacional, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
 - b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
 - c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtorno do desenvolvimento psicológico (CID F82, F83).

Serão autorizadas, inicialmente, até 24 (vinte e quatro) sessões, 1 (uma vez) por semana, com posterior prorrogação, caso seja necessária.

3.6.2 Assistência Ambulatorial em Psiquiatria

A assistência ambulatorial de psiquiatria consiste no atendimento realizado por médico psiquiatra a todas as doenças relacionadas na Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde - CID 10.

3.6.3 Assistência a Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais

A assistência a pessoas portadoras de necessidades especiais consiste no atendimento por entidade especializada e reconhecida pelos respectivos conselhos da categoria, por meio de procedimentos de psicoterapia, musicoterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicopedagogia, fisioterapia motora, hidroterapia, eqüoterapia e orientação aos pais.

É considerado deficiente o beneficiário portador de patologia congênita ou adquirida, de natureza psíquica ou orgânica, que comprometa o seu desempenho na atividade diária, tornando-o dependente de terceiros.

A recuperação do paciente, parcial ou total, no decorrer do tratamento, poderá resultar na suspensão do seu enquadramento nesta modalidade.

Os procedimentos necessitam de autorização prévia e estão limitados a 72 (setenta e duas) diárias, por semestre, por beneficiário.

A inclusão de outras modalidades de tratamento com indicação para o caso deverá ser avaliada pela Saúde BRB.

3.6.4 Assistência a Pessoas com Dependência Química

A assistência a pessoas com dependência química consiste no atendimento por entidade especializada credenciada à Saúde BRB.

Entende-se como dependência química o desejo compulsivo, uso ou ingestão de substâncias psicoativas que levem a síndromes de dependência orgânica e/ou psíquica com graves desequilíbrios na harmonia psicossocial do indivíduo e redução da capacidade laboral.

3.6.5 Assistência em Hospital Dia Psiquiátrico

A assistência em hospital-dia psiquiátrico consiste no atendimento por entidades especializadas, contratadas pela Saúde BRB, reconhecidas pelos respectivos Conselhos da categoria, por meio de procedimentos de psicoterapia individual, de grupo, de família, de casal, terapia ocupacional e acompanhamento psiquiátrico, mediante autorização prévia.

Entende-se hospital-dia para tratamento de transtornos mentais como recurso intermediário entre o ambulatório e a internação, o qual deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

4 Cadastro de prestadores de serviços

4.1 Instruções de credenciamento

Para solicitar o credenciamento à rede de prestadores de serviços do Saúde BRB, o interessado deverá seguir os seguintes passos:

- I. Formular uma carta de apresentação com a solicitação formal de credenciamento e enviar para o email do setor de credenciamento ou entregar fisicamente nas dependências da Saúde BRB (veja item 3 deste manual);
- II. Após análise, a Saúde BRB informará ao solicitante o interesse na contratação ou não e encaminhará os documentos de instruções e formulários obrigatórios;
- III. Caso haja necessidade, o solicitante poderá acessar o sítio da Saúde BRB na internet e fazer download das instruções e formulários obrigatórios. Nestas instruções estão todas as informações sobre o funcionamento operacional, técnico, contratual e financeiro, e assim, com base nestas informações, o solicitante poderá avaliar as regras administrativas da operadora;

- IV. O solicitante deverá apresentar cópias autenticadas dos documentos necessários para credenciamento e apresentar certidões conforme as instruções;
- V. Posteriormente ao levantamento de todas os documentos necessários e após o preenchimento dos formulários obrigatórios, o solicitante deverá entregá-los fisicamente nas dependências da Saúde BRB;
- VI. A Saúde BRB avaliará todas as informações disponibilizadas, podendo, inclusive, efetuar visitas *in loco* para conhecer as instalações físicas e autenticar as informações técnicas prestadas ou convidar o prestador de serviços para discussão de assuntos específicos;
- VII. Ao fim do processo, a Saúde BRB emitirá um parecer final aceitando ou não o credenciamento do solicitante, redigindo o contrato final e definindo a data inicial da parceria com o prestador de serviço.

Algumas regras importantes devem ser ressaltadas àqueles que desejam integrar a rede credenciada da Saúde BRB:

- I. Todos os documentos exigidos para o credenciamento deverão ser entregues ao mesmo tempo, caso o solicitante tenha alguma dificuldade na emissão de algum deles, este deverá aguardar sua emissão para posterior entrega de todos os documentos juntos;
- II. Todas as informações disponibilizadas pelos solicitantes à Saúde BRB serão consideradas verdadeiras, mas isto não priva a operadora da oportunidade de comprovação das informações por meio de visitas e avaliações técnicas;
- III. A solicitação ou a existência do processo de credenciamento na operadora não garante ao solicitante sucesso no credenciamento. O início de atendimento aos beneficiários e o efetivo credenciamento somente se dará com a assinatura do contrato e a definição da data inicial de atendimento;
- IV. Ao disponibilizar no sítio da internet todas as informações operacionais, administrativas, financeiras e contratuais da relação entre a operadora e o prestador de serviço, que deverá ser acessado pelo solicitante antes do envio do pedido de credenciamento, a Saúde BRB prejulga o conhecimento e a aceitação destas regras por parte do solicitante;
- V. O novo prestador de serviço deverá possuir uma conta-corrente ativa no BRB - Banco de Brasília, para recebimento dos valores dos pagamentos.

4.2 Requisitos básicos

Para todos os estabelecimentos e profissionais a Saúde BRB exige os seguintes itens:

- I. Pessoa Jurídica;

- II. Possuir número do CNES, caso obrigatório;
- III. Ser inscrita como pessoa jurídica no conselho regional da categoria;
- IV. Possuir alvará de funcionamento;
- v. Possuir licença sanitária;
- VI. Em caso de corpo clínico:
 - a) Profissional graduado na respectiva área de atuação;
 - b) Profissional inscrito no conselho regional da categoria com habilitação no Distrito Federal.

4.2.1 Para Profissionais de Psicologia

- VII. Possuir 2 (dois) anos de efetivo exercício da profissão;
- VIII. Possuir curso de especialização ou formação, pós graduação, em área clínica, com no mínimo 360h em instituição que mantenha cursos reconhecidos pelo CFP e MEC;
- IX. Os títulos e certificados devem ser emitidos por instituições reconhecidas pelo CRP e MEC.

4.2.2 Para Profissionais de Fonoaudiologia

- X. Possuir 2 (dois) anos de efetivo exercício da profissão em instituições de saúde, contados a partir da graduação;
- XI. Possuir curso de especialização ou formação, pós graduação, em área clínica, com no mínimo 360h em instituição que mantenha cursos reconhecidos pelo CFP e MEC;
- XII. Os títulos e certificados devem ser emitidos por instituições reconhecidas pelo CRP e MEC.

4.2.3 Para Profissionais de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional

- XIII. Possuir 2 (dois) anos de efetivo exercício da profissão em instituições de saúde, contados a partir da graduação;
- XIV. Prática Profissional, pós-formatura, de no mínimo 360 horas, em instituições de saúde, hospitais, escolas, serviços com residência médica em ortopedia e traumatologia, fisioterapia ou saúde mental;
- XV. Possuir curso de especialização ou formação clínica na área de, no mínimo, 360 horas;
- XVI. Os títulos e certificados devem ser emitidos por instituições reconhecidas pelo CREFITO e MEC.

4.2.4 Para Profissionais de Odontologia

- XVII. Possuir efetivo exercício da profissão de, no mínimo, 2 (dois) anos, contados a partir da conclusão da graduação;
- XVIII. Possuir efetivo exercício da profissão na especialidade requerida de, no mínimo, 1 (um) ano, contados a partir da conclusão do curso de especialização;
- XIX. Possuir efetivo exercício da profissão de clínica geral de, no mínimo, 5 (cinco) anos, para a atividade de perícia odontológica;
- XX. Certidão de habilitação legal emitida pelo Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal;
- XXI. Os títulos e certificados devem ser emitidos por instituições reconhecidas pelo CFO, ABO ou MEC.

4.2.5 Para os Demais Profissionais

- XXII. Possuir 2 (dois) anos de de residência médica concluída, em instituição reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica – CRM/MED;
- XXIII. Possuir curso de especialização, de no mínimo 1 (um) ano, além de 2 (dois) anos de residência médica, em instituição de reconhecido gabarito técnico e voltado para o ensino e pesquisa;
- XXIV. Possuir título de especialista emitidos pelas Sociedades específicas, como forma de comprovar a formação profissional;
- XXV. Os títulos, certificados, estágios, formação e vivência profissional, devem ser emitidos por instituições reconhecidas pelo CFM e MEC.

4.3 Vistoria

As vistorias serão realizadas, por equipe multiprofissional composta por médico ou enfermeiro com ajuda de um auxiliar.

Serão feitas verificações com base nas informações cadastradas no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A consulta será realizada com base no número de inscrição no CNES, CNPJ, CPF ou razão social.

A vistoria é padronizada e orientada para analisar os requisitos elementares e essenciais ao funcionamento do estabelecimento, dentro dos padrões básicos de qualidade de atendimento.

4.4 Interrupção do atendimento

O contrato de prestação de serviços poderá ser interrompido excepcionalmente pelos motivos abaixo:

- I. Por solicitação do credenciado, por motivo de reforma, desastre ou qualquer motivo que inviabilize o atendimento dos pacientes, por escrito, por um período máximo de 1 (um) ano, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias corridos e aprovação da Saúde BRB;
- II. Por iniciativa da Saúde BRB, em caso de constatação de irregularidades, até que as mesmas sejam sanadas. O Saúde BRB irá entrar em contato com o prestador de serviço comunicando os motivos da interrupção.

4.5 Rescisão contratual

O contrato firmado entre o prestador de serviços e a Saúde BRB poderá ser rescindido sem justo motivo mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias corridos.

Durante o período do aviso prévio não pode haver interrupção, suspensão e/ou negligência ao atendimento aos beneficiários da Saúde BRB.

O prestador de serviço deverá apresentar, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da notificação de rescisão, relação dos pacientes internados em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, a dar continuidade na assistência até a alta hospitalar.

O contrato também poderá ser rescindido por justa causa, com aplicação imediata, nos seguintes casos:

- III. Não cumprimento de qualquer uma das cláusulas contratuais;
- IV. Paralisação parcial ou total dos serviços contratados sem justa causa e prévia comunicação à Saúde BRB;
- V. Alteração do contrato social que prejudique a execução do objeto contratual;
- VI. Liquidação extrajudicial, decretação de concordata ou falência;
- VII. Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes ou dos beneficiários da Saúde BRB;
- VIII. Atraso no pagamento por parte da Saúde BRB superior a 30 (trinta) dias corridos, salvo descumprimento contratual que abone o referido atraso;
- IX. Infração comprovada às normas sanitárias e fiscais em vigor;
- X. Fraude e/ou simulação de atendimentos.

A Saúde BRB irá formalmente contatar o prestador para informar dos motivos da rescisão contratual.

4.6 Atualização das informações do credenciado

Para que a operadora possa agilizar o processo de autorização, auditoria e

pagamento, todas as informações referente aos prestadores de serviços devem estar constantemente atualizados na base de dados da Saúde BRB. Assim, qualquer mudança na situação do prestador de serviço que possa afetar o atendimento ou o contrato em vigor, deverão ser imediatamente informados à Saúde BRB.

4.6.1 Atualização dos dados cadastrais

Qualquer mudança nos dados do prestador de serviço que são considerados cadastrais deverá ser comunicada ao setor de credenciamento do Saúde BRB por email (veja item 3 deste manual).

Informações cadastrais são aquelas referentes aos dados básicos como endereços, telefones, email, nome do responsável técnico, impostos ou qualquer outra informação que não trate de valores de pagamento.

Na solicitação de alteração cadastral, o prestador deverá informar o seu código e o nome, o dado antigo e o novo dado, além do motivo da modificação, devendo, inclusive, anexar o documento comprobatório da mudança cadastral. No caso da existência de documento que comprove a mudança do cadastro, a solicitação de alteração e este documento deverão ser enviados pelos correios ou entregues pessoalmente às dependências da Saúde BRB.

4.6.2 Atualização do corpo clínico

A entrada ou saída de profissionais do corpo clínico do prestador de serviço ou a mudança de sua qualificação, deverão ser informados à operadora.

Para o cadastramento do novo profissional do corpo clínico na Saúde BRB, alguns documentos deverão ser enviados conforme relação detalhada no documento: “Documentos Necessários para Avaliação de Credenciamento”. Este documento está disponível no sítio da Saúde BRB na internet (veja item 3 deste manual).

A entrada ou mudança na qualificação profissional do corpo clínico deverá ser informada através dos correios ou entregues pessoalmente às dependências da Saúde BRB devido a necessidade de envio de cópias autenticadas de documentos comprobatórios e currículo.

A saída do profissional do corpo clínico poderá ser informada pelo email do setor de credenciamento da Saúde BRB (veja item 3 deste manual).

4.6.3 Revisão das especialidades e/ou procedimentos contratualizados

Quando o prestador de serviço desejar solicitar a inclusão ou a remoção de

qualquer especialidade ou procedimento, o deverá fazê-lo através dos correios ou pessoalmente.

Nessa solicitação, o prestador de serviço deverá informar seu código e nome, nomes das especialidades e dos procedimentos que desejam que sejam avaliados, além da descrição detalhadas dos equipamentos, quando necessários para execução do procedimento, e dos motivos da solicitação.

Todas as solicitações de inclusão de novas especialidades e procedimentos serão analisadas pela área técnica responsável que irá avaliar sua necessidade de contratação pela operadora, podendo, ainda, efetuar visitas técnicas para homologação das informações prestadas.

A disponibilização, oferta e solicitação de credenciamento de novas especialidades e procedimentos pelo prestador de serviço, apesar da existência de um contrato vigente entre as partes, não obriga a operadora a contratar esse novo serviço.

5 Do atendimento ao beneficiário ao pagamento da Saúde BRB

O prestador de serviço deve atender a todos os beneficiários da Saúde BRB sem nenhuma distinção em relação a qualquer outro atendimento feito em suas dependências, inclusive quanto a oferta de vagas, prazo para atendimento e tempo de espera.

Para que o processo de atendimento transcorra de forma eficaz e o pagamento não sofra nenhuma glosa, alguns cuidados devem ser tomados, conforme os itens abaixo detalhados.

5.1 Identificação dos beneficiários

A correta identificação do beneficiário e a conferência da validade do seu atendimento, são fundamentais para um atendimento seguro e sem risco de problemas no momento do pagamento.

A rede credenciada da Saúde BRB deverá atender tanto os beneficiários diretos, que são aqueles que estão na carteira de beneficiários da Saúde BRB, ou os beneficiários de outras operadoras que mantém contrato de reciprocidade de atendimento com a Saúde BRB, isto é, os beneficiários de outras operadoras que são atendidos pela rede credenciada da Saúde BRB, desde o beneficiário esteja de posse do cartão de identificação da Saúde BRB.

Todos os beneficiários recebem um cartão magnético de identificação ou um documento provisório de autorização de atendimento emitido e autenticado pela Saúde BRB.

A Saúde BRB possui 4 (quatro) tipos de cartões diferentes no mercado e que, aos poucos, serão substituídos por somente um. Em ordem de antiguidade, os modelos estão abaixo demonstrados:

Beneficiários Saúde BRB

1º Cartão Plano A:

Frente



Verso



2º Cartão Plano A:

Frente



Verso



3º Cartão Plano A:

Frente



Verso



4º Cartão Plano A:

Frente



Verso



Cartão “Dependente Autorizado”:

Frente



Verso



Beneficiários de Outras Operadoras

1º Cartão:

Frente



Foto
Nome do Beneficiário

Verso



Dados do cartão
Nome do Beneficiário
Nascimento

2º Cartão:

Frente



Verso



Dados do cartão
Nome do Beneficiário
Nascimento

3º Cartão:**Frente****Verso**

Ao efetuar o atendimento, o prestador de serviço deverá tomar as seguintes providências:

- I. Solicitar ao beneficiário seu cartão de identificação do Saúde BRB e um documento oficial pessoal com foto;
- II. Na falta de documento pessoal, o menor de 14 (quatorze) anos será identificado por documento dos pais ou responsável;
- III. Verificar se o portador é o mesmo identificado no cartão através de seu nome e data de nascimento e foto, caso seja possível;
- IV. De posse do cartão, verificar a data de validade deste. Somente deverão ser atendidos os portadores de cartão válido, ainda não vencido na data do atendimento;
- V. A falta de cartão de identificação de beneficiário somente poderá ser suprida por autorização emitida pela Saúde BRB;
- VI. Com o cartão validado, transcrever para a guia, caso necessário, o nome e o número do cartão do beneficiário para futuro envio à Saúde BRB.

5.2 Atendimento ao dependente autorizado

A Saúde BRB possui somente um plano de saúde comercializado no mercado chamado

“Plano A”. A Saúde BRB, buscando atender aos dependentes dos titulares do “plano A” que não possuíam assistência à saúde, criou um tipo de vínculo chamado “Dependente autorizado”, que permite que o beneficiário possa fazer pagamentos diretamente aos prestadores de serviços baseados nos valores praticados com a Saúde BRB.

No caso de atendimento a esses beneficiários, o prestador deverá cobrar o atendimento diretamente ao beneficiário, com base nos valores contratualizados com a Saúde BRB.

5.3 Emissão de Autorização Prévia

A regulação de procedimentos na Saúde BRB consiste em aperfeiçoar os instrumentos já implantados, ampliar a sua efetividade e proceder ajustes decorrentes dos próprios impactos do processo na organização e gerenciamento do sistema de saúde, de forma a garantir uma melhoria constante e sustentável nos serviços prestados à saúde dos beneficiários do plano.

A regulação de acesso a serviços é efetuada pela autorização médica dos procedimentos baseada em Protocolos Clínicos, Diretrizes do Conselho Federal de Medicina, Medicina Baseada em Evidências, Código de Ética Médica e Consensos de Especialidades Médicas, não sendo utilizado o critério de negativa por valor do procedimento.

Desta forma, alguns procedimentos e serviços somente poderão ser executados quando forem previamente autorizados pela Saúde BRB.

Estas autorizações serão emitidas num prazo mínimo de 3 (três) dias após o recebimento da solicitação do prestador ou beneficiários, exceto no atendimento a beneficiários de operadoras de reciprocidade, em casos excepcionais ou de maior complexidade.

5.3.1 Recebimento da solicitação

Os procedimentos que necessitam autorização prévia podem ser emitidos tanto pelos beneficiários quanto pelos prestadores de serviço. Somente os procedimentos que necessitam de avaliação presencial devem ser emitidos exclusivamente pelos beneficiários.

Na emissão da autorização, a Saúde BRB avalia alguns itens:

- I. A execução do procedimento conforme protocolos médicos internacionais;
- II. A habilitação do prestador para executar o referido procedimento;
- III. A habilitação do beneficiário para ser atendido;
- IV. A cobertura do plano sobre procedimento solicitado no plano contratado.

Caso haja alguma dúvida, o prestador de serviço poderá ser acionado para que estas sejam sanadas. Além disso, é facultado à Saúde BRB, a critério de seu médico auditor, o encaminhamento do beneficiário a outro profissional para solicitação de segunda opinião.

5.3.1.1 Autorização presencial

A guia de autorização, no caso da autorização presencial, é emitida nas dependências da Saúde BRB e entregue ao beneficiário do plano, com todas as informações do paciente, do prestador de serviços escolhido pelo beneficiário, procedimentos a serem executados e as informações referentes à autorização.

Neste tipo de autorização, o beneficiário deverá vir pessoalmente às dependências da Saúde BRB, de posse do pedido médico, para solicitar a autorização.

As solicitações de autorizações de procedimentos que necessitam de perícia médica prévia devem ser emitidas exclusivamente pelos beneficiários do plano, exceto nos casos de atendimento de urgência ou emergência que, através do envio de comprovações da situação do paciente, a Saúde BRB avalia a situação liberando a autorização, podendo até mesmo enviar a equipe de auditoria externa para acompanhar o caso.

5.3.1.2 Autorização não presencial

A guia de autorização pode ser solicitada pelo prestador de serviço por fax, email ou, no caso de dentistas, emitida pelo sítio da Saúde BRB na internet. Para saber mais informações sobre os canais de comunicação com a Saúde BRB, acesse o item 3 deste manual.

O prestador de serviços deverá enviar junto ao pedido de autorização todos os documentos necessários para comprovação da necessidade de execução do referido procedimento ou serviço.

5.3.2 Autorização para Internações

Todo e qualquer atendimento que implique em internação por qualquer período de tempo somente poderá ser realizado mediante autorização prévia. Constituem exceção apenas os casos de urgência/emergência ocorridos fora do horário comercial, cujas respectivas autorizações deverão ser regularizadas no primeiro dia útil subsequente.

Nas internação de caráter de urgência ou emergência, a emissão da autorização se dará de forma excepcional conforme detalhamento do processo no item 5.3.7.

5.3.3 Solicitação de autorização de OPME

Nos procedimentos eletivos, as solicitações de órtese, prótese ou material especial (OPME), com valor acima de R\$ 1.000,00 (um mil reais), devem ser encaminhadas com antecedência mínima de 8 (oito) dias úteis. Os materiais serão negociados diretamente entre a Saúde BRB e o fornecedor/distribuidor, que será responsável por entregar o produto ao prestador de serviço solicitante. Para isto o prestador de serviço deverá solicitar a

aquisição do OPME por fax (veja item 3 deste manual) enviando os documentos que comprovem a necessidade de utilização do OPME e o detalhamento técnico do material a ser adquirido.

A Saúde BRB irá fazer a cotação no mercado conforme detalhamento técnico informado pelo prestador, adquirindo aquele produto que, de acordo com o corpo técnico especializado da empresa, apresentar o melhor custo e benefício ao paciente, sem dar preferência a marca ou fornecedor.

O prestador de serviço não poderá exigir o fornecimento de materiais e instrumentais de determinada marca comercial para realização dos procedimentos médicos, salvo em casos excepcionais, em que um instrumental tenha particularidade técnica específica e seja a única alternativa para realizar determinado procedimento. Para isto, o médico assistente deverá justificar por escrito sua solicitação, conforme Parecer nº 16/2008 do CFM - Conselho Federal de Medicina.

As OPMEs devem obedecer às Normas de Fabricação e Requisitos Essenciais de Segurança e Eficácia de Produtos para a Saúde, estabelecidos pela ANVISA/MS, deverão possuir registro vigente na ANVISA e, preferencialmente, ter fabricação nacional ou nacionalizados.

Caso haja divergência sobre qual OPME a ser adquirido, um outro profissional será eleito, em comum acordo, para apresentar uma segunda opinião.

Nos atendimentos de urgência ou emergência, a solicitação de OPME deverá ser enviada no primeiro dia útil subsequente. O processo de cotação será normal realizado conforme já descrito neste item.

5.3.4 Solicitação de autorização de medicamentos de alto custo

Deverá ser solicitada autorização prévia para medicamentos cujo valor unitário seja igual ou superior a R\$300,00 (trezentos reais).

A solicitação de autorização dos medicamentos de alto custo administrados em caráter de urgência ou emergência deverá ser encaminhada à Saúde BRB no primeiro dia útil após o início do tratamento, e serão submetidos à análise da auditoria médica.

As solicitações dos medicamentos de alto custo deverão ser acompanhadas de relatório médico contendo o nome, peso e altura do paciente, nome do medicamento (seguido de dosagem e posologia), período de tratamento, indicação clínica, exames pertinentes, nome e CRM do médico assistente.

5.3.5 Solicitação de autorização de procedimentos odontológicos

Para a realização de atendimento odontológico, o beneficiário poderá submeter-se à perícia ou ao profissional prevencionista.

No caso de o beneficiário optar por submeter-se à perícia, esta será realizada por

profissional credenciado à Saúde BRB, e a perícia final deverá ocorrer em até 15 (quinze) dias corridos após o término do tratamento.

A Saúde BRB disponibiliza o sistema HRP no sítio da empresa na internet para acesso dos prestadores de serviços odontológicos para emissão das autorizações odontológicas.

O beneficiário procura um dentista de preferência onde será feito um plano de tratamento odontológico. O dentista deverá lançar este plano no sistema HRP disponível no sítio da Saúde BRB (Baixe o manual do sistema no mesmo sítio).

O beneficiário, tendo em mãos o plano odontológico, deverá ir a um perito odontológico designado pela Saúde BRB para avaliar planos odontológicos para validação e aprovação do plano.

O perito avaliará o plano podendo aprová-lo ou não. Caso tenha ressalvas, o perito deverá apresentar suas recomendações no verso do plano enviado. O perito acessará o mesmo sistema HRP disponível no sítio do Saúde BRB e, copiando o número da autorização escrita na guia do plano de tratamento, emitirá uma guia de cobrança da perícia inicial efetuada.

O beneficiário voltará ao dentista inicial, apresentando o resultado da perícia, e, após fazer as correções dos procedimentos na autorização emitida no sistema HRP, caso necessário, executará os procedimentos definidos no plano de tratamento odontológico.

Ao fim do tratamento, o beneficiário voltará ao perito para avaliação final do tratamento executado para aprovação. O perito avaliará e fará sua cobrança da perícia final em outra guia colocando o número da autorização do plano de tratamento.

No caso de o beneficiário optar por dirigir-se ao profissional prevencionista credenciado à Saúde BRB, realizar-se-á o pacote de prevenção, que inclui profilaxia, instrução de higiene oral, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor, após o que será emitida a autorização para realização dos procedimentos curativos. Em seguida, o beneficiário, de posse do encaminhamento emitido pelo dentista prevencionista, dirigir-se-á a um dos profissionais dentistas credenciados à Saúde BRB, de acordo com a especialidade necessária.

As autorizações odontológicas têm validade de 180 (cento e oitenta) dias.

Através de convênios de reciprocidade, o Saúde BRB faz atendimento à outras operadoras de saúde do país. O atendimento odontológico somente pode ser oferecido para os beneficiários da operadora **CAMED** e da **SAÚDE BRB**. Quaisquer outros beneficiários que são operadoras diferentes destas, apesar de terem o cartão Saúde BRB, **não** estão autorizadas a serem atendidas em quaisquer especialidades odontológicas.

5.3.6 Autorização para beneficiários de convênios de reciprocidade

Com o objetivo de possuir uma rede de atendimento nacional para os seus

beneficiários, a Saúde BRB faz convênios de reciprocidade com outras operadoras de saúde para uso da rede credenciada destes. De forma recíproca, a Saúde BRB deve oferecer sua rede aos beneficiários das operadoras conveniadas.

Para facilitar a identificação no atendimento, a Saúde BRB emite um cartão magnético com identificação diferenciada para estes beneficiários, os quais devem ser atendidos como qualquer outro beneficiário da Saúde BRB.

Os protocolos dos processos de regulação, auditoria e pagamento dos atendimentos destes beneficiários são os mesmos determinados pela Saúde BRB, como se o beneficiário fosse um beneficiário da Saúde BRB.

A diferença no atendimento ao beneficiário de outra operadora conveniada é o tempo de emissão das autorizações e as regras de autorização do procedimento, já que as solicitações de autorização feitas à Saúde BRB são encaminhadas às operadoras de origem, que possuem um prazo para responder e que obedecem às suas regras. Desta forma, o prazo para emissão de autorizações dos beneficiários de outras operadoras é um pouco maior que aqueles emitidos pela Saúde BRB.

O atendimento odontológico somente pode ser oferecido para os beneficiários da operadora **CAMED** e da **Saúde BRB**. Quaisquer outros beneficiários que são operadoras diferentes destas, apesar de terem o cartão Saúde BRB, **não** estão autorizadas a serem atendidas em quaisquer especialidades odontológicas.

5.3.7 Atendimento de Urgência ou Emergência

Entendem-se como casos de Emergência, aqueles que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e de Urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

O beneficiário terá cobertura de assistência médico-hospitalar, da sua admissão até a sua alta, nos atendimentos de urgência e emergência, exceto nas seguintes hipóteses:

- I. Quando o beneficiário ainda estiver cumprindo o prazo de carência para internação;
- II. Quando da necessidade de parto a termo e a beneficiária paciente ainda estiver cumprindo carência para tal procedimento.

Nestas duas hipóteses, A Saúde BRB arcará com o custo do atendimento pelas primeiras 12 (doze) horas ou, quando ocorrido antes, até o início da internação, quando cessa a responsabilidade da Saúde BRB com o beneficiário, não lhe cabendo qualquer ônus. Caso o beneficiário não se responsabilize pela internação, será garantida pela Saúde BRB a remoção deste para o SUS.

Os eventos ocorridos dentro dos prazos de carências, decorrentes de Urgência e Emergência, ficam limitados a um período de 12(doze) horas de atendimento em Pronto

Socorro. Quando necessária, para continuidade do atendimento de Urgência e Emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12(doze) horas, a cobertura cessará de imediato, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará ser do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à Saúde BRB.

Caso o atendimento ao beneficiário tenha um caráter de urgência ou emergência, mesmo que os procedimentos ou serviços necessitem de autorização prévia, objetivando a saúde e o bem-estar dos beneficiários, o atendimento deverá ser imediatamente executado e a referida autorização deverá ser solicitada pelo prestador de serviços até o primeiro dia útil após o início do atendimento obedecendo o protocolo de autorização, enviando todos os documentos de esclarecimento diagnóstico exigidos.

A Saúde BRB, após avaliação técnica, com base no laudo e demais documentos de comprovação do atendimento de urgência ou emergência, emitirá e enviará ao prestador de serviço a autorização de atendimento no prazo máximo de 1 (um) dia útil contados a partir do recebimento da solicitação, desde que não haja pendências de documentos necessários para análise e emissão da autorização, exceto para as autorizações dos beneficiários dos convênios de reciprocidade, que obedecerão aos prazos das operadoras de conveniadas.

5.3.8 Prorrogação de autorização

Caso o quadro clínico do paciente exija sua permanência em ambiente hospitalar por período superior àquele previamente autorizado, o prestador de serviço deverá solicitar a prorrogação da internação até o último dia da autorização vigente, ou, se dia não útil, no máximo até o primeiro dia útil subsequente. Para tanto, relatório médico detalhado, contendo o quadro clínico, a evolução até o momento, o prognóstico e os dias de prorrogação solicitados, deverá ser encaminhado à SaúdeBRB ou apresentado ao auditor desta operadora dentro do prazo estipulado.

Em nenhuma hipótese será emitida autorização de diárias retroativamente; o indeferimento das diárias implica em glosa de todas as demais despesas ocorridas naquele período.

5.3.9 Procedimento não cobertos pelo Plano A

Abaixo estão relacionados os procedimentos que não serão autorizados ou cobertos no pelo Saúde BRB no Plano A:

- I. Aplicações de medicamentos, exceto nas internações e atendimentos em prontos-socorros;
- II. Avaliações pedagógicas, psicoeducação e psicopedagogia;
- III. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

- IV. Cirurgia refrativa (PRK ou Lasik) que não se enquadre no disposto na Diretriz de Utilização (DUT) do Rol de Procedimentos Eventos em Saúde, editado pela ANS, salvo miopia a partir de 2,5 graus;
- V. Clareamento dental;
- VI. Consultas domiciliares;
- VII. Consultas, fisioterapia e enfermagem em caráter particular;
- VIII. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, aluguel de aparelhos de TV, alimentação não prescrita no tratamento, lavagem de roupas e indenizações por danos;
- IX. Diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação de recém-nascido patológico;
- X. Enfermagem em caráter particular;
- XI. Enfermagem em domicílio;
- XII. Enxertos heterólogos;
- XIII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XIV. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- XV. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- XVI. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XVII. Implantes dentários;
- XVIII. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intra-citoplasmáticas, transferência falopiana de gameta, doação de oócitos, indução de ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática de transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XIX. Intervenções cirúrgicas plástico-cosméticas;
- XX. Lentes para correção de qualquer deficiência visual, exceto lentes intra-oculares nas cirurgias de facectomia;
- XXI. Meias, cintas, ataduras e calças elásticas;
- XXII. Membranas;
- XXIII. Objetos e produtos higiênicos e de uso pessoal;
- XXIV. Orientações vocacionais ou profissionais;
- XXV. Procedimentos assistenciais que exijam perícia prévia, realizados à revelia da BRB Saúde e sem atendimento das condições previstas no Regulamento do plano A;
- XXVI. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

- XXVII. Procedimentos e eventos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento e/ou nas tabelas da Saúde BRB;
- XXVIII. Psicodiagnósticos e exames psicotécnicos;
- XXIX. Reflexologia (psicotrón, neurotrón, hipnotrón etc.);
- XXX. Substituição de restaurações metálicas apenas para fins estéticos;
- XXXI. Avaliações neuropsicológicas;
- XXXII. Transplantes, à exceção dos de córnea e rim, e dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XXXIII. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental ou realizado em desconformidade com as técnicas preconizadas, com ou sem protocolo experimental e/ou registro em Comitê de Bioética;
- XXXIV. Tratamentos em clínicas de emagrecimento clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XXXV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XXXVI. Tratamentos odontológicos em domicílio;
- XXXVII. Tratamento ortodôntico corretivo e próteses odontológicas não listadas no Regulamento do Plano A;
- XXXVIII. Tratamentos prescritos por profissionais não habilitados;
- XXXIX. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XL. Vacinas imunizantes e dessensibilizantes;
- XLI. Vaporizadores, umidificadores e nebulizadores;
- XLII. Exames complementares para diagnósticos relativos aos procedimentos constantes neste artigo;
- XLIII. Adoçantes e suplementos alimentares de qualquer natureza;
- XLIV. Condicionamento físico não ligado à reabilitação cardiológica;
- XLV. Avaliação clínica e laboratorial sem finalidade de diagnóstico ou tratamento (*checkup*);
- XLVI. procedimentos ambulatoriais solicitados no curso de exames pré-admissionais, demissionais e periódicos;
- XLVII. Todo e qualquer procedimento realizado em desconformidade com as Diretrizes de Utilização da ANS;
- XLVIII. Todo e qualquer procedimento realizado em desconformidade com as melhores técnicas preconizadas e com o atual conhecimento técnico disponível.

5.3.10 Cancelamento ou alteração da autorização

Quando, por qualquer motivo, o beneficiário não for atendido conforme autorização emitida, o prestador de serviço deverá entrar em contato por fax com a Saúde BRB solicitando o cancelamento da autorização, para que não fique nenhum vínculo de atendimento entre o prestador de serviço e o beneficiário, gerando futuros problemas em outros atendimentos.

A autorização, quando emitida, identifica não só o beneficiário, mas também o prestador apto à realização do procedimento, conforme seus dados cadastrais e comerciais. A guia emitida em nome de um prestador não pode ser paga a outro. Em caso de troca do prestador, deverá ser solicitado o cancelamento da guia emitida e a emissão de nova autorização para aquele prestador, sob pena de não recebimento das despesas.

Não será permitido o cancelamento ou alteração das autorizações que possuam itens faturados.

5.3.11 Prazos

A autorização emitida pela Saúde BRB tem 30 (trinta) dias corridos de validade da data de sua emissão. Ao fim deste período a autorização não poderá ser utilizada e deverá ser emitida uma nova guia de autorização.

5.4 Procedimentos Permitidos a Serem Executados

O instrumento contratual entre a Saúde BRB e o prestador de serviço define explicitamente quais os procedimentos ou serviços que poderão ser executados por este, logo, quaisquer outros procedimentos ou serviços não explícitos no contrato **não** serão pagos pela Saúde BRB.

Em caso excepcionais, onde há o risco à vida do beneficiário, e através de documentos que comprovem esta situação e com a impossibilidade de transferência do beneficiário para outro credenciado habilitado para a execução do serviço, o prestador poderá executar os serviços não contratualizados e que serão posteriormente reembolsados pela Saúde BRB, utilizando a tabela de preço praticado pela operadora com outro credenciado habilitado para o serviço.

5.5 Assinaturas nas Guias de Cobrança

A assinatura é parte integrante do preenchimento da guia de atendimento e tem dupla função de comprovação: atesta à SaúdeBRB a validade da cobrança do atendimento e, ao beneficiário, a validade da cobrança de sua co-participação. A ausência da assinatura do beneficiário atendido e/ou de seu representante legal acarretará a glosa de todo o pagamento vinculado àquela guia.

As guias deverão ser corretas e integralmente preenchidas antes da apresentação ao beneficiário para assinatura, facultando-lhe o conhecimento e avaliação dos serviços pelos quais

está se responsabilizando. Os beneficiários da Saúde BRB são orientados a não assinar guias em branco.

A Saúde BRB, no momento da auditoria das contas, poderá apreciar não só a aposição da assinatura, mas também sua veracidade, podendo inclusive solicitar o comparecimento do beneficiário para reconhecimento da assinatura aposta.

5.6 Comprovação Documental

Antes do efetivo pagamento, a Saúde BRB faz auditoria das guias de atendimento cobradas, confrontando as informações fornecidas no momento da autorização, as informações constantes nas guias de cobrança, as informações de protocolos médicos internacionais e as informações constantes nas documentações entregues pelos prestadores de serviços que comprovam a necessidade da execução dos procedimentos e serviços. Para isto, o prestador de serviços deverá manter junto às guias de cobrança, para posterior envio à Saúde BRB, cópia de todos os documentos necessários para uma correta auditoria pré-pagamento. Entre estes destacamos: os pedidos e laudos médicos, boletins cirúrgicos, anestésicos etc.

5.7 Auditoria Externa Presencial

A Saúde BRB possui um corpo técnico responsável por auditar presencialmente as guias e os atendimentos prestados nos estabelecimentos médicos. Estes deverão permitir a entrada dos auditores e dar acesso às informações necessárias para a execução de suas tarefas.

Essa auditoria tem por objetivo a antecipação do processo de auditoria pré-pagamento, agilizando o processo de pagamento destas guias.

O prestador que tiver suas guias auditadas presencialmente, deverá enviar, junto às guias com as glosas já aplicadas, as guias “suja”, isto é, as guias que foram manualmente glosadas pela equipe de auditores referido neste item.

5.8 Entrega das Guias de Cobrança

As guias de cobrança, junto com as documentações comprobatórias de atendimento, deverão ser entregues nas dependências da Saúde BRB para auditoria e pagamento, conforme cronograma anual definido pela operadora. Estas guias e documentos devem obedecer as seguintes regras:

- I. As guias devem estar com preenchimento correto de todos os campos obrigatórios, sem rasuras e assinadas pelo beneficiário ou seu responsável;
- II. Deverão ser entregues os laudos respectivos de comprovação da realização do procedimento nos casos em que se aplica, como, por exemplo: uso de OPME, cirurgia ambulatorial, exames de imagem, histopatologia, e outros;
- III. Deverão ser entregues os boletins cirúrgicos, anestésicos e folhas de sala da

enfermagem contendo o diagnóstico pré e pós-operatório, descrição da técnica usada, data da cirurgia, horário de início e término do ato, equipe médica, material e medicamentos utilizados e outras informações, assinado e carimbado;

IV. Enviar o arquivo eletrônico (XML), conforme o padrão TISS, com todas as guias do lote a ser entregue por meio do sistema próprio (HRP) disponível no sítio da Saúde BRB. Os lotes devem estar separados por tipo de guia. Ao término do envio do arquivo eletrônico, o sítio permitirá a impressão da capa de lote com o número do protocolo para ser entregue junto com as guias de cobrança.

Para as guias de PCMSO ou para odontologia, antes da entrega das guias, o prestador deverá acessar o sítio da Saúde BRB na internet e imprimir o formulário "PRF - Protocolo de Recebimento de Faturas" para ser usado como uma capa do lote a ser entregue. Este formulário deverá ter os seguintes dados preenchidos:

- I. CNPJ;
- II. Código do Prestador, com todos os dígitos;
- III. Telefone do responsável pelo faturamento;
- IV. Nome do credenciado;
- V. Tipo de guia entregue;
- VI. Quantidade de guias entregues;
- VII. Valor total bruto das guias entregues;
- VIII. Assinatura e carimbo do credenciado.

Deverão ser entregues, junto às guias de cobrança, as informações exigidas pela Resolução ANS RDC nº 85, de 24/09/2001, ou outra que venha a substituí-la, referente aos partos normais ou cesáreas, atendimentos aos recém nascidos em sala de parto, nascidos vivos prematuros, nascidos vivos a termo e natimortos.

O prazo para a entrega das guias de cobrança é de no máximo 90 (noventa) dias corridos a contar da data do término do atendimento, ou, no caso de internação, da data da alta hospitalar.

Nos casos de internação prolongada, as contas médico-hospitalares deverão ser fechadas parcialmente, a cada 30 (trinta) dias corridos, e encaminhadas na data prevista do faturamento, acompanhadas de toda a documentação de atendimento pertinente ao período faturado.

Após a entrega, a Saúde BRB tem até 60 (sessenta) dias para auditoria e pagamento das guias. O pagamento poderá ser postergado caso o prestador de serviço não apresente todos os documentos necessários para a efetiva auditoria pré-pagamento.

A entrega das faturas e da nota fiscal serão feitas em dias distintos e a sua entrega fora da data prevista acarretará o adiamento do pagamento para o mês seguinte.

As guias da BRB Saúde no padrão TISS estão disponíveis para *download* no sítio do Saúde BRB na internet.

O horário para entrega das faturas é das 8 às 17 horas.

O calendário de entrega das guias é definido anualmente.

5.9 Auditoria Interna Pré-Pagamento

Utilizando técnicas de auditoria, com base nos termos das Normas de Controle, Regulação e Auditoria da Saúde BRB, todas as guias de cobranças serão analisadas por uma equipe técnica previamente ao pagamento.

Para a execução desta revisão de guias, o prestador de serviços deverá enviar ou facilitar o acesso ao prontuário médico e documentos pertinentes ao atendimento.

O auditoria realizada nas dependências do prestador de serviços não exclui a necessidade de revisão pré-pagamento realizado nas dependências da Saúde BRB.

5.10 Entrega das Notas Fiscais

As notas fiscais dos atendimentos não deverão ser entregues no momento da entrega das guias. Antes do efetivo pagamento, a Saúde BRB disponibilizarão no sítio da empresa (veja item 3 deste manual) os valores que serão pagos aos prestadores de serviço e que deverão ser lançados na emissão das notas fiscais. Somente após a entrega da nota fiscal, devidamente preenchida, o pagamento será depositado na conta corrente do credenciado.

O horário para entrega da nota fiscal é das 8 às 17 horas nas dependências da Saúde BRB.

As divergências sobre os valores glosados serão posteriormente discutidos no processo de revisão de glosa.

No corpo da Nota Fiscal deverão constar os seguintes dados:

I. **Tomador:** Saúde BRB – Caixa de Assistência;

II. **Endereço:** SRTVS Centro Empresarial Assis Chateaubriand Q. 701 Bloco 01 Térreo 2 loja 82;

III. **Cidade:** Brasília;

IV. **Estado:** DF;

V. **CNPJ:** 04.859.814/0001-37;

VI. **Data da Emissão:** Data informada no cronograma previsto.

5.11 Recurso de Glosas

Após o pagamento das guias de atendimento pela Saúde BRB, o prestador de serviço, não concordando com as eventuais glosas praticadas nas guias apresentadas, poderá recorrer administrativamente contra as referidas glosas, apresentando contra-argumentação dos motivos das glosas, justificando a referida cobrança e apresentando documentos que possam auxiliar na comprovação e solução do impasse.

O prestador de serviço tem até 60 (sessenta) dias após o pagamento das guias para apresentar o recurso de glosas. Caso o prestador de serviço não apresente recurso dentro do prazo, a Saúde BRB entenderá que a glosa foi aceita, não permitindo recurso fora do prazo.

Caso o recurso seja impetrado, a Saúde BRB tem até 30 (trinta) dias para analisar o recurso e, em caso de concordância do recurso, terá ainda mais 30 (trinta) dias para pagamento.

Estabelecido o consenso entre as partes, o prestador de serviço emitirá nota fiscal pelo valor apurado, que deverá ser entregue dentro do cronograma anual da Saúde BRB.

Somente poderá existir um único recurso por cada glosa emitida. Após o resultado do recurso impetrado, seja ele positivo ou negativo, o prestador de serviço não poderá recorrer novamente sobre o mesmo item glosado.

5.12 Troca de Informação na Saúde Suplementar - TISS

A Agência Nacional de Saúde – ANS, responsável pela regulação de todas as operadoras de planos de saúde no país, implantou desde o ano de 2007 um padrão de comunicação entre as operadoras de saúde e os profissionais e entidades de saúde, chamado de “Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS”.

Obedecendo a esta norma, a Saúde BRB utiliza as 5 (cinco) guias de cobrança existentes no padrão: guia de Resumo de Internação, guia de Serviços Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SP/SADT, guia de Honorário Individual, guia de Outras Despesas e guia Odontológica.

6 Critérios Importantes a serem Observados

6.1 Acomodação

Atualmente a Saúde BRB oferta somente um único plano (Plano A) com acomodação “Apartamento tipo B”.

O beneficiário com direito à acomodação em apartamento, mas que, por motivo de falta de vaga, seja internado em acomodação de padrão inferior, o valor a ser pago será o da acomodação ocupada.

Não existindo vagas nos apartamentos Tipo B, o paciente terá direito ao apartamento de maior conforto (Tipo A), sem custos adicionais, podendo o prestador de serviço retornar o beneficiário ao apartamento Tipo B quando estiver disponível.

Será facultada a presença de um acompanhante, independente da situação do paciente, para todos os beneficiários acomodados em apartamentos.

Em acomodação enfermária, cabe a presença de acompanhante para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e portadores de necessidades especiais e parturientes, conforme definidos na legislação em vigor.

A Saúde BRB não pagará outra acomodação concomitantemente com a de UTI – Unidade de Tratamento Intensivo, CTI – Centro de Tratamento Intensivo, Unidade Coronariana, Unidade de

Queimados, UTSI – Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (Unidade Intermediária), para o mesmo beneficiário.

Quando da transferência de acomodação (UTI/Apartamento/UTI) o valor a ser pago será o da acomodação de destino.

6.2 Diárias

São consideradas diárias o período de acomodação disponibilizado ao paciente, contado a partir do dia da internação até a alta hospitalar compreendo o período superior a 12 (doze) horas.

Nos casos de óbito, o dia do falecimento computar-se-á como diária.

É assegurada a cobertura de despesas com alimentação e com roupa de cama do acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e portadores de necessidades especiais, conforme definidos na legislação em vigor.

Consideram-se inclusos no valor da diária:

- I. Uso dos aposentos, assim como o consumo de água e eletricidade;
- II. Troca de roupa banho/cama do paciente, e de acompanhante, se em apartamento a higienização e desinfecção das dependências;
- III. Alimentação (inclusive dieta, exceto com alimentação Enteral industrializada e Parenteral) do paciente de acordo com a prescrição médica, bem como orientação nutricional durante a internação e no momento da alta;
- IV. Alimentação de um acompanhante de pacientes menores de 18 anos independente da acomodação;
- V. Os seguintes procedimentos de enfermagem; medidas antropométricas administração de medicamentos por qualquer via; enemas, irrigações e lavagens; controle de peso, diurese, medida de débitos (fístulas, sondas, -stomias); preparo, instalação e manutenção de venóclise; trocas de fraldas e curativos; aspiração orotraqueal, nasotraqueal, oral, vesical e gástrica; utilizando de bandejas, cubas e outros afins;
- VI. Serviços administrativos tais como: registros hospitalares, boletim de internação e alta, censo hospitalar, relatórios, resumo de alta e prontuário, etc;
- VII. Transporte do paciente dentro do hospital;
- VIII. Higienização dos pacientes e dos aposentos;
- IX. Preparo do paciente (tricotomia, enteroclistma, etc) para procedimentos cirúrgicos, diagnóstico e terapêutico;
- X. Assepsia e antisepsia de equipamentos, materiais e equipe;
- XI. Equipamento de proteção individual (EPI) utilizando pelos empregados do credenciado;

XII. Equipamentos permanentes do aposento;

XIII. Transportes de equipamentos: Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultra-som, Desfibrador, Monitores, Endoscópios, etc;

XIV. Preparo do corpo em caso de óbito.

6.3 Taxas

As taxas descomprometem a Saúde BRB de indenizações de quaisquer equipamentos que porventura vierem a ser danificados.

Situações que envolvem procedimentos cirúrgicos múltiplos e simultâneos, por uma mesma equipe ou por equipes cirúrgicas distintas, a taxa de sala a ser paga corresponderá à cirurgia de maior porte.

Não é permitida a cobrança de taxa de sala para procedimentos realizados em UTI, apartamento, berçário e semi-intensivo.

A taxa de uso do aparelho de endoscopia está inclusa no valor do exame.

Taxa de sala de endoscopia só será paga mediante a comprovação da sua existência.

Nas taxas de equipamentos estão inclusos todos os insumos necessários para o seu funcionamento.

6.4 Honorários Médicos

Os honorários médicos clínicos referentes a atendimentos de pacientes internados em acomodação individual e UTI, serão pagos na proporção de 02(duas) vezes o valor da Tabela AMB/92 e Referencial CIEFAS 2000.

Os honorários médicos dos procedimentos cirúrgicos realizados por técnica vídeo-endoscópica e laparoscópica a pacientes internados em acomodação individual e UTI, serão pagos na proporção de 2,6 (dois virgula seis) vezes o valor da tabela AMB/92 ou Referencial CIEFAS 2000. Quando a acomodação for enfermaria, a remuneração será de 1,6 (um virgula seis) o valor da tabela.

Honorários até o décimo dia do pós-operatório: os valores atribuídos a cada procedimento cirúrgico realizado incluem os cuidados pré e pós-operatórios até o décimo dia após o ato cirúrgico, não cabendo o pagamento de Visita Hospitalar neste período, ao cirurgião.

Nas intervenções por diferentes vias de acesso será adicionado ao porte da cirurgia principal o equivalente a 70% (setenta por cento) do porte de cada um dos demais atos praticados.

Nas intervenções pela mesma via de acesso será adicionado ao porte da cirurgia principal o equivalente a 50% (cinquenta por cento) do porte de cada um dos demais atos praticados.

Os honorários do anestesiologista mantêm correspondência com os portes dos atos cirúrgicos. O ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal, instalações de

controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que o paciente tenha indicação de seguimento em UTI.

Nos atos médicos que não tenham honorários especialmente previstos para o anestesista, inclusive nos de Porte 0, a remuneração deste especialista será equivalente, a um ato (só uma vez), desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente e com registro no prontuário do ato anestésico.

Quando for solicitada ou necessária consulta com o anesthesiologista, em consultório próprio do/para o profissional, previamente à internação ou à cirurgia ambulatorial, o anestesista fará jus à remuneração equivalente a uma consulta clínica.

Os honorários dos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos serão pagos se efetivamente prestarem o serviço. São fixados nas seguintes proporções:

- a) primeiro auxiliar - 30% do ato cirúrgico praticado pelo cirurgião; e
- b) demais auxiliares - 20%, quando o ato exigir.

A constatação da participação de auxiliares deverá ser realizada por meio dos documentos de registro do ato cirúrgico tais como Descrição de Cirurgia, Ficha de Anestesia e Relatório de Sala, bem como através do contato com o paciente ou familiares. Havendo ausência ou divergências, inclusive com outra caligrafia, os honorários não serão pagos.

Quando for realizado mais de um procedimento cirúrgico, o número de auxiliares será igual ao previsto para cada procedimento.

Quando um ato cirúrgico for parte integrante do outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

No caso de parto múltiplo, o atendimento ao recém-nascido, para efeito de valoração, será considerado individualmente.

Não serão remunerados os intensivistas não plantonistas.

O atendimento do intensivista plantonista em UTI será remunerado por plantão de 12h, por paciente.

Estão incluídos nos portes do plantonista de UTI e UCI: prescrição, evolução, intercorrências, intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação, cardioversão, cardioscopia, assistência ventilatória e punção venosa (intracath).

Não estão incluídos nos honorários do plantonista de UTI: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia, que serão valorados de acordo com seus portes.

Para tratamento clínico de problemas ortopédicos, em regime de internação, os honorários médicos são o equivalente a uma Visita Hospitalar (paciente internado)

6.5 Visita Hospitalar

Será cobrada 1 (uma) Visita Hospitalar por dia de internação nas áreas de clínica geral e/ou,

especializada.

Tendo em vista que os procedimentos cirúrgicos incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico, não se paga Visita Hospitalar nas internações cirúrgicas.

Quando o quadro do paciente clínico ou cirúrgico necessitar de acompanhamento por mais de um profissional, de especialidade diferente, se paga Visita Hospitalar especializada, desde que esteja registrada no prontuário e verificada pelo auditor, até o limite de 01 (uma), por semana. As exceções serão objeto de análise pela equipe de auditoria da Operadora, cabendo-lhes o direito de aprovar ou indeferir.

Se o recém-nascido permanecer internado após o 3º dia, será solicitada outra autorização de internação, informando o diagnóstico da patologia e, a partir daí, paga-se 01 (uma) visita hospitalar por dia, até o 30º dia. Caso haja necessidade de o paciente continuar internado, será necessária nova solicitação de autorização, obrigatoriamente já com o Cartão de Identificação do Beneficiário do paciente em questão.

Não se paga Visita Hospitalar em Paciente Internado na UTI, para o plantonista.

Não se paga Visita Hospitalar nas sessões de quimioterapia, visto que já está incluída na remuneração destas.

Para o Fisiatra, o pagamento de visita a paciente internado deve se dar em casos especiais, (ex: Miastenia Gravis, Gillian Barré, Esclerose Múltipla em fase de agudização), mediante a solicitação de avaliação pelo médico assistente e devidamente registrada no prontuário, até o limite de 1 (uma) por semana.

6.6 Hospital Dia / Day Clinic

Compreende uma modalidade de assistência em que o paciente utiliza leito hospitalar e serviços somente no período diurno (12 horas, sem pernoite). Prestada por equipe técnica de apoio e infra-estrutura adequada, geralmente é utilizada para realizar:

I. Cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida, sempre com retaguarda hospitalar; e

II. Procedimentos clínicos que necessitem de suporte técnico especializado.

A assistência em Hospital-Dia/Clínica-Dia só poderá ser cobrada para procedimentos eletivos diagnósticos invasivos e cirúrgicos, em nível ambulatorial, em salas adequadas a essa finalidade, com permanência de até 12 (doze) horas, e mediante autorização prévia da Saúde BRB.

A autorização para realização de procedimentos em Day Clinic depende da existência do serviço e do cadastramento do mesmo, condições estas que não excluem a decisão do prestador de optar por realizar os procedimentos em regime de internação hospitalar.

– A Saúde BRB não paga Equipamento de Proteção Individual-EPI, tais como máscara, gorro, avental, pró-pé (sapatilha, bota), luva de procedimento não estéril, entre outros, cuja

responsabilidade pelo provimento é do prestador de serviços.

6.7 Urgência e Emergência

Nos atendimentos de emergência e urgência, o prestador não poderá impedir ou restringir procedimentos médicos, diagnósticos e terapêuticos já consagrados, sob pena de estar cerceando a prática médica e o presente contrato.

6.8 Internações Obstétricas e Assistência ao Recém-Nato

A Saúde BRB garantirá, depois de observados os prazos de carência, as despesas com assistência médica relativa ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, compreendendo:

- I. Despesas na especialidade de obstetria;
- II. Cirurgias na especialidade de obstetria;
- III. Serviços complementares de diagnóstico e tratamento, compreendendo:
 - a) ultrassonografia obstétrica, persuflação tubária diagnóstica, tococardiografia, dopplerfluxometria, perfil biofísico do feto, amniocentese sob controle da ultrassonografia obstétrica, criocauterização do colo do útero, eletrocoagulação do colo do útero, hidrotubação e persuflação tubária; penioscopia no marido ou companheiro, desde que seja beneficiário do Regulamento do Plano A;
 - b) UTI neonatal, caso haja indicação do médico assistente credenciado, incluindo diárias, materiais, medicamentos e honorários.
- IV. Assistência ao parto e ao recém nascido, abrangendo:
 - a) Serviços de maternidade, compreendendo assistência pré natal, assistência ao parto, cirúrgico ou não, curetagem de abortos espontâneos, e tratamento das parturientes nas complicações surgidas pós parto;
 - b) Cobertura assistencial ao recém nascido, filho natural ou adotivo dos beneficiários (titular ou Dependentes), durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto;
 - c) Cuidados de berçário, incluindo, se necessário, incubadora, leitos aquecidos e fototerapia;
 - d) Honorários de médico-clínico, cirurgião e seus assistentes, anestesistas, obstetra, neonatologista;
 - e) Acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

6.9 Internação Psiquiátrica

A diária será considerada integral, não cabendo cobrança de honorários profissionais e

materiais/medicamentos específicos.

A diária integral consistirá de serviços hospitalares, honorários da equipe multiprofissional, honorários do médico psiquiatra medicação própria para o caso.

Nas intercorrências clínicas/cirúrgicas, não resolvidas na Enfermaria de Intercorrências da unidade psiquiátrica, o material e medicamento poderão ser cobrados, separadamente, assim como os honorários médicos, desde que devidamente justificados e comprovados, quanto ao uso.

Não será permitida a interação de pacientes psiquiátricos em hospitais gerais, a menos que estes se internem para intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas (exceto quando o hospital geral dispuser de enfermaria de psiquiatria devidamente habilitado).

6.10 Procedimentos Cirúrgicos

Os procedimentos cirúrgicos são prestados em consultórios médicos, clínicas e hospitais, credenciados da Saúde BRB, com ou sem internação, de urgência/emergência ou coletivos.

Como critério para pagamento, a revisão da conta médica pela Saúde BRB será feita mediante a análise da folha de sala cirúrgica a qual deverá contemplar os seguintes itens:

- I. Identificação completa do paciente;
- II. Hora do início e término do ato cirúrgico;
- III. Equipe cirúrgica devidamente identificada: necessidade de carimbo e assinatura dos profissionais que efetivamente participaram do ato cirúrgico;
- IV. Descrição detalhada da técnica cirúrgica, incluindo órteses e próteses, materiais especiais utilizados e suas quantidades;
- V. Boletim anestésico deverá discriminar as medicações com suas quantidades utilizadas durante ato cirúrgico, inclusive soroterapia;
- VI. Especificar tempo de consumo de gases e inalantes individualmente. É fundamental o preenchimento do gráfico específico.

Mudança de procedimento de clínico para cirúrgico (paciente já internado) exige autorização.

Nos atos cirúrgicos eletivos ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões, a partir da mesma via de acesso, a valoração será a que corresponder a de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto. A título de exemplo: “Histerectomia Total com Anexectomia Uni ou Bilateral qualquer via que pode englobar os procedimentos Histerectomia Total + Salpingectomia e Ooforectomia”;

Atos cirúrgicos e equipes diferentes: quando duas equipes distintas realizarem, simultaneamente, atos cirúrgicos diferentes, o pagamento dos procedimentos será feito a cada uma delas, de acordo com o previsto na Tabela.

Atos cirúrgicos diferentes e auxiliares comuns: quando forem realizadas cirurgias distintas,

porém com auxiliares comuns, a remuneração dos auxiliares deverá obedecer ao critério de 30 e 20% do valor correspondente ao do cirurgião principal.

Procedimento integrante de outro: quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro (procedimento incluso), não poderá ser pago o somatório do conjunto, mas somente o ato principal.

Procedimento complementar de outro: quando um ato cirúrgico for rotineiro e complementar, o ato principal não deverá ser remunerado. A título de exemplo a Cauterização de Cornetos concomitantemente com Septoplastia.

6.11 Cirurgia Plástica

A Saúde BRB garantirá a cobertura de cirurgia plástica:

- I. reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- II. reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

6.12 Cirurgia Bariátrica

A cirurgia bariátrica deve ser reservada para pacientes portadores de obesidade grave que não tenham conseguido reduzir o peso com o tratamento clínico comprovado pelo menos 2 (dois) anos.

A indicação é feita para pacientes com uma das características:

- I. sem co-morbidades e que comprovadamente não responderam a tratamento conservador (dieta, atividade física, psicoterapia, etc.) realizado por no mínimo 2 (dois) anos;
- II. Com co-morbidades que se constituam em ameaça à vida;
- III. Com doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade;

6.13 Cirurgia para Obesidade Mórbida

A Saúde BRB garantirá a cobertura das despesas decorrentes de colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida e as decorrentes de gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Resolução nº 1.766/2005 do Conselho Federal de Medicina e nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

6.14 Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica) e Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia)

Serão cobertas pela Saúde BRB as despesas decorrentes de cirurgia de esterilização

feminina (laqueadura tubária / laqueadura tubária laparoscópica) e cirurgia de esterilização masculina (vasectomia), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Lei nº 9.263/1996 e o disposto nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

6.15 Gasoterapia

É administração de gases medicinais via máscara ou cateter nasal para pacientes portadores de déficit de oxigenação, sob anestesia ou em procedimentos.

Na utilização por hora de gasoterapia nenhuma outra cobrança poderá ser adicionada, visto que estes valores já estão embutidos em seus custos (perda de gás pela tubulação, aquecimentos, manutenção de seus reservatórios – bala e/ou central – válvulas de pressão, borracha de látex para inalações e/ou quaisquer outras conexões, etc).

A cobrança e o pagamento de gases se dão por hora/uso, mediante comprovação efetiva da utilização, por meio do registro no documento de atendimento (prontuário, ficha anestésica) da prescrição médica e a data e horário do início e término da aplicação dos mesmos.

Para o ar comprimido caberá pagamento para respirador volumétrico. Quando usado em concomitância com o O², paga-se 50% do valor daquele.

Em relação ao Gás Carbônico cabe pagamento nas cirurgias vídeo-laparoscópicas na quantidade 01, independente do tempo cirúrgico.

Não cabe pagamento de O² por cateter/h, simultâneo com O² respirador/h.

6.16 Materiais

Os materiais descartáveis serão pagos de acordo com o referencial da marca do produto.

A inclusão de novos materiais descartáveis deverá ser negociada previamente por ambas as partes.

O fracionamento de materiais obedece ao disposto na RDC ANVISA vigente.

A utilização de materiais deve estar relacionada à pertinência das indicações; prescrição (adequação da quantidade); o fracionamento, com base na quantidade de reuso que o material propicia; a real utilização; os benefícios, resultados e efetividade.

Para materiais especiais e de alto custo, particularmente, o uso deve estar fundamentado em uma questão concreta, e é imprescindível a indicação correta, o benefício ao paciente e a efetividade.

Deve ser comprovado o produto utilizado, quanto ao tipo e marca, que devem estar compatíveis com a cobrança efetuada.

Para determinados materiais (despesa não médica) existe uma relação estreita com determinados medicamentos, daí a necessidade de esta correlação estar adequada.

6.17 Medicamentos

Conforme legislação específica em vigor redigida pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento – CMED, o prestador de serviço não poderá cobrar o valor comercializado diretamente ao consumidor (Preço Máximo ao Consumidor _ PMC) dos medicamentos.

O pagamento de medicamento está subordinado à pertinência da indicação, efetividade da prescrição, efetiva administração e fracionamento, quando se aplica.

Os medicamentos a serem utilizados deverão ser preferencialmente, os genéricos conforme portaria do Ministério de Saúde/ANVISA.

Para medicamentos excepcionais e de alto custo, em especial, o uso deve estar fundamentado em uma questão concreta e na precisão e fundamentação da indicação, do benefício ao paciente e da efetividade.

Necessitam de autorização prévia medicamentos com valor igual ou superior a R\$ 300,00 (trezentos reais).

Os medicamentos serão pagos com base no Brasíndice da competência do atendimento realizado. Aqueles que não contiverem o preço ao consumidor serão pagos mediante apresentação de Nota Fiscal.

Os medicamentos utilizados deverão ser relacionados na fatura conforme descrito no Brasíndice (marca, fabricante, concentração e outros dados inerentes ao produto). Quando não houver a descrição do produto, será pago o de menor valor constante no Brasíndice.

Em todos os medicamentos e materiais utilizados obrigatoriamente deverão constar as concentrações dos mesmos, bem como o nome do fabricante e outros inerentes ao seu pagamento.

Em havendo cobrança em duplicidade de um mesmo agente terapêutico (como por exemplo, Lique mine e Heparina) ou de um mesmo medicamento que ora esteja sendo utilizado com o nome farmacológico ora com o nome comercial (como por exemplo, o Epivir e a Lamivudina), será pago o de menor valor.

6.18 Imagenologia

Todos os exames radiológicos devem ser solicitados pelo médico assistente, com indicações claras, de modo a permitir avaliar a real necessidade do exame.

Não será paga taxa de sala para exames de RX, US, TC, RM.

O pagamento dos honorários médicos cabe somente ao profissional especializado, o radiologista.

6.18.1 Radiologia Intervencionista

Na embolização de tumores será paga a Embolização e a Arteriografia Pós-embolização.

Para biópsia prostática utilizar o código de Biopsia percutânea orientada por TC, US ou RX, devendo ser pagos: taxa de sala ambulatorial, materiais e medicamentos utilizados.

No caso de Angiografia medular estão previstos para seus portes a inclusão no máximo de 04 vasos para angiomedular cervical, 06 vasos para angiomedular torácica e 06

vasos para angiomedular tóraco-lombar.

Os procedimentos de radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.

Em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento.

Em exames de má formação incluem-se no máximo 02 segmentos.

Quando realizado angiografia diagnóstica, concomitante à radiologia intervencionista, para fins de valoração dos atos médicos praticados deve ser observado o disposto de 100% para o procedimento principal, 70% para vias diferentes de acesso e 50% para mesma via de acesso.

6.18.2 Ultrassonografia

A US Transvaginal inclui Abdome Inferior.

US de Abdome Total compreende o Abdome Superior e Pélvico, não cabendo, portanto, a cobrança em separado (total e pélvico), quando autorizado desta forma.

US de Mão e Dedos é única (não desmembrada para mão e/ou, para dedos).

US Obstétrica em Gestação Múltipla paga-se por cada feto, aplicando o redutor (100 e 70%).

Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos, que deverão ser remunerados integralmente.

6.18.3 Dopplerfluxometria

Todo exame Doppler necessita de autorização prévia para sua realização e devem ser solicitadas pelo médico assistente.

A solicitação de Dopplerfluxometria Obstétrica deve estar justificada pelo médico assistente (gestação de alto-risco e exames que comprovem a patologia). De modo geral com 01 US Doppler por trimestre da gestação são detectadas 90% das malformações congênitas e alterações que impliquem em risco gestacional.

A solicitação de Dopplerfluxometria Obstétrica deve estar justificada com o laudo da US anterior e/ou, outros exames que justifiquem a indicação.

Tomografia axial computadorizada e helicoidal e ressonância magnética:

Todas as TC e RM exigem autorização prévia, e devem ser solicitadas pelo médico assistente.

Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100%, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos, que deverão ser remunerados integralmente.

6.19 Saúde Ocupacional e Acidentes de Trabalho

A Saúde BRB garantirá a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, relacionados com a Saúde Ocupacional e Acidentes do trabalho.

6.20 Remoção

A Saúde BRB garantirá a cobertura para remoções terrestres de beneficiários internados para outro estabelecimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no plano A:

I. Depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

II. Para realização de exames ou procedimentos em outros estabelecimentos, quando devidamente justificadas por relatório do médico assistente e o hospital onde o beneficiário se encontra internado não estiver contratado para realização do procedimento. Caso o hospital realize o procedimento habitualmente mas não esteja em condições de fazê-lo no momento por questões técnicas, operacionais ou administrativas alheias à SaúdeBRB, tais custos não poderão ser transferidos à contratante, cabendo ao hospital arcar com a remoção do paciente.

6.21 Consulta

As consultas feitas pelo mesmo médico, no mesmo paciente e, pelo mesmo motivo, serão consideradas retorno nos primeiros 15 (quinze) dias. A partir do 16º (décimo sexto) dia, serão consideradas novas consultas.

6.22 Consulta Pré- Anestésica

As consultas feitas com anestesistas, pré-cirurgias, somente serão pagas para cirurgia de grande porte e como emissão de autorização prévia.

6.23 Exames Complementares - SADT

Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT, oferecidos aos beneficiários da Saúde BRB deverão ter indicação precisa para elucidação e resolução do caso clínico;

Todos os SADT's solicitados requerem justificativa técnica de forma descritiva, contendo dados da história clínica e exame físico do paciente que amparem o pedido. A citação do CID, isoladamente, não é suficiente para tal.

Para paciente internado que realize SADT, os procedimentos correspondentes serão prestados pelo hospital, incluídos na conta hospitalar e pagos de acordo com os valores negociados

contratualmente. A quantidade de exames deverá ser lançada na guia de cobrança, OBRIGATORIAMENTE, de acordo com o local de atendimento realizado.

Caso o hospital não disponha de determinado SADT, necessário ao adequado atendimento do beneficiário, deverá utilizar-se, preferencialmente, dos serviços de terceiros integrantes da rede credenciada da Saúde BRB, os quais serão pagos diretamente ao executante.

Os procedimentos complementares de diagnose e tratamento em que são utilizados contadores, radioisótopos ou outros materiais necessários a sua realização será pagos de acordo com o estabelecido pela Saúde BRB e deverão estar descritos e relacionados em documento. O laudo deverá estar disponível para análise dos técnicos da Saúde BRB e comprovação do uso do contraste;

Sempre que for utilizado o contraste não-iônico, a guia de cobrança deverá vir acompanhada da justificativa do seu uso.

6.24 Fisioterapia

A assistência de fisioterapia deverá ser solicitada pelo médico assistente, incluindo sessões complementares.

A cobrança da assistência fisioterapêutica deverá ser efetuada mediante lançamento, na guia de cobrança, dos códigos específicos para os fisioterapeutas.

Nos casos de fisioterapia em paciente internado caberá ao fisioterapeuta organizar e registrar no prontuário do paciente o Plano de Assistência Fisioterápica, a sua efetividade e resolutividade para o paciente.

Durante o período de internação na UTI, só serão pagas no máximo 3 (três) sessões por dia, devidamente registrada no prontuário.

Durante o período de internação em apartamento serão pagas 2 (duas) sessões por dia, devidamente registrada no prontuário.

Podem ser cobrados, somente dois códigos de procedimentos fisioterápicos (fisioterapia motora e respiratória).

6.25 Acupuntura

A Acupuntura está indicada para todas as doenças de caráter clínico, sendo restrita para doenças de indicação cirúrgica. É uma modalidade de assistência ambulatorial e não existem métodos padronizados, portanto, o plano terapêutico deve ser individual e proposto pelo médico assistente

6.26 Terapia Nutricional

Conjunto de procedimentos terapêuticos destinados à manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral e/ou, Enteral. Quando aplicada a

pacientes internados é parte dos cuidados dispensados, que se soma ao tratamento clínico e/ou, cirúrgico da doença de base, sendo, pois, um tratamento complementar nos casos em que não há possibilidade de suprir as necessidades metabólicas do paciente através da alimentação natural. Necessita de autorização prévia.

6.27 Programa de Prevenção Odontológica

Objetivando a redução de casos de sinistralidades na área odontológica, a Saúde BRB oferece um programa de prevenção, no qual os beneficiários são atendidos semestralmente por um profissional prevencionista, que segue protocolos odontológicos por meio de execução de pacotes de procedimentos de prevenção e, quando necessário, encaminha os beneficiários a especialistas.

6.28 Cirurgia Odontológica Buco-Maxilo-Facial

A Saúde BRB garantirá a cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial, sem finalidade estética, que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião dentista assistente, desde que restrita à finalidade de natureza odontológica. Será garantido ainda o fornecimento de medicamentos anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrada durante o período de internação hospitalar.

6.29 Situações Passíveis de Glosas

6.29.1 Prescrição Médica

I. Não compatíveis com diagnósticos / evolução clínica

6.29.2 Exame

- I. Sem solicitação médica;
- II. Sem registro de execução;
- III. Incompatível com o diagnóstico;
- IV. Com justificativa ausente ou insuficiente;
- V. Sem assinatura e / ou carimbo;
- VI. Sem autorização da Saúde BRB (exceto os que não necessitem de autorização);
- VII. Com quantidade acima do máximo permitido pela Saúde BRB;
- VIII. Ausência do resultado / laudo;
- IX. Solicitação formulário impróprio inadequada;
- X. Com codificação inadequada;

- XI. Em local de atendimento não autorizada/inadequada;
- XII. Data de autorização posterior a data do atendimento.

6.29.3 Procedimento

- I. Em local de atendimento não autorizada;
- II. Sem solicitação medica;
- III. Sem registro de execução;
- IV. Não correlacionado ao relatório específico;
- V. Com justificativa ausente ou insuficiente;
- VI. Solicitação sem carimbo e / ou assinatura;
- VII. Data de autorização posterior a data do documento;
- VIII. Sem autorização da Saúde BRB;
- IX. Com quantidade acima do máximo permitido pela Saúde BRB;
- X. Com cobrança em duplicidade (Incluso no procedimento principal);
- XI. Que necessita de autorização previa;
- XII. Com codificação inadequada / sem preenchimento de procedimento e / ou tab. Auxiliar.

6.29.4 Internação ou Permanência Hospitalar

- I. Para investigação injustificada;
- II. Com evolução medico que não justifica a permanência hospitalar;
- III. Para pré-operatório eletivo;
- IV. Sem evolução clinica correspondente;
- V. Por pendência de exames diagnósticos / terapeutas;
- VI. Com codificação inadequada;
- VII. Inexistência de autorização da Saúde BRB;
- VIII. Diária correspondente ao dia da dia;
- IX. Condizente com taxa de observação.

6.29.5 Visita Hospitalar

- I. Com cobrança correspondente ao dia a dia;
- II. O paciente crônico mais que três vezes por semana;

- III. Visita médica adicional não justificada não autorizada;
- IV. Visita médica Plantão de UTI inadequada a permanência;
- V. Parecer de especialista na UTI sem solicitação justificada;
- VI. Com codificação inadequada;
- VII. Quantidade realizada exceto quantidade autorizada;
- VIII. Parecer de especialista sem solicitação do médico assistente .

6.29.6 Materiais e Medicamentos

- I. Valores diferentes da tabela Saúde BRB pago valor corrigido;
- II. Quantidade incompatível ao procedimento executado;
- III. Cobrança realizada através de documento inadequado;
- IV. Código cobrança incompatível com relatório técnico;
- V. Material sem nota fiscal para conferência.

6.29.7 Materiais e Medicamentos de Alto custo

I. Não serão acatadas as cobranças de materiais e medicamentos de alto custo em pronto socorro, exceto com justificativa médica. Assim, não devem ser administrados os seguintes materiais e medicamentos e pronto socorro:

- ✓ Zofran;
- ✓ Nausedron;
- ✓ Cipro;
- ✓ Tienan;
- ✓ Antibióticos em geral, exceto Benzetacil e Despacilina;
- ✓ Pantozol;
- ✓ Equipo Fotossensível;
- ✓ Cateter Duplo J;
- ✓ Cateter Duplo Lumen;
- ✓ Intracath.

II. Os medicamentos serão pagos conforme prescrição médica e checagem da enfermagem.

6.29.8 Preenchimento das Guias

I. Os valores de filme radiológico **não** devem ser lançados no campo material, uma vez que, quando lançados no sistema para fins de faturamento, o procedimento é

calculado considerando-se a quantidade de filme utilizada mais a quantidade de CH's. O valor total do procedimento cobrado (filme mais CH) deve ser lançado no campo específico na guia;

- II. Todas as guias físicas apresentadas para faturamento devem conter, **obrigatoriamente**, a mesma numeração constante do meio eletrônico;
- III. Código de carteira do assistido inválido;
- IV. Carteira do assistido vencida;
- V. Identificação incompleta do assistido;
- VI. Guia sem assinatura de assistido;
- VII. Guia com rasura;
- VIII. Guia sem assinatura e ou carimbo do contratado;
- IX. Guia sem data de atendimento;
- X. Guia sem data do ato cirúrgico;
- XI. Guia com erro na quantidade de itens;
- XII. Guia com códigos de serviço preenchido incorretamente;
- XIII. Guia com local de atendimento ou tabela auxiliar preenchido incorretamente

6.29.9 Ambulatório

- I. Solicitação em formulário impróprio inadequado;
- II. Consulta no prazo de retorno;
- III. Solicitação sem carimbo e ou assinatura do medico;
- IV. Exames procedimento que comprove realização previa sem ter havido data de autorização posterior a data de atendimento;
- V. Ausência de resultado laudo que comprove a realização de exames especiais.

7 Tabelas, Listas e Prazos

7.1 Tabela de Procedimentos Saúde BRB

Para os procedimentos não contemplados na Tabela AMB/92 serão utilizados os valores da Tabela CIEFAS 2000 relativos a cada especialidade, desde que constante no anexo dos procedimentos contratados.

7.1.1 Procedimentos médicos e odontológicos

A Saúde BRB, obedecendo as normativas da Agência Nacional de Saúde – ANS,

adotou a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS, como referência de codificação e nomenclatura para procedimentos médicos e odontológicos.

Os valores dos serviços são negociados com cada prestador de serviço, utilizando como referência a tabela “Associação Médica Brasileira - AMB 92” e a tabela “Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS 2000”.

7.1.2 Materiais e medicamentos

A codificação e pagamento dos materiais segue a referência da tabela SIMPRO conforme edição vigente do atendimento prestado.

A codificação e pagamento dos medicamentos segue a referência da tabela BRASÍNDICE conforme edição vigente do atendimento prestado. O pagamento será feito conforme a dosagem fracionada administrada ao paciente.

O pagamento será feito com base na edição da respectiva revista referente a data de alta ou término de atendimento.

Conforme determinação do padrão TISS, os materiais e medicamentos deverão ser enviados à Saúde BRB para cobrança e pagamento de forma eletrônica e detalhada na “Guia de Outras Despesas”.

7.1.3 Medicamento de Alto custo


A codificação e pagamento dos medicamentos de alto custo segue a referência da tabela BRASÍNDICE conforme edição vigente do atendimento prestado. O pagamento será feito conforme a dosagem fracionada administrada ao paciente.

7.1.4 Pacotes

A Saúde BRB possui pacotes para procedimentos específicos com intuito de agilizar o pagamento através da redução do tempo de auditoria externa e interna e agilização do processo de envio das cobranças para a operadora.

O prestador de serviço deverá entrar em contato com a Saúde BRB para fazer uma proposta de contratualização de pacotes para sua especialidade.

8 Convênios de reciprocidade com outras operadoras

Operadora	Tipo do Atendimento	Abrangência
 <p>Banescaixa – Caixa de Assistência dos Empregados do SFB http://www.banescaixa.com.br</p>	- Idêntico ao Plano A do Saúde BRB, exceto Odontologia.	Espírito Santo

	<p>Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul</p> <p>http://www.cabergs.org.br/</p>	- Idêntico ao Plano A do Saúde BRB, exceto Odontologia.	Rio Grande do Sul
	<p>Grupo Camed</p> <p>http://www.camed.com.br/</p>	- Idêntico ao Plano A do Saúde BRB (com odontologia).	Região Nordeste
	<p>Cabesp – Caixa de Assistência aos Funcionários do Banespa</p> <p>http://www.cabesp.com.br/</p>	- Idêntico ao Plano A do Saúde BRB, exceto Odontologia.	São Paulo
	<p>Caberj – Caixa de Assistência à Saúde</p> <p>http://www.caberj.com.br/</p>	- Idêntico ao Plano A do Saúde BRB, exceto Odontologia.	Rio de Janeiro
	<p>CASF – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco da Amazônia</p> <p>http://www.casf.com.br/</p>	- Idêntico ao Plano A do Saúde BRB, exceto Odontologia.	Região Norte, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul
	<p>Fundação Saúde ITAÚ (Pampulha)</p>	- Idêntico ao Plano A do Saúde BRB, exceto Odontologia.	Paraná e Minas Gerais
	<p>Fundação Saúde ITAÚ (CASBEG)</p>	- Idêntico ao Plano A do Saúde BRB, exceto Odontologia.	Goiás e Tocantins

Glossário

Adjuvantes:	medicamentos empregados de forma Associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar se desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento
Alojamento conjuntivo:	modalidade de acomodação do recém-nascido normal em berço contíguo ao leite da mãe.
Alta:	ato médico que determina o encerramento da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao doente até o momento, por cura, por melhora, inalteração, a pedido ou a transferência. O paciente poderá, caso necessário, receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio.
Alvará:	documento expedido pelas autoridades municipais que autoriza a execução de certas obras particulares sujeitas à fiscalização.
Ambulatório:	local onde se presta assistência a clientes em regime de não internação.
Assistência Ambulatorial:	modalidade de atuação realizada pelo pessoal de saúde a clientes no ambulatório, em regime de não internação.
Assistência domiciliar:	modalidade de atuação realizada pelo pessoal da saúde no domicílio do cliente.
Assistência de enfermagem:	pela equipe de enfermagem na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.
Assistência médica:	modalidade de atuação realizada pelo médico na promoção e proteção e na recuperação e reabilitação de doentes.
Assistência médica permanente:	assistência médica com periodicidade diária.
Atendimento de emergência:	constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.
Atendimento de urgência:	ocorrência prevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
Berço (de maternidade):	cama destinada ao recém-nascido sadio nascido no hospital. O berço destinado a recém nascidos prematuros, crianças doentes e recém-nascidos admitidos pelo tratamento é considerado leito infantil e, como tal, será computado na lotação.
Centro cirúrgico (unidade):	conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como a recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata.
Centro obstétrico (unidade):	conjunto de elementos destinados à higienização, trabalho de parto, parto e os primeiros cuidados com os recém nascidos.
Consulta:	modalidade de assistência na qual elementos da equipe de saúde de nível superior interagem com o usuário para fins de exame, diagnóstico, tratamento e orientação.
Dependência química:	desejo compulsivo, uso ou ingestão de substâncias psicoativas que levem a síndromes de dependência orgânica e/ou psíquica com graves desequilíbrios na harmonia psicossocial do indivíduo e redução da capacidade laboral.
Emergência:	atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
Fisioterapia:	área responsável pelo tratamento de uma ampla variedade de doenças que causam algum grau de incapacidade.
Honorários Médicos:	pagamento do procedimento executado pelo profissional responsável pelo atendimento do paciente.
Hospital:	estabelecimento de saúde destinado a prestar a assistência sanitária em regime de internação, a uma determinada a clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório ou outros serviços.
Hospital de grande porte:	hospital com capacidade instalada de 151 a 500 leitos.
Hospital de médio porte:	hospital com capacidade instalada 51 a 150 leitos.
Hospital de pequeno	hospital com capacidade instalada de até 50 leitos.

porte:	
Hospital de porte especial:	hospital com capacidade instalada acima de 500 leitos.
Hospital dia (Day Clinic):	modalidade de assistência na qual o doente utiliza, com regularidade, os serviços e o leitor hospitalar apenas durante o período diurno.
Hospital-dia para tratamento de transtornos mentais:	recurso intermediário entre o ambulatório e a internação, o qual deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação convencional.
Hospital especializado:	hospital destinado a prestar assistência sanitária e doentes nas quatro especialidades básicas.
Hospital filantrópico:	hospital privado que reserva para a população carente serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remunera os membros de sua diretoria nem seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros revertem-se exclusivamente para a manutenção da instalação.
Hospital geral:	hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes nas quatro especialidades básicas.
Hospital privado ou particular:	hospital que emprega o patrimônio de uma pessoa física ou jurídica de direito privado, não instituída pelo Poder Público.
Hospital secundário:	hospital geral ou especializado destinado a prestar assistência a clientes nas especialidades médicas básicas.
Hospital terciário:	hospital especializado ou com especialidades destinadas a prestar assistência à cliente em outras especialidades médicas além das básicas.
Imperícia:	é caracterizada como falta de conhecimentos teóricos/técnicos para a prática de determinados atos médicos de que passa causar danos à saúde do paciente.
Incidência:	número de casos novos (doenças ou outros fatos) que ocorrem em uma comunidade em determinado período, dando uma idéia dinâmica do desenvolvimento do fenômeno.
Internação:	admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar por período igual ou mais que 24 horas.
Leito de observação:	leito destinado a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou de terapêutica durante um período inferior a 24 horas.
Leito hospitalar:	cama destinada à um cliente no hospital. Não considerar com leito hospitalar os leitos de observação, os leitos da Unidade de Terapia Intensiva e berços do RN normais.
Negligência:	o dano ao paciente decorre da omissão do médico, da falta de agir contra isso é imperioso para salvar a promoção e recuperação da saúde do paciente.
Níveis de complexidade:	limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de saúde, segundo a disponibilidade de recursos, a diversificação de atividades prestadas e sua frequência.
Órtese:	qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
Paciente Crônico:	portador de uma ou mais enfermidades, com quadro clínico estabilizado, sem possibilidade de cura diante do conhecimento científico médico atual, como por exemplo, o diabético, o hipertenso, os renais, etc. que, na maioria das vezes, estão em tratamento ambulatorial, podendo, por algum motivo, ter quadro clínico de descompensação, necessitando ou não de internação hospitalar. A determinação de cronicidade deve ser feita por avaliação criteriosa de um ou mais médicos, com conhecimento científico na (s) enfermidade (s) em questão.
Pacotes:	São agrupadores de procedimentos em um único código, que objetiva a facilitar o pagamento e auditoria de procedimentos específicos e normalmente padronizados. Por exemplo, numa cirurgia bariátrica, deve ser pago códigos para diária, materiais, medicamentos, taxas e outros. Para facilitar, é criado um pacote com um único código de cirurgia bariátrica e com todos os itens de serviço inclusos para cobrança e pagamento.
Pronto atendimento:	conjunto de elementos destinados a atender urgências dentro do horário de serviço do estabelecimento de saúde.
Pós-parto imediato:	primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.
Pronto-socorro:	estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante 24 do dia e dispõe apenas de leitos de observação.
Prontuário médico:	documento legal, constituído de formulários padronizados ordenados, destinados ao registro da assistência prestada ao cliente pelos serviços de saúde públicos e privados.
Prótese:	qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou

	tecido.
Quimioterapia oncológica ambulatorial:	aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento de adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde.
Serviço de apoio diagnóstico e tratamento (SADT):	Conjunto de unidades onde se realizam atividades que complementam o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de pacientes.
Taxas:	Constituem cobrança e pagamento por serviços prestados, uso de aparelhagem ou de ambiente hospitalar
Terapia Nutricional:	Conjunto de procedimentos terapêuticos destinados à manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral e/ou, Enteral.
Tratamento intensivo (unidade):	Conjunto de elementos destinados à acomodação de pacientes que exigem assistência médica e de enfermagem ininterrupta, além da utilização de equipamentos especializados.
Urgência:	Atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Obs.: Extraído da publicação REGIMENTO E NORMAS DE FISCALIZAÇÃO do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal.