



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

**MANUAL DO CREDENCIADO
ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR**

MANUAL DO CREDENCIADO - ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

Unidade Administrativa gestora do normativo	<ul style="list-style-type: none"> • Diretoria de Gestão de Saúde e Rede (DISAR) • Gerência de Negociação e Gestão da Rede (GENEG) <ul style="list-style-type: none"> • Coordenação de Gestão da Rede Credenciada (COREC) • Coordenação de Estratégias de Negociação (CONEG)
Unidade Administrativa responsável pela análise normativa (interna) e padronização	<ul style="list-style-type: none"> • Presidência (PRESI) • Gerência de Estratégia e Inteligência Organizacional (GEORG) <ul style="list-style-type: none"> • Coordenação de Estratégia e Inteligência Organizacional (COORG)
Unidade Administrativa responsável pela conformidade	<ul style="list-style-type: none"> • Presidência (PRESI) • Gerência Jurídica (GEJUR) <ul style="list-style-type: none"> • Coordenação Consultiva e Regulatória (CONSU)
Numeração	MAN/006
Versão	004
Data da Apreciação pela DIREX	DIREX N° 302, de 18 de julho de 2022
Data de Publicação	29/07/2022
Advertência	Este normativo é de uso exclusivo da Postal Saúde. A divulgação não autorizada estará sujeita às penalidades cabíveis por Lei. Toda e qualquer autorização para cópia, divulgação, apresentação ou qualquer outra finalidade deverá ser obtida junto à Postal Saúde.

APRESENTAÇÃO

A Postal Saúde - Caixa de Assistência e Saúde dos Empregados dos Correios, entidade de autogestão em saúde, sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como Operadora de Planos de Assistência à Saúde sob o nº 41913-3, tem como finalidade cuidar da sua saúde por meio de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica de qualidade.

Nossos valores são pautados na qualidade dos serviços, no compromisso e respeito com os Beneficiários, na ética e transparência nos negócios e na responsabilidade pelos resultados.

Apresentamos o Manual do Credenciado da Rede Médico-Hospitalar com as orientações técnicas e administrativas necessárias, com vistas a um atendimento ágil e de qualidade aos nossos Beneficiários.

Salientamos que devido a criação de novos planos, faz-se necessário a validação de elegibilidade do Beneficiário, autorização e regulação prévia de procedimentos

Leia o Manual do Credenciado atentamente e consulte-o sempre que houver necessidade. Qualquer informação poderá ser obtida diretamente na Central de Atendimento ao Credenciado da Postal Saúde 0800 888 8118.

CANAIS DE ATENDIMENTO

Internet

Portal da Postal Saúde: www.postalsaude.com.br.

O relacionamento da Postal Saúde com o Credenciado dar-se-á, **principalmente**, por meio de acesso a serviços online no portal da Operadora, na Área Restrita conhecido também como Portal de Serviços, com acesso por meio de senha devidamente registrada pela Postal Saúde no momento do credenciamento.

Os Credenciados deverão obter senhas de autorização de procedimentos, **preferencialmente**, por intermédio do Autorizador Web, ou através da Central de Autorização e Regulação.

Central de Autorização e Regulação da Postal Saúde

0800 881 80880, 24h, inclusive aos sábados, domingos e feriados.

Central de Atendimento ao Credenciado da Postal Saúde - Administrativo

0800 888 8118, das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira.

Central de Atendimento - Conectividade

0800 888 9404, das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira.

Declarações de INSS e nota fiscal eletrônica

fiscal@postalsaude.com.br

Fax: 0800 888 8118

Sede da Postal Saúde

SHS, Quadra 2, Bloco B,

Edifício Telex

CEP 70.312-970, Asa Sul, Brasília – DF

Unidades Regionais

Existem 28 (vinte e oito) Unidades de Representação Regional e Núcleos de Atendimento Regional nas Unidades Federativas do país com a finalidade de realizar os atendimentos aos Beneficiários e Prestadores da região. A relação com os respectivos endereços e horário de funcionamento encontram-se disponibilizada no Portal da Operadora (www.postalsaude.com.br).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
CANAIS DE ATENDIMENTO	4
CAPÍTULO 1 - DOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES	6
CAPÍTULO 2 - DA CONTRATAÇÃO E CADASTRAMENTO DE PRESTADOR	8
CAPÍTULO 3 - DOS CANAIS DE ATENDIMENTO.....	9
CAPÍTULO 4 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)	9
CAPÍTULO 5 - DOS SERVIÇOS CONTRATADOS E RESPECTIVA REMUNERAÇÃO	11
CAPÍTULO 6 - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	12
CAPÍTULO 7 - DAS GUIAS E FORMULÁRIOS	14
CAPÍTULO 8 - DAS REGRAS GERAIS ACERCA DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS.....	18
CAPÍTULO 9 - DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS OBRIGATÓRIAS	20
CAPÍTULO 10 - DAS AUTORIZAÇÕES RELATIVAS A ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME).....	20
CAPÍTULO 11 - DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS PARA MEDICAMENTOS	23
CAPÍTULO 12 - DAS AUTORIZAÇÕES DE QUIMIOTERÁPICOS	25
CAPÍTULO 13 - DAS AUTORIZAÇÕES RELATIVAS A SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICOS E TERAPIA (SADT).....	26
CAPÍTULO 14 - DAS AUTORIZAÇÕES DE TRATAMENTOS SERIADOS	26
CAPÍTULO 15 - DAS AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÕES ELETIVAS	26
CAPÍTULO 16 - DA CONFIRMAÇÃO DE ADMISSÃO E ALTA NA INTERNAÇÃO.....	28
CAPÍTULO 17 - DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA	29
CAPÍTULO 18 - DAS AUTORIZAÇÕES PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR	29
CAPÍTULO 19 - DAS AUDITORIAS E PERÍCIAS PRÉVIAS.....	30
CAPÍTULO 20 - DO FATURAMENTO	31
CAPÍTULO 21 - DAS RESPONSABILIDADES	37
CAPÍTULO 22 - DOS DOCUMENTOS ASSOCIADOS	37
CAPÍTULO 23 - DO CONTROLE DAS REVISÕES.....	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Cartão de Identificação de Beneficiário – Plano CorreiosSaúde - Enfermaria	10
Figura 2 - Modelo de Cartão de Identificação de Beneficiário – Plano CorreiosSaúde II - Enfermaria.....	10
Figura 3 - Modelo de Cartão de Identificação de Beneficiário – Plano Viver Saúde - Apartamento	10

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).....	21
Quadro 2 - Tipos de tabela e utilização	34

CAPÍTULO 1 - DOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Arquivo XML: é a abreviação da denominação originária do inglês "Extensible Markup Language", que se traduz em linguagem utilizada para auxiliar os sistemas de informação na codificação e compartilhamento de dados, especialmente via internet, o que possibilita a troca de informações entre diferentes computadores e aplicativos, simplificando sua utilização e tornando possível definir o conteúdo de documentos separadamente de seu formato.

Autogestão em saúde: modalidade de gestão de assistência à saúde na qual a própria organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa de assistência à saúde de seus Beneficiários, estando enquadrados neste segmento os planos de saúde destinados a empregados ativos e aposentados ou participantes de entidades associativas, assistenciais, previdenciárias, com custo menor que as operadoras que atuam no mercado aberto de saúde, pois empregam recursos provenientes das empresas patrocinadoras ou mantenedoras e dos próprios Beneficiários, na medida justa para o sustento do plano, sem encargos de remuneração de negócio.

Carência: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato firmado pelo Beneficiário com a operadora de plano de saúde, durante o qual esse não terá direito a certas coberturas contratadas.

Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB): é o documento que identifica o Beneficiário da Postal Saúde junto à rede de serviços credenciada, contratada ou referenciada.

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM): é um parâmetro de honorários médicos criado por meio de ação unificada da Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e sociedades de especialidades com o apoio de outras diversas entidades médicas do país, que visa garantir valores mínimos de remuneração por serviços médicos prestados, objetivando equilibrar os preços praticados no mercado e, com isso, preservar o respeito ao profissional médico e a melhoria da qualidade no atendimento ao paciente.

Classificação Internacional de Doenças (CID): é uma publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, fornecendo os códigos relativos a uma grande variedade de sinais, sintomas, circunstâncias sociais ou causas externas para ferimentos ou doenças.

Cobertura Parcial Temporária (CTP): é a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade para doenças pré-existentes, por um período de 24 (vinte e quatro) meses após início da vigência do contrato firmado pelo Beneficiário com a operadora de plano de saúde, desde que haja previsão expressa.

Day Hospital ou Hospital-Dia: é a disponibilização pelas instituições de saúde de estrutura organizacional onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados para o fornecimento de cuidados de saúde de modo programado a doentes em ambulatório, em espaço apropriado, em alternativa à hospitalização clássica, por um período normalmente não superior a 12 (doze) horas, não requerendo assim, o pernoite.

Emergência: são situações que implicam em risco imediato à vida do indivíduo ou em lesões irreparáveis, caracterizadas por declaração do Médico, caso em que o paciente deve ser atendido em regime de prioridade.

Estadiamento: é a classificação das neoplasias malignas (cânceres) em grupos, visando avaliar o seu grau de disseminação, levando em conta a taxa de crescimento do tumor, a extensão da doença e sua relação com o hospedeiro, a localização, tamanho ou volume do tumor, se há invasão direta e linfática, se há metástases, dentre outras variáveis.

Faturamento eletrônico: é o ato de preenchimento e envio, pelo Credenciado, das guias eletrônicas no padrão TISS para fins de cobrança do serviço prestado e processamento de contas médicas, odontológicas e demais serviços não médicos dos Beneficiários atendidos.

Glosa: é o termo que se refere ao indeferimento pela Operadora de valores referentes a atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pelo Credenciado, em razão da constatação de alguma inconsistência nas informações prestadas, como, por exemplo, por falta de documentação adequada, incorreção dos valores cobrados, inelegibilidade do Beneficiário, dentre outras.

Home Care ou Internação Domiciliar: consiste no atendimento realizado no domicílio do Beneficiário, com as mesmas características do atendimento hospitalar, acompanhado por equipe multidisciplinar em conformidade com o plano terapêutico prescrito pelo Médico Assistente.

Mecanismos Assistenciais de Regulação: são meios e recursos técnicos e administrativos utilizados pela Operadora, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, na Lei nº 9.656 de 1998, seus regulamentos e na legislação vigente. Este é um processo de avaliação contínua que permite a identificação de não conformidades. Realizado por meio de mecanismos regulatórios e regras de negócio definidos, aprovados, implantados e operacionalizados pela Postal Saúde, exceto em consultas e casos de urgência e emergência.

Medicamentos off label: do inglês, o termo “off label” não possui tradução literal para o português, mas designa o medicamento utilizado de forma diferente daquela descrita na bula que foi registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo utilizados de forma diversa da informada, como, por exemplo, em posologias não comuns, por via de administração diferente da prevista na bula, utilização em faixas etárias para as quais o medicamento não foi testado ou para tratamento de doenças que não foram estudadas, dentre outros.

Operadora de Planos de Saúde (OPS): é toda empresa que presta serviços privados de assistência à saúde, devendo estar registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão federal que regulamenta e fiscaliza o setor.

Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME): são insumos utilizados em uma intervenção médica ou odontológica, diagnóstica ou terapêutica, assim chamados em conjunto, mas com definições individuais, a saber:

- a) Órtese: é qualquer material ou dispositivo, permanente ou transitório que auxilie ou substitua as funções de um membro, órgão ou tecido cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de um ato cirúrgico, visando modificar os aspectos funcionais ou estruturais de órgãos, membros ou tecidos, para obtenção de alguma melhoria mecânica ou ortopédica;
- b) Próteses: são materiais que, de forma permanente ou transitória, podem substituir de forma total ou parcial um membro, órgão, tecido, ou ainda podem ser usadas para suprir necessidades e funções de indivíduos sequelados por amputações, traumáticas ou não;
- e
- c) Materiais Especiais: são insumos médicos que melhoram ou auxiliam procedimentos terapêuticos, implantáveis ou não, de uso individual, tais como cateteres, grampeadores, introdutores, material de videolaparoscopia, dentre outros.

Plano regulamentado: são planos instituídos sob a vigência da Lei nº 9.656/98, conferindo aos usuários maior segurança jurídica e garantia de direitos.

Procedimentos eletivos: são procedimentos médicos programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência.

Recurso de glosa: é o pedido do Credenciado de revisão de glosas que a Operadora apontou em seu faturamento enviado para pagamento, que será avaliado tecnicamente, em prazo pré-estabelecido, após o qual será proferida decisão final pelo pagamento ou não da parte controversa do faturamento.

Rede Credenciada: é a rede de Credenciados de serviços médicos, hospitalares, laboratoriais, clínicos e outros que mantêm contrato de prestação de serviços com as Operadoras para prestar atendimento aos seus Beneficiários.

Rol de Procedimentos Médicos: é uma lista de procedimentos médicos, incluindo exames, cirurgias, tratamentos, entre outros, que serve como referência básica para cobertura assistencial de planos de saúde regulamentados, conforme cada modalidade de plano ou seguro.

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT): são procedimentos médicos e de profissionais não-médicos, também denominados exames complementares, realizados por laboratórios, clínicas ou em ambiente ambulatorial, destinados a formular ou esclarecer o diagnóstico da patologia de pacientes externos, internos ou de emergência.

Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS): é a padronização da codificação e descrição dos procedimentos de saúde, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio da Instrução Normativa IN nº 34, de 13 de fevereiro de 2009, mediante a qual os Credenciados de serviços médicos passaram a utilizar codificação padronizada de procedimentos na troca de informações com as operadoras, visando minimizar as dificuldades provocadas pela existência de inúmeros códigos para o mesmo procedimento, facilitando a compreensão a respeito das denominações usadas para procedimentos e eventos em saúde.

Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS): é um padrão obrigatório para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Credenciados de serviços médico-hospitalares, criado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio da RN nº 153, de 28 de maio de 2007, revogada pela RN nº 305, de 09 de outubro de 2012, após a qual foram definidos critérios para troca de informações entre operadoras e Credenciados, além do envio destes dados para a ANS, com o objetivo de padronizar os diversos sistemas independentes para fins de possibilitar a avaliação da assistência à saúde nos aspectos clínico, epidemiológico ou administrativo e seus resultados, orientando o planejamento do setor pela ANS.

Urgência: são situações resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, nos moldes da Lei nº 9.656/98, que sugerem atendimento do indivíduo em curto espaço de tempo, sem colocar em risco a sua vida.

CAPÍTULO 2 - DA CONTRATAÇÃO E CADASTRAMENTO DE PRESTADOR

- 2.1. O Prestador que formalizar Contrato de Prestação de Serviços com a Postal Saúde passará a integrar sua **Rede Credenciada** e será cadastrado no sistema informatizado da Operadora para que tenha acesso à área destinada aos **Credenciados** no portal da Postal Saúde, por meio do endereço www.postalsaude.com.br.
- 2.1.1 O **Credenciado** terá acesso à Área Restrita (Portal da Postal Saúde) e na plataforma de conectividade por meio do código de identificação cadastral, podendo ser o CPF (se for pessoa física) ou o CNPJ (se for pessoa jurídica) e senha única e intransferível, a qual deverá ser registrada via web no primeiro acesso.
- 2.2. O **Credenciado**, devidamente cadastrado, será incluído no “Rol de **Credenciados**” da Postal Saúde, cuja disponibilização aos Beneficiários ocorrerá por meio do portal da Operadora e app **Credenciado**.
- 2.2.1. As informações cadastrais do **Credenciado**, tais como nome, endereço, telefone e especialidades contratadas, serão divulgadas aos Beneficiários da Postal Saúde.
- 2.3. O **Credenciado** deverá manter seus dados cadastrais sempre atualizados junto à Postal Saúde.
- 2.3.1. A Postal Saúde não se responsabilizará por quaisquer problemas advindos de informações cadastrais desatualizadas.

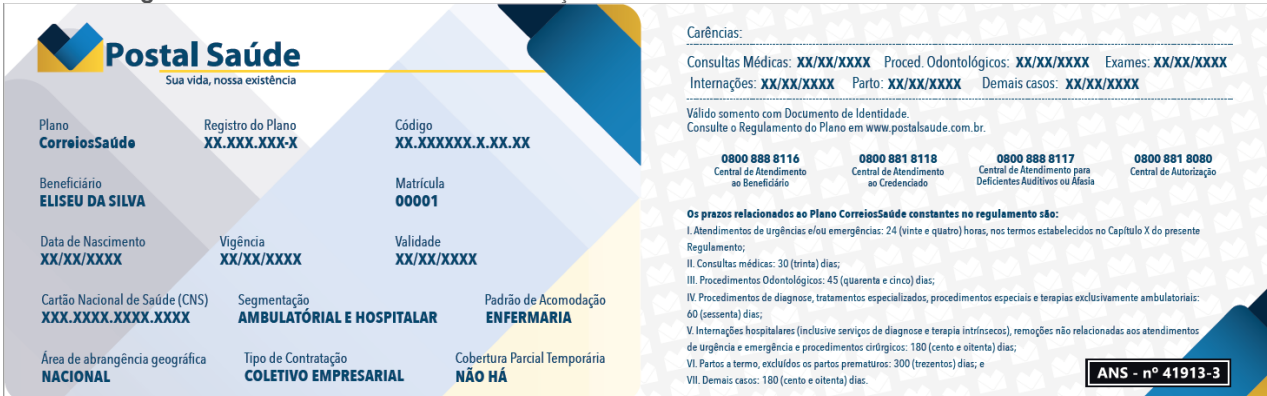
CAPÍTULO 3 - DOS CANAIS DE ATENDIMENTO

- 3.1. O relacionamento da Postal Saúde com o **Credenciado** dar-se-á, principalmente, por meio de acesso aos serviços online no portal da operadora, no endereço www.postalsaude.com.br, na Área Restrita dos **Credenciados** também conhecido por “Portal de Serviços”, ou através do sistema de conectividade. O acesso no portal ocorre por meio de senha devidamente registrada pela Postal Saúde no momento do credenciamento e no sistema de conectividade através de senha cadastrada pelo próprio prestador.
- 3.2. Os **Credenciados** deverão obter senhas de autorização de procedimentos, preferencialmente, por intermédio do Autorizador Web no endereço www.postalsaude.com.br, ou através da **Central de Autorização e Regulação**, no telefone **0800 881 8080**, tratando-se de serviço ininterrupto, dia e noite, inclusive aos sábados, domingos e feriados.
- 3.3. A Postal Saúde atenderá aos **Credenciados**, para assuntos administrativos, por meio da **Central de Atendimento ao Credenciado**, no telefone **0800 888 8118**, de segunda a sexta-feira, de 8h:00 às 18h:00.
- 3.4. A Postal Saúde atenderá aos **Credenciados**, para assuntos correspondentes a conectividade, por meio da **Central de Atendimento Conectividade**, no telefone **0800 888 9404** de segunda a sexta-feira, de 8h:00 às 18h:00.

CAPÍTULO 4 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)

- 4.1. O Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) apresentará todas as informações necessárias para que o **Credenciado** faça o correto preenchimento das guias de cobrança, conforme informado a seguir:
 - a) Matrícula do Beneficiário;
 - b) Nome do Beneficiário;
 - c) Data de nascimento do Beneficiário;
 - d) Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
 - e) Validade;
 - f) Titular;
 - g) Padrão de acomodação;
 - h) Abrangência geográfica do plano;
 - i) Tipo de Cobertura;
 - j) Tipo de plano;
 - k) Referência quanto à obrigatoriedade de apresentação conjunta de documento de identidade com foto;
 - l) Canais de atendimento; e
 - m) Código da Operadora junto à ANS.
- 4.1.1 O CIB vigente será apresentado nos seguintes modelos:

Figura 1 - Modelo de Cartão de Identificação de Beneficiário – Plano CorreiosSaúde - Enfermaria



Postal Saúde
Sua vida, nossa existência

Plano **CorreiosSaúde** Registro do Plano **XX.XXX.XXX-X** Código **XX.XXXXXX.X.XX.XX**

Beneficiário **ELISEU DA SILVA** Matrícula **00001**

Data de Nascimento **XX/XX/XXXX** Vigência **XX/XX/XXXX** Validade **XX/XX/XXXX**

Cartão Nacional de Saúde (CNS) **XXX.XXXX.XXXX.XXXX** Segmentação **AMBULATORIAL E HOSPITALAR** Padrão de Acomodação **ENFERMARIA**

Área de abrangência geográfica **NACIONAL** Tipo de Contratação **COLETIVO EMPRESARIAL** Cobertura Parcial Temporária **NÃO HÁ**

Carências:
Consultas Médicas: **XX/XX/XXXX** Proced. Odontológicos: **XX/XX/XXXX** Exames: **XX/XX/XXXX**
Internações: **XX/XX/XXXX** Parto: **XX/XX/XXXX** Demais casos: **XX/XX/XXXX**

Válido somente com Documento de Identidade.
Consulte o Regulamento do Plano em www.postalsaude.com.br.

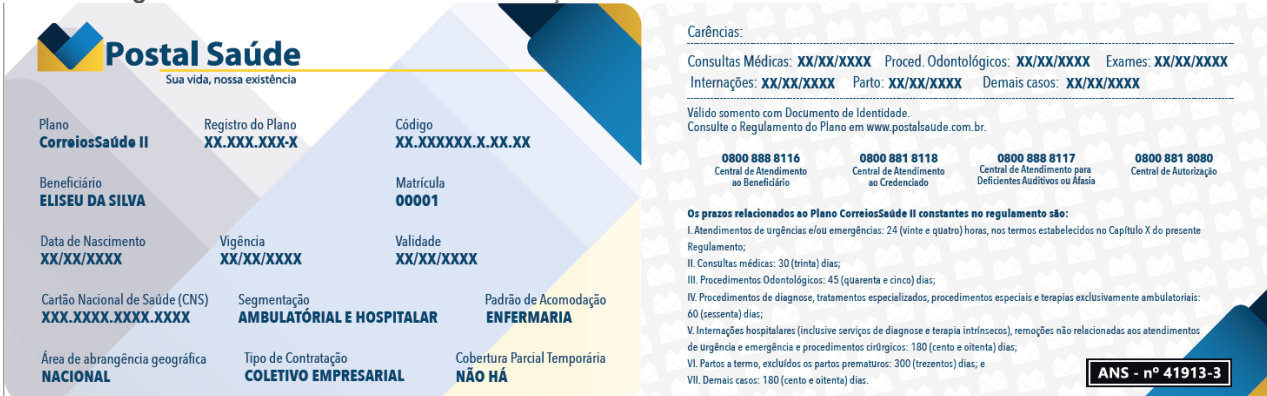
0800 888 8116 Central de Atendimento ao Beneficiário
0800 881 8118 Central de Atendimento ao Credenciado
0800 888 8117 Central de Atendimento para Deficientes Auditivos ou Aléxia
0800 881 8080 Central de Autorização

Os prazos relacionados ao Plano CorreiosSaúde constantes no regulamento são:
I. Atendimentos de urgências e/ou emergências: 24 (vinte e quatro) horas, nos termos estabelecidos no Capítulo X do presente Regulamento;
II. Consultas médicas: 30 (trinta) dias;
III. Procedimentos Odontológicos: 45 (quarenta e cinco) dias;
IV. Procedimentos de diagnóstico, tratamentos especializados, procedimentos especiais e terapias exclusivamente ambulatoriais: 60 (sessenta) dias;
V. Internações hospitalares (inclusive serviços de diagnóstico e terapia intrínsecos), remoções não relacionadas aos atendimentos de urgência e emergência e procedimentos cirúrgicos: 180 (cento e oitenta) dias;
VI. Partos a termo, excluídos os partos prematuros: 300 (trezentos) dias; e
VII. Demais casos: 180 (cento e oitenta) dias.

ANS - nº 41913-3

Fonte: COMEC

Figura 2 - Modelo de Cartão de Identificação de Beneficiário – Plano CorreiosSaúde II - Enfermaria



Postal Saúde
Sua vida, nossa existência

Plano **CorreiosSaúde II** Registro do Plano **XX.XXX.XXX-X** Código **XX.XXXXXX.X.XX.XX**

Beneficiário **ELISEU DA SILVA** Matrícula **00001**

Data de Nascimento **XX/XX/XXXX** Vigência **XX/XX/XXXX** Validade **XX/XX/XXXX**

Cartão Nacional de Saúde (CNS) **XXX.XXXX.XXXX.XXXX** Segmentação **AMBULATORIAL E HOSPITALAR** Padrão de Acomodação **ENFERMARIA**

Área de abrangência geográfica **NACIONAL** Tipo de Contratação **COLETIVO EMPRESARIAL** Cobertura Parcial Temporária **NÃO HÁ**

Carências:
Consultas Médicas: **XX/XX/XXXX** Proced. Odontológicos: **XX/XX/XXXX** Exames: **XX/XX/XXXX**
Internações: **XX/XX/XXXX** Parto: **XX/XX/XXXX** Demais casos: **XX/XX/XXXX**

Válido somente com Documento de Identidade.
Consulte o Regulamento do Plano em www.postalsaude.com.br.


0800 888 8116 Central de Atendimento ao Beneficiário
0800 881 8118 Central de Atendimento ao Credenciado
0800 888 8117 Central de Atendimento para Deficientes Auditivos ou Aléxia
0800 881 8080 Central de Autorização

Os prazos relacionados ao Plano CorreiosSaúde II constantes no regulamento são:
I. Atendimentos de urgências e/ou emergências: 24 (vinte e quatro) horas, nos termos estabelecidos no Capítulo X do presente Regulamento;
II. Consultas médicas: 30 (trinta) dias;
III. Procedimentos Odontológicos: 45 (quarenta e cinco) dias;
IV. Procedimentos de diagnóstico, tratamentos especializados, procedimentos especiais e terapias exclusivamente ambulatoriais: 60 (sessenta) dias;
V. Internações hospitalares (inclusive serviços de diagnóstico e terapia intrínsecos), remoções não relacionadas aos atendimentos de urgência e emergência e procedimentos cirúrgicos: 180 (cento e oitenta) dias;
VI. Partos a termo, excluídos os partos prematuros: 300 (trezentos) dias; e
VII. Demais casos: 180 (cento e oitenta) dias.

ANS - nº 41913-3

Fonte: COMEC

Figura 3 - Modelo de Cartão de Identificação de Beneficiário – Plano Viver Saúde - Apartamento



Postal Saúde
Sua vida, nossa existência

Plano **Viver Saúde** Registro do Plano **XX.XXX.XXX-X** Código **XX.XXXXXX.X.XX.XX**

Beneficiário **ELISEU DA SILVA** Matrícula **00001**

Data de Nascimento **XX/XX/XXXX** Vigência **XX/XX/XXXX** Validade **XX/XX/XXXX**

Cartão Nacional de Saúde (CNS) **XXX.XXXX.XXXX.XXXX** Segmentação **AMBULATORIAL E HOSPITALAR** Padrão de Acomodação **APARTAMENTO**

Área de abrangência geográfica **NACIONAL** Tipo de Contratação **COLETIVO EMPRESARIAL** Cobertura Parcial Temporária **NÃO HÁ**

Carências:
Consultas Médicas: **XX/XX/XXXX** Exames: **XX/XX/XXXX**
Internações: **XX/XX/XXXX** Parto: **XX/XX/XXXX** Demais casos: **XX/XX/XXXX**

Válido somente com Documento de Identidade.
Consulte o Regulamento do Plano em www.postalsaude.com.br.

0800 888 8116 Central de Atendimento ao Beneficiário
0800 881 8118 Central de Atendimento ao Credenciado
0800 888 8117 Central de Atendimento para Deficientes Auditivos ou Aléxia
0800 881 8080 Central de Autorização

Os prazos relacionados ao Plano Viver Saúde constantes no regulamento são:
I. Atendimentos de urgências e/ou emergências: 24 (vinte e quatro) horas, nos termos estabelecidos no Capítulo X do presente Regulamento;
II. Consultas médicas: 30 (trinta) dias;
III. Procedimentos de diagnóstico, tratamentos especializados, procedimentos especiais e terapias exclusivamente ambulatoriais: 60 (sessenta) dias;
IV. Internações hospitalares (inclusive serviços de diagnóstico e terapia intrínsecos), remoções não relacionadas aos atendimentos de urgência e emergência e procedimentos cirúrgicos: 180 (cento e oitenta) dias;
V. Partos a termo, excluídos os partos prematuros: 300 (trezentos) dias; e
VI. Demais casos: 180 (cento e oitenta) dias.

ANS - nº 41913-3

Fonte: COMEC

- 4.2 Os Beneficiários da Postal Saúde se identificarão junto aos **Credenciados**, exclusivamente, por meio de apresentação do CIB físico ou da versão digital do CIB disponível no site da Postal Saúde ou aplicativo mobile, acompanhado de documento de identificação com foto, devendo o **Credenciado** verificar a elegibilidade do Beneficiário no Autorizador Web.
- 4.2.1 Os Beneficiários menores, sem documento com foto, poderão ser identificados junto aos **Credenciados** por meio de Certidão de Nascimento.
- 4.3 Os Beneficiários devidamente identificados por meio do CIB poderão se submeter a qualquer tipo de tratamento previsto no contrato firmado pela Postal Saúde com o **Credenciado**, desde que observados previamente a elegibilidade, os requisitos de autorização e regulação previstos para cada procedimento, quando for o caso, e em conformidade com as coberturas previstas na norma técnica do plano de saúde em que

está inscrito, disponíveis no portal da Postal Saúde, no endereço www.postalsaude.com.br.

- 4.4 Não serão acatadas as cobranças referentes a atendimentos realizados a Beneficiários excluídos ou com direitos suspensos aos planos de saúde ofertados.

CAPÍTULO 5 - DOS SERVIÇOS CONTRATADOS E RESPECTIVA REMUNERAÇÃO

- 5.1. A Postal Saúde utilizará, para todos os fins previstos nesse Manual do **Credenciado**, a codificação e nomenclatura dos procedimentos médico-hospitalares previstos na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) vigente divulgada pela ANS.
- 5.2. A Postal Saúde somente pagará ao **Credenciado** pelos serviços que forem efetivamente contratados individualmente, conforme identificado no Contrato de Prestação de Serviços firmado com a Postal Saúde e divulgado aos Beneficiários em seu portal, no endereço www.postalsaude.com.br.
- 5.2.1. O valor a ser pago ao **Credenciado** para cada procedimento será aquele acordado com a Postal Saúde no momento da formalização de seu Contrato de Prestação de Serviços (e em seus aditivos), e será estabelecido por meio de índices e tabelas de referência oficiais, utilizadas no setor de saúde suplementar.
- 5.2.2. O **Credenciado** que tiver realizado negociação de honorários médicos diferenciados com a Postal Saúde com relação a consultas eletivas, consulta em Pronto Socorro e Visitas Hospitalares, a remuneração será baseada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) da referida especialidade.
- 5.3. O **Credenciado** deverá observar a cobertura de procedimentos prevista para cada Beneficiário da Postal Saúde, devidamente definida no regulamento do plano de saúde identificado no CIB.
- 5.4. O **Credenciado** não poderá, em nenhuma hipótese, cobrar diretamente dos Beneficiários, ainda que em valores adicionais, por atendimentos e tratamentos cobertos pela Postal Saúde.
- 5.5. A Postal Saúde somente pagará ao **Credenciado** conforme padrão de acomodação descrito no CIB e validade de acordo com a elegibilidade, tanto para internações clínicas quanto cirúrgicas.
- 5.6. Para os Beneficiários que possuem o plano com acomodação Enfermaria, a acomodação individual poderá ser utilizada nos seguintes casos:
- a) Opção do Beneficiário:
- I. **Plano CorreiosSaúde: Credenciado** deverá solicitar senha de autorização com a especificação da acomodação diferenciada, bem como solicitar que o Beneficiário assine o formulário específico denominado "Termo de Opção em Apartamento Simples", disponível para *download* e impressão no portal da Postal Saúde, no endereço: <https://www.postalsaude.com.br/documentos/#formularios>
 - II. **Plano CorreiosSaúde II:** o Beneficiário titular poderá optar por acomodação individual, para si ou para seu dependente e será de sua inteira responsabilidade, junto ao **Credenciado**, toda e qualquer despesa excedente à acomodação coletiva, que ocorra em função dessa opção. Caberá ao **Credenciado** estabelecer com o Beneficiário o ajuste financeiro referente a sua opção por padrão superior de acomodação.
- b) Por indicação médica:

- I. a Postal Saúde autorizará a internação em apartamento, em caráter excepcional, em situações devidamente analisadas e homologadas pela Operadora nos seguintes casos:
 - A. Politraumatizados, com lesões graves de órgãos internos; ou
 - B. Queimaduras de segundo e terceiros graus acima de cinco unidades topográficas (UT); e/ou
 - C. Pacientes com sequelas neurológicas que apresentem deficiência de fala e locomoção comprovadamente restrito ao leito.
 - II. o **Credenciado** deverá encaminhar laudo do Médico Assistente contemplando as condições de saúde do paciente e a justificativa para a alteração do leito.
- 5.6.1. O **Credenciado** deverá promover a acomodação de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade e para idosos a partir dos 60 anos de idade, bem como para os Beneficiários portadores de necessidades especiais, conforme indicação do Médico Assistente por meio de relatório.

CAPÍTULO 6 - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 6.1. O **Credenciado** não receberá autorização e/ou pagamento por procedimentos que estiverem excluídos da cobertura assistencial da Postal Saúde, descritos a seguir:
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
 - Exames e tratamentos relativos à medicina ortomolecular;
 - Mamoplastia redutora e demais cirurgias com finalidade estética;
 - Cirurgia e tratamentos específicos para mudança de sexo;
 - Procedimentos destinados a inseminação artificial ou fertilização *in vitro* e/ou reprodução assistida, por quaisquer técnicas;
 - Recanalização tubária;
 - Exame de paternidade;
 - Controle de natalidade contrário à ética médica;
 - Consulta ou atendimento domiciliar, exceto no caso de internação domiciliar autorizada pelo Médico da Postal Saúde e terapias seriadas em regime domiciliar;
 - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - Fornecimento de materiais e medicamentos (importados ou não) prescritos para tratamento domiciliar, quando classificados para uso restrito em ambiente hospitalar.
 - Fornecimento de vacinas de qualquer natureza;
 - Tratamentos de rejuvenescimento e/ou emagrecimento com finalidade estética em qualquer tipo de estabelecimento;
 - Tratamento fonoaudiológico, exceto nas situações definidas pela ANS;
 - Tratamento de apoio psicológico, exceto em situações definidas pela ANS e previstas no Manual do Beneficiário;
 - Internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido na prática médica;

- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, ou ainda, cirurgias não previstas no Código Brasileiro de Ética Médica, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Quaisquer exames ou tratamentos sem indicação médica prévia;
- Diárias hospitalares e despesas com acompanhante, exceto nos casos previstos em lei;
- Exames e procedimentos não previstos no rol de cobertura dos planos da Postal Saúde e não definidos pelo rol de Procedimentos da ANS;
- Dermolipectomia abdominal, exceto nos casos de perda ponderal em consequência de tratamento para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago, configurando-se uma seqüela do processo de redução de peso;
- Enfermagem em caráter particular, em residência ou não;
- Internação hospitalar para fins de repouso ou de assistência em caráter social (asilo, internato e outros), e estada em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica, e clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Consultas, exames laboratoriais ou tratamentos relativos a exames periódicos, por mudança de função ou cargo e exame admissional e demissional;
- Despesas consideradas extraordinárias na internação, tais como: aluguel de TV, ligações telefônicas urbanas e interurbanas de fixo ou celular, internet, canais fechados de TV, lavagem de roupa, refeições extras e outras;
- Tratamentos de varizes superficiais com injeções esclerosantes (escleroterapia) e/ou aplicação a laser;
- Confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos destinados à complementação de funções, tais como colchões, cadeiras, elevadores e outros, exceto nos tratamentos de internação domiciliar devidamente autorizados;
- Remoção domicílio-hospital e vice-versa;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Brasileiro de Odontologia (CBO), ou, ainda, tratamento com uso *off label* de medicamentos ou aqueles sem estudo clínico ou protocolos publicados;
- Quimioterápicos quando solicitados de forma individual ou em composição com diversos medicamentos e que algum deles não façam parte dos protocolos e estudos médicos reconhecidos no Brasil;
- Procedimentos médicos em que se utilizam materiais ou fármacos fora das indicações em bula, protocolos ou indicações clínicas;
- Fornecimento de medicamentos e/ou produtos para a saúde produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente;
- Drenagem linfática, exceto nos casos de pós-mastectomia;
- Tratamento para infertilidade/esterilidade, exceto o previsto em norma específica da ANS e Lei do Planejamento Familiar (LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996);
- Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) do Ministério da Saúde;

- Trocaters descartáveis para cirurgia laparoscópicas, exceto o destinado para realização da primeira punção, denominada “punção às cegas”;
- Parafuso reabsorvível;
- Procedimentos sem cobertura solicitados por similaridade;
- Solicitações de procedimentos que constarem nas tabelas praticadas pela Postal Saúde e/ou no Rol de Procedimentos da ANS e que não são apresentadas as documentações contidas na referida tabela;
- Todos os procedimentos que não constarem nas tabelas praticadas pela Postal Saúde e/ou no Rol de Procedimentos da ANS;
- Procedimentos não autorizados previamente pela Postal Saúde, que conste a necessidade de autorização prévia conforme tabela de cobertura;
- Procedimentos decorrentes de doação de órgão para paciente que não seja Beneficiário da Postal Saúde; e
- Manutenção de medicamentos para pacientes submetidos a transplantes.

8.1. A Postal Saúde **não autoriza** procedimentos e OPMEs:

- a) cuja Órteses, Próteses ou Materiais Especiais (OPMEs) solicitados que não possuam registro na ANVISA e importados;
- b) cujos critérios previstos em Diretrizes de Utilização (DUT) da ANS e Diretrizes de Utilização do CorreiosSaúde e CorreiosSaúde II (DUC) não sejam atendidos;
- c) que apresentem divergências técnicas acerca de sua indicação, mesmo após análise de toda documentação, de avaliação de 2ª opinião ou de análise por Junta Médica/Odontológica; e
- d) solicitados por similaridade.

CAPÍTULO 7 - DAS GUIAS E FORMULÁRIOS

- 7.1. A Postal Saúde adota o padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS), instituído pela ANS.
- 7.2. Todos os formulários e guias mencionados neste manual a serem utilizados pelos **Credenciados** nos atendimentos aos Beneficiários deverão atender ao padrão TISS instituído pela ANS, apresentando a logomarca da Postal Saúde, sem numeração sequencial, devendo ser respeitada a obrigatoriedade do preenchimento de todos os seus campos.
- 7.3. Os formulários e guias deverão ser obtidos e consultados pelo **Credenciado** mediante *download* e impressão no portal da Postal Saúde, no endereço www.postalsaude.com.br.
- 7.4. Os **Credenciados** que não utilizam o faturamento eletrônico deverão preencher integralmente as guias com letra legível, preferencialmente de forma, fazendo constar em campos específicos:
 - a) A assinatura do Beneficiário ou responsável;
 - b) A assinatura do **Credenciado** ou Médico Responsável;
 - c) A Classificação Internacional de Doenças (CID), exigido para cumprimento da DUT conforme previsto pela ANS; e
 - d) Documentação complementar necessária.

- 7.4.1. Os **Credenciados** que utilizam faturamento eletrônico ficam dispensados do envio do documento físico correspondente ao mesmo modelo de guia de cobrança utilizado eletronicamente, exceto para a guia SP/SADT, quando utilizada como solicitação médica.
- 7.4.1.1. Todas as documentações complementares, a exemplo de:
- a) capa de lote;
 - b) capa de lote eletrônico;
 - c) pedidos, laudos, relatórios médicos; e
 - d) guia COMPROVANTE PRESENCIAL permanecem obrigatórios.
- 7.4.1.2. Caso a Operadora realize alteração na documentação complementar, o **Credenciado** será avisado pelos canais oficiais de forma tempestiva.
- 7.4.1.3. Para comprovação da presença do Beneficiário, no **Credenciado**, por meio de sua assinatura, é importante que na guia presencial o campo "14 - número da guia principal" seja preenchido com o número da guia principal onde será cobrado o atendimento realizado, conforme previsto no padrão TISS.
- 7.4.1.4. Para comprovação da presença do Beneficiário, no **Credenciado**, por meio de sua assinatura, é importante que na guia presencial o campo "14 - número da guia principal" seja preenchido com o número da guia principal onde será cobrado o atendimento realizado, conforme previsto no padrão TISS.
- 7.5. Necessariamente, nas guias, pedidos médicos e/ou laudos deverão conter a assinatura, carimbo e número do Conselho Regional de Medicina (CRM) do Médico em que realizou o atendimento ao Beneficiário.
- 7.6. Os documentos físicos deverão ser encaminhados pelos **Credenciados** à Postal Saúde em uma única via para cobrança, podendo o **Credenciado** manter uma cópia assinada ou qualquer outra forma de comprovação do atendimento, para documentação de suporte, em casos de eventual extravio ou recurso de glosa.
- 7.6.1. As **Guias de Consulta** deverão ser utilizadas pelos **Credenciados**, exclusivamente, para cobranças de consultas eletivas realizadas em clínicas, ambulatórios e consultórios médicos.
- 7.6.2. As **Guias de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)** deverão ser utilizadas pelos **Credenciados** exclusivamente para cobranças de eventos em SADT, tais como remoção (aquelas com cobertura pelos planos de saúde da Postal Saúde), pequenas cirurgias, exames ambulatoriais, atendimento domiciliar e terapias seriadas.
- 7.6.3. As **Guias Específicas de Quimioterapia e Radioterapia** deverão ser utilizadas para procedimentos específicos, seja ambulatorial ou para internados, obedecendo ao padrão TISS.
- 7.6.4. As **Guias Anexas Quimioterapia, Radioterapia, OPME, Prorrogação e complemento de tratamento** deverão ser utilizados para complementar um atendimento inicialmente já solicitado em guia inicial (guia referenciada).
- 7.7. As consultas poderão ser faturadas, eventualmente, por intermédio das **Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT)** quando fizer parte da gama de atendimentos e eventos em SADT para o mesmo paciente.

Atenção

É obrigatório, atendendo ao novo padrão TISS, o preenchimento do campo CBO (Classificação Brasileira de Ocupação) em todas as guias que contemplem cobranças de consultas médicas. É importante que o CBO informado seja o mesmo que consta no cadastro do **Credenciado**, quando do processo de credenciamento ou aditivos realizado.

Importante

Esta guia é exclusiva para cobrança de consultas médicas, não sendo aceitas para envio de Odontologia e outros profissionais de saúde. A informação do registro do CRM é obrigatória.

- 7.8. As Guias de Resumo de Internação deverão ser utilizadas pelos **Credenciados** exclusivamente para faturamento de internação, nas suas diversas categorias (clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica etc.) e regimes (hospitalar, *day hospital* ou internação domiciliar etc.).

Importante

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

- prorrogação do período previamente liberado;
- remoção somente serão autorizadas as definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para tratamentos/exames em outro Prestador;
- Não existe cobertura para remoção hospital – domicílio e vice-versa.
- uso de Órteses, Próteses ou Materiais Especiais (OPME)
- uso de medicações especiais e de alto custo; e
- Intercorrência cirúrgica em internações clínicas.

- 7.9. As **Guias de Honorário Individual** deverão ser utilizadas pelos **Credenciados** exclusivamente para cobranças de honorários profissionais em regime de internação (hospitalar, *day hospital* ou internação domiciliar etc.).

A solicitação prévia da guia/senha deverá ser realizada, preferencialmente, pelo Médico Solicitante do procedimento mediante acesso ao Autorizador Web e/ou junto à Central de Autorização. O **Credenciado** deverá registrar a guia/senha numérica obtida na requisição a ser entregue ao paciente, junto à descrição e codificação do procedimento pré-autorizado.

As solicitações referentes a procedimentos simples não sujeitos a obrigatoriedade de guias/senhas somente poderão ser realizadas via internet, no portal www.postalsaude.com.br.

- 7.10. As **Guias de Outras Despesas** deverão ser utilizadas pelos **Credenciados** exclusivamente para continuidade ou complemento de outras guias, sempre ligada a uma guia principal (**Guia de SP/SADT** ou **Guia de Resumo de Internação**) para uso de cobranças discriminadas de materiais, medicamentos, aluguéis, gases, tratamentos seriados e taxas diversas não informadas na guia principal por falta de espaço.
- 7.11. As **Guias de Solicitação de Internação** deverão ser utilizadas pelos **Credenciados** exclusivamente para a solicitação de internação em alternativa à solicitação feita por meio eletrônico, no endereço www.postalsaude.com.br, que deverão ser utilizadas prioritariamente.
- 7.12. **Guia Anexa de Solicitação de Radioterapia** deverá ser utilizada para solicitar autorizações de Radioterapias complementares a um atendimento inicialmente já solicitado em guia inicial (guia referenciada).
- 7.13. **Guia Anexa de Solicitação de Quimioterapia** deverá ser utilizada para solicitar autorizações de Quimioterapias complementares a um atendimento inicialmente já solicitado em guia inicial (guia referenciada).
- 7.14. **Guia Anexa de Solicitação de OPME** deverá ser utilizada para solicitar OPME de atendimento inicial e/ou complemento.

Importante

O **Credenciado** deverá enviar relatório médico com a informação do diagnóstico, tratamentos realizados e justificativa técnica para o uso de materiais especiais (OPME).

O pedido do material deverá conter a indicação de três fornecedores, quando disponível, e encaminhados em um prazo mínimo 21 dias úteis antecipadamente ao evento cirúrgico eletivo.

- 7.15. **Guia de Prorrogação de Internação** deverá ser utilizada para solicitar autorizações de prorrogações complementares a um atendimento inicialmente já solicitado em guia inicial (guia referenciada).
- 7.16. **Guia de Complementação do Tratamento** deverá ser utilizada para solicitar autorizações de procedimento complementares a um atendimento inicialmente já solicitado em guia inicial (guia referenciada).
 - 7.16.1. Trata-se de guias que deverão complementar a guia principal. Ex.: Foi autorizada inicialmente uma internação clínica e, posteriormente, houve necessidade de solicitação de procedimento cirúrgico a partir da internação.
- 7.17. Não será permitido a reabertura da autorização (SADT ou INTERNAÇÃO), para inclusão de um novo procedimento, complemento de tratamento ou até para solicitação de prorrogação.
- 7.18. Será necessário abrir uma nova guia/senha para cada tipo de pedido utilizando as guias anexas complementares, de acordo com o tipo de solicitação desejada para cada solicitação acima descrito.

- 7.19. Quando houver necessidade de reanálise, o Prestador deverá cancelar a guia/senha, pois conforme o padrão deverá ser realizado uma nova solicitação, a qual será reavaliada pela Postal Saúde.
- 7.20. Quando houver necessidade de qualquer tipo de complemento, o **Credenciado** deverá abrir guia anexa.
- 7.20.1. A título de exemplo do item anterior: Foi autorizada a quantidade dois de um determinado procedimento ou OPME e, no ato cirúrgico, foi necessária a alteração de conduta. Nesse caso, então, deverá ser aberta guia anexa para análise do complemento.
- 7.21. São necessárias as inclusões (anexos) de documentos nas senhas (guias), conforme determina a Tabela de Cobertura da Postal Saúde, disponível no site da Operadora pelo endereço www.postalsaude.com.br/Credenciado/manuais-e-tabelas.
- 7.22. O **Formulário Capa de Lote** deverá ser utilizado pelos **Credenciados** exclusivamente para remessa de contas em papel, como capa de identificação da fatura total ou parcial, podendo ser substituído pelo capeante de protocolo eletrônico de modo a ser identificado o arquivo XML correspondente.
- 7.23. Nos casos em que o Prestador utilizar o faturamento eletrônico, deverá anexar aos documentos físicos o **protocolo eletrônico do arquivo XML**.
- 7.24. Nos **Formulários Capa de Lote**, o **Credenciado** deverá registrar, ainda, o quantitativo de guias e os valores totais faturados por tipo de guia, além do total final da conta enviada.
- 7.25. Para os Beneficiários do Plano CorreiosSaúde, o **Termo de Opção por Apartamento** deverá ser utilizado pelos **Credenciados** exclusivamente para opção por padrão superior de acomodação em internação clínica, devendo ser anexado à solicitação de internação enviada à Postal Saúde, seja eletronicamente, seja por meio de fax, quando a autorização da internação se der por meio telefônico.

CAPÍTULO 8 - DAS REGRAS GERAIS ACERCA DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

- 8.1. Os **Credenciados** estarão dispensados da obtenção de autorização prévia para os procedimentos com essa especificação na Tabela de Cobertura dos Planos de Saúde, a qual encontra-se disponibilizada pela Postal Saúde na Central do **Credenciado**, no endereço www.postalsaude.com.br/credenciado.
- 8.1.1 Os procedimentos dispensados de autorização prévia, conforme tabela de cobertura dos planos geridos pela Postal Saúde, não necessitam solicitar guia/senha antecipadamente, basta no momento de o atendimento solicitar a senha/Guias que esta sairá automaticamente, depois de validada a elegibilidade do Beneficiário.
- 8.2. As **consultas médicas** e atendimentos realizados em consultórios, ambulatórios ou prontos-socorros não necessitam de autorização prévia.
- 8.3. A listagem de documentos que deverão ser apresentados no ato da solicitação de autorização está disponível ao **Credenciado** para *download* e impressão na Central do **Credenciado**, no endereço www.postalsaude.com.br/credenciado.
- 8.3.1 Caso o **Credenciado** não encaminhe toda a documentação necessária, o sistema emitirá uma mensagem de alerta e a senha (guia) de autorização será cancelada automaticamente. Caso o Prestador entenda a necessidade de dar continuidade ao tratamento, deverá ser aberta nova solicitação (guia).
- 8.3.2 Nos casos de fechamento da guia/senha, para solicitação de análise, será indispensável abertura de nova guia/senha de solicitação.

- 8.4 **Autorizações condicionadas ao pós-cirúrgico:** A Central de Regulação poderá autorizar procedimentos e OPMEs de forma condicionada à apresentação de justificativa técnica no pós-cirúrgico. O Prestador de posse dessa autorização condicionada poderá apresentar a cobrança conjuntamente com a justificativa técnica.
- 8.5 **Cobertura de hemostático Adhesion STP + Gel:** A cobertura se dará excepcionalmente para os casos de cirurgias pélvicas em pacientes com endometriose e/ou doença inflamatória pélvica, cirurgias digestivas em pacientes que já tenham aderências prévias, ou em pacientes com metástases hepáticas que tenham sido abordados e necessitem de uma nova hepatectomia.
- 8.5.1 Não existem estudos com evidência que comprovem que o produto é efetivo em uso de rotina e por esse motivo não serão autorizados.
- 8.6 **Curativo a vácuo:** Este tratamento poderá ter cobertura excepcional somente para os casos de pacientes internados e confirmados por relatórios médicos e fotografias nítidas. O Prestador deverá apresentar relatório médico e anexar os documentos às senhas para solicitar autorização prévia.
- 8.6.1 Não existe cobertura para este tipo de tratamento em Pronto-Socorro.
- 8.6.2 Cobertura somente nas seguintes situações:
- a) Feridas crônicas diabéticas resistentes à terapia convencional apropriada;
 - b) Feridas agudas abertas como fraturas expostas, feridas traumáticas ou cirúrgicas pós-desbridamento necrótico, torácicas, abdominais ou pélvicas, com importante comprometimento de partes moles onde a reconstrução não foi possível, quando o Curativo Pressão Negativa (CPN) justifique um menor tempo de internação;
 - c) Enxertos ou retalhos de pele extensos quando o Curativo Pressão Negativa (CPN) justifique um menor tempo de internação; e
 - d) Mediastinite pós esternotomia, com ou sem infecção.
- 8.6.3 São consideradas contraindicações para o uso desta terapia:
- a) Presença de infecção ativa, secreção purulenta, osteomielite ou desbridamento incompleto;
 - b) Presença de órgãos, vasos sanguíneos, nervos, ossos ou enxertos vasculares no leito da ferida;
 - c) Ferida de origem neoplásica;
 - d) Idosos ou crianças;
 - e) Escaras, fístulas e feridas sacrais, pois três ensaios clínicos não encontraram diferença em relação a medidas de cura comparado aos cuidados e curativos tradicionais. Apesar de terem proporcionado mais conforto aos pacientes, não existe eficácia maior em relação aos cuidados tradicionais que justifiquem seu uso;
 - f) Alergia a adesivos ou a outros componentes do dispositivo;
 - g) Queimaduras, pois não existem estudos comprovando o sucesso do uso nesses casos;
 - h) Utilização em ambiente domiciliar, pois o ajuste do aparato depende de assistência em período integral, podendo ocasionar lesões e piora do quadro ao Beneficiário, nos casos de manipulação por pessoa inabilitada; e
 - i) Ferimentos com pele frágil, perfusão inadequada ou com cápsula articular aberta, pois o CPN pode causar isquemia ou necrose.
- 8.7 **Instrumental, material permanente e taxas/serviços:** Estes itens serão avaliados no pós-cirúrgico pela auditoria da Postal Saúde, não cabendo nenhum tipo de solicitação de autorização prévia à Central de Regulação.

CAPÍTULO 9 - DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS OBRIGATÓRIAS

- 9.1. Os **Credenciados** deverão, **obrigatoriamente**, obter junto à Postal Saúde a autorização prévia para os procedimentos e insumos, conforme especificado abaixo:
- Procedimentos que estão apontados na Tabela de Cobertura, como “Necessitam de Autorização”;
 - Solicitação de internações de qualquer natureza, inclusive *day hospital*, internação domiciliar, psiquiatria e dependência química;
 - Mudança de acomodação;
 - Prorrogações das internações além dos prazos e condições preliminarmente registrados;
 - Uso de órteses, próteses e materiais especiais de qualquer valor, relacionados ao ato cirúrgico;
 - Uso de Lentes Intraoculares (LIO);
 - Uso de medicamentos especiais;
 - Solicitação de exames e terapias ambulatoriais consideradas especiais, conforme tabela de cobertura de procedimentos publicada no portal da Postal Saúde;
 - Solicitação de remoções eletivas; e
 - Solicitação de procedimentos novos ou que envolvam incorporação de novas tecnologias, que venham a ser contratados e definidos formalmente como sujeitos à autorização prévia.
- 9.2. O **Credenciado** deverá conferir e acompanhar junto ao “Autorizador Web” no portal da Postal Saúde, no endereço www.postalsaude.com.br, ou na Central de Regulação (0800 881 8080), independentemente do tipo de Guia utilizado, todas as solicitações que exigirem **autorização prévia**.
- 9.3. A relação dos documentos que deverão ser apresentados no ato da solicitação da autorização está disponível para *download* e impressão no endereço www.postalsaude.com.br.
- 9.4. Caso o **Credenciado** não encaminhe toda a documentação necessária, o sistema emitirá uma mensagem eletrônica de alerta e a senha de autorização não será fornecida até que toda a documentação necessária seja incluída, sob pena de negativa do procedimento e fechamento da senha, conforme subitem 8.3.1.

CAPÍTULO 10 - DAS AUTORIZAÇÕES RELATIVAS A ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

- 10.1. A utilização de **OPME** em procedimentos eletivos deverá ocorrer **mediante autorização prévia e formal** da Postal Saúde ao **Credenciado**, por meio da Guia Anexa de OPME.
- 10.2. O prazo para autorização deverá ocorrer, no máximo, em até 21 dias úteis do evento eletivo, em consonância com a Resolução Normativa RN nº 259/2011.
- 10.3. A necessidade de autorização prévia, cotação, justificativa em conta e/ou auditoria posterior para os diversos tipos de OPME deverá ocorrer conforme Quadro 1:

Quadro 1 - Critérios para Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

ESPECIFICAÇÃO	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	COTAÇÃO/ AQUISIÇÃO Postal Saúde	JUSTIFICATIVA EM CONTA (AUDITORIA PÓS)
Materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico e hemodinâmicos, independentemente do valor unitário.	X	X	-
Todas as órteses e próteses independentemente do valor unitário.	X	X	-
Materiais de uso rotineiro, ainda que especial, independentemente do valor unitário, utilizados em Unidades Específicas (Apartamento/Enfermaria/ UTI Adulto, UTI NEO e UTI Pediátrica).			X
Materiais de consumo, independentemente do valor unitário.			X

Fonte: GREG, GEOPS e GEPAC

- 10.4. Não há necessidade de solicitação de autorização prévia para materiais e procedimentos com indicação pelo Médico Assistente realizados em Unidades de Internação, tais como: Acomodação Simples (apartamento ou enfermaria), UTI Adulto, UTI NEO e UTI Pediátrica, como por exemplo troca de kits de gastrostomia, sondagens, realização de traqueostomia, punção de cateter, entre outros. Estes itens serão validados e autorizados na Auditoria Pós da Postal Saúde.
- 10.4.1. Nos casos de realização em Centro Cirúrgico, o Prestador deverá solicitar a autorização prévia.
- 10.4.2. A Central de Regulação poderá autorizar determinado OPME, material ou procedimento para justificativa e validação em Contas médicas.
- 10.4.3. O Prestador deverá apresentar o procedimento ou/e OPME previamente autorizado nas contas no ato da apresentação da fatura.
- 10.4.3.1. Esta apresentação deverá ocorrer somente após a realização do procedimento ou utilização do OPME, condicionado à justificativa técnica e evidência da utilização/realização.
- 10.5. A Guia Anexa para solicitação de OPME deverá ser solicitada concomitantemente a partir de uma guia principal (referenciada) e enviada à Postal Saúde por meio eletrônico, ou mediante contato com a Central de Autorização e Regulação.
- 10.5.1. A solicitação de OPME pelo **Credenciado** deverá apresentar a quantidade, as especificações técnicas dos materiais a serem utilizados no procedimento, data, carimbo e assinatura legíveis do Médico Assistente.
- 10.5.2. O **Credenciado** deverá encaminhar à Postal Saúde esclarecimentos, por escrito, por meio de laudo médico devidamente instruídos com literatura técnico-científica, as evidências de eficácia técnica e de produto (OPME) solicitado para um tratamento, sempre que houver divergências médicas por ausência de maior comprovação científica da eficácia de sua utilização no tratamento em questão.
- 10.5.3. A Postal Saúde poderá, a seu critério e visando permitir maior análise e discussão do que está sendo solicitado, propor a realização de Perícia Presencial, Segunda Opinião e/ou análise por Junta Médica, observando as normas vigentes.

- 10.5.3.1. O processo de Junta Médica e Odontológica seguirá o padrão estabelecido pela Resolução Normativa RN nº 424/2017.
- 10.5.3.2. A falta de documentos ou a demora no envio desses à Postal Saúde pelo **Credenciado** implicará no cancelamento da solicitação de autorizações por falta de documento.
 - 10.5.3.2.1. Nesses casos, o **Credenciado** deverá apresentar, de imediato, a documentação pré-definida, a fim de que o processo seja analisado e respondido prontamente.
 - 10.5.3.2.2. O Prestador receberá comunicados sobre a falta de documentos para enviá-los.
- 10.6. Caberá ao **Credenciado**, nos moldes da versão da Guia TISS vigente, enviar à Postal Saúde, prévia e detalhadamente, solicitação de OPME, por meio de guia anexa, via sistema, bem como, toda documentação necessária para a comprovação da pertinência de sua utilização para a avaliação pela Regulação Médica.
- 10.7. Quando o **Credenciado** não acatar intermediação da Postal Saúde para aquisição de OPME, além dos requisitos acima, deverá apresentar no mínimo três orçamentos com opções de três fabricantes e/ou marcas não exclusivas.
- 10.8. Nos casos de compra direta de OPME, a Postal Saúde se reserva ao direito de obter cotações e liberar OPME de outras marcas e/ou fabricantes,
 - 10.8.1. Caso não sejam disponibilizadas, pelo menos, três indicações; ou caso os fornecedores das marcas e/ou fabricantes indicados não confirmem, no Portal de Compras, as cotações encaminhadas; ou não disponham dos materiais para pronta entrega; ou, ainda, não estejam **Credenciados** no citado Portal, inviabilizando a negociação e/ou o registro da operação.
 - 10.8.2. A troca de material poderá ocorrer administrativamente quando o Material com o registro ANVISA efetivamente utilizada no ato cirúrgico possuir as mesmas especificações técnicas dos itens solicitados anteriormente e se estiver dentro do valor de mercado até a margem negociada.
 - 10.8.3. Esse caso não se aplica aos materiais excedentes e/ou na modalidade de compras com a intermediação do prestador que deverão ser solicitados novamente pelo **Credenciado** através da Guia de Anexo de OPME, além dos itens acima do valor praticado.
 - 10.8.4. O **Credenciado** poderá, se assim o desejar, indicar marcas e/ou fabricantes homologados, desde que não exclusivos, para orientar o processo de compra direta pela Postal Saúde, conforme previsto na Resolução Normativa RN nº465/2021.
- 10.9. Os documentos necessários para a comprovação pelo **Credenciado** da pertinência de procedimentos e OPME são, dentre outros, laudos de exames, relatórios, solicitações médicas, imagens radiológicas (quando necessário), plano de tratamento com a proposta terapêutica completa, boletins anestésicos e descrição cirúrgica, quando se tratar de procedimentos cirúrgicos realizados.
- 10.10. Nas situações de urgência e/ou emergência, o **Credenciado**, com base na Resolução ANS CONSU nº 08, deverá realizar o procedimento para resguardar a saúde e a vida do Beneficiário.
 - 10.10.1. Neste caso, a comunicação do uso de OPME e dos procedimentos realizados, para regularização da situação junto à Postal Saúde, deverá ser realizada em até **três dias úteis** subsequentes ao evento, por meio da guia anexa de OPME via sistema.
 - 10.10.2. Nos casos em que haja serviço de Auditoria Externa da Postal Saúde, o Prestador deverá preencher o documento FOP 191, as informações sobre o procedimento cirúrgico realizado e OPME(s) utilizada(os), se for o caso, e entregar ao Auditor Externo para validação.
 - 10.10.3. O Formulário em questão está disponível no portal da Postal Saúde na Central do **Credenciado**.

- 10.10.4. Não é obrigatório o preenchimento do FOP 191 nos casos em que o Prestador apresente as documentações pós cirúrgica para análise desta Operadora.
- 10.10.5. O formulário preenchido deverá ser assinado e carimbado pelo Auditor Externo deverá ser anexado à Guia de solicitação do atendimento no sistema de Autorização Eletrônica, para que os procedimentos e materiais sejam avaliados e regulados pela Central de Regulação desta Operadora.
- 10.10.6. Para regularização das emergências ou urgência, no que se refere à OPME, o **Credenciado**, que não recebe auditoria externa desta Operadora deverá encaminhar à Postal Saúde, os seguintes documentos:
- cópia do relatório cirúrgico ou relatório similar firmado (assinado) por profissional responsável pelo ato cirúrgico, inclusive, com relação e descrição de OPME(s) utilizado(s) no procedimento; e
 - a indicação do fornecedor (ou fornecedores) que entregou (ou entregaram) o(s) OPME(s), com a(s) respectiva(s) descrição(ões), quantidade(s), valor unitário e valor total.
- 10.11. Nos casos de óbitos e/ou perda de direito de elegibilidade dos Beneficiários da Postal Saúde, o Prestador deverá regularizar a situação de todos os pedidos de solicitações de guias de atendimentos retroativos à data do óbito ou da perda do direito de elegibilidade, no prazo máximo de cinco dias úteis, pois a partir deste período torna-se impossível qualquer tipo de autorização por parte da Operadora.
- 10.12. A Postal Saúde não emitirá autorizações para materiais sem o devido registro junto à ANVISA.
- 10.12.1. A Postal Saúde optará por outras marcas e/ou fabricantes que estiverem em situação regular junto à ANVISA.

10.13. Lente Intraocular (LIO)

- 10.13.1. O Prestador deverá realizar solicitação de autorização prévia na **Guia de Solicitação de Internação/ambulatorial (SADT)** para avaliação da pertinência técnica para utilização, entretanto, tendo em vista que o referido material não necessita de cotação, uma vez que são faturados com valores acordados em contrato, não cabe abertura de guia anexa específica para OPME.
- 10.13.2. A Lente Intraocular deverá, **obrigatoriamente**, possuir autorização prévia da Postal Saúde, independentemente de haver "pacote" negociado contratualmente. O pagamento será realizado após a liberação, preferencialmente por meio de "pacote", posterior à apresentação em contas médicas.
- 10.13.3. As lentes intraoculares não serão avaliadas quanto à marca e/ou fabricante, somente quanto ao tipo "esférica" ou "asférica", sendo autorizadas de acordo com a necessidade do Beneficiário.
- 10.13.4. A lente intraocular autorizada ("esférica" ou "asférica") deverá ser informada no campo "observações" da guia para conhecimento do **Credenciado**. Não existe a cobertura de Lentes Tóricas e Importadas.

CAPÍTULO 11 - DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS PARA MEDICAMENTOS

- 11.1. Os medicamentos de alto custo necessitarão de autorização prévia pela Postal Saúde, mediante obtenção de guia/senha.
- 11.2. Para solicitação de autorização previa será necessário envio de pedido médico, devidamente datado e assinado, bem como, o envio de documentação que justifique a necessidade técnica da utilização dos referidos medicamentos.

- 11.2.1. Na impossibilidade do envio de documentação, apenas para pacientes internados, os prestadores que possuem serviço de Auditoria Externa da Postal Saúde, as solicitações de medicamentos de alto custo poderá ser avaliados tecnicamente pela Auditoria Externa *in loco*.
- 11.2.2. Para atender ao subitem 10.2.1, caberá ao Prestador imprimir o formulário FOP 190, que está disponível no portal da Postal Saúde na Central do **Credenciado**, preenchê-lo e disponibilizá-lo para análise técnica do Auditor Externo. O formulário assinado e carimbado pelo Auditor deverá ser anexado à Guia de Solicitação no sistema de Autorização Eletrônica para finalização do processo de autorização.
- 11.2.3. Apenas após emissão de guia/senhas no sistema de autorização da Postal Saúde os medicamentos pleiteados estarão de fato autorizados.
- 11.3. Segue a relação dos medicamentos de alto custo que necessitarão de autorização prévia pela Postal Saúde:
- I. Quimioterápicos e adjuvantes de tratamento oncológico (todos);
 - II. Demais imunomoduladores, anticorpos monoclonais e imunobiológicos;
 - III. Albumina;
 - IV. Surfactante, como o da marca-referência Curosurf e similares;
 - V. Interferons alfa e beta;
 - VI. Zoladex como o da marca-referência Gossereлина;
 - VII. Tsh recombinante Alfatirotropina, como o da marca-referência Thyrogen;
 - VIII. Abciximab, como o da marca-referência Reopro;
 - IX. Ácido zoledrônico, como o da marca-referência Zometa/Aclasta;
 - X. Amifostina, como o da marca-referência Ethyol;
 - XI. Anfotericina B- Complexo lipídico, como o da marca-referência Abelcet ou Amphocil;
 - XII. Anfotericina B, como o da marca-referência Ambisome;
 - XIII. Lipossomal;
 - XIV. Anidulafungina, como o da marca-referência Ecalta;
 - XV. Antiinibidor dos fatores VIII e IX, como o da marca-referência Feiba;
 - XVI. Antitrombina III, como o da marca-referência Kybernin;
 - XVII. Atosibano, como o da marca-referência Tractocile;
 - XXIII. Betaepoetina, como o da marca-referência Mircera;
 - XIX. Caspofungina, como o da marca-referência Cancidas;
 - XX. Cloridrato de tirofibano, como o da marca-referência Agrastat;
 - XXI. Drotrecogina alfa, como o da marca-referência Xigris;
 - XXII. Eritropoetina, como os das marcas-referência Eprex, Hemax, Recormon, Alfaepoetina e Eritromax;
 - XXIII. Estreptoquinase, como o da marca-referência Streptase;
 - XXIV. Etanercept, como o da marca-referência Enbrel;
 - XXV. Fator anti-hemofílico, como o da marca-referência Fator Antihemofílico;
 - XXVI. Fator II, VII, IX e X da coagulação, como o da marca-referência Beriplex e Prothonplex;
 - XXVII. Fator IX, como o da marca-referência Benefi x;

- XXVIII. Fator recombinante de coagulação VIIa EPTACOG ALFA, como o da marca-referência Novoseven;
 - XXIX. Eptacog alfa;
 - XXX. Filgrastima, como o da marca-referência Granulokine;
 - XXXI. Imunoglobulina, como os das marcas-referência Imunoglobulin, Sandoglobulina, Venimmuna, Endobulin e Flebogamma;
 - XXXII. Infliximab, como o da marca-referência Proleukin;
 - XXXIII. Levosimendan, como o da marca-referência Simdax;
 - XXXIV. Micafungina, como o da marca-referência Mycamine;
 - XXXV. Muromonab, como o da marca-referência Orthoclone e Okt 3;
 - XXXVI. Octreotida, como o da marca-referência Sandostatín;
 - XXXVII. Palivizumab, como o da marca-referência Synagis;
 - XXXVIII. Pamidronato dissódico, como o da marca-referência Aredia;
 - XXXIX. Rituximabe, como o da marca-referência Mabthera;
 - XL. Somatostatina, como o da marca-referência Stilamin;
 - XLI. Teicoplanina, como os das marcas-referência Targocid, Bactomax, Teiconin, Teicozid e Kiron;
 - XLII. Tenecteplase, como o da marca-referência Metalyse;
 - XLIII. Terlipressina, como o da marca-referência Glypressin;
 - XLIV. Toxina botulínica, como o da marca-referência Botox e Dysport; e
 - XLV. Voriconazol, como o da marca-referência Vfend.
- 11.4. Além dos medicamentos descritos no item 10.3, todos os medicamentos que não forem de uso rotineiro e/ou possuem valor que exceda R\$1.500,00 (um mil e quinhentos reais) a unidade ou a dose, os **Credenciados** deverão solicitar autorização prévia à Postal Saúde.

CAPÍTULO 12 - DAS AUTORIZAÇÕES DE QUIMIOTERÁPICOS

- 12.1. Os **Credenciados** deverão encaminhar os pedidos de autorização de tratamento de **quimioterapia e/ou radioterapia** à Postal Saúde devidamente instruídos com Relatório Médico detalhado acerca da patologia, com o estadiamento da doença, as informações com relação a tratamentos anteriores, as associações com cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia, informações relativas à idade, peso e altura do paciente, bem como o programa terapêutico proposto.
- 12.2. Os **Credenciados** deverão enviar as solicitações de autorização de honorários e medicamentos relativos à quimioterapia e/ou radioterapia por meio eletrônico, no endereço www.postalsaude.com.br, devendo utilizar as **Guias Anexo de Autorização de Quimioterapia** e **Guias Anexo de Autorização de Radioterapia** para pacientes ambulatoriais e nos casos de terapias para pacientes internados.
- 12.3. Somente serão autorizados quimioterápicos, quer individual ou em composição com diversos medicamentos, que façam parte dos protocolos e estudos médicos reconhecidos no Brasil.

CAPÍTULO 13 - DAS AUTORIZAÇÕES RELATIVAS A SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICOS E TERAPIA (SADT)

- 13.1. Quando houver a necessidade de encaminhamento do Beneficiário a outro profissional ou realização de procedimentos complementares relativos a Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), simples ou de rotina, o **Credenciado** deverá solicitar em guia própria, no padrão TISS, entregando a solicitação ao Beneficiário para marcação e realização dos procedimentos.
- 13.2. O **Credenciado** deverá solicitar à Postal Saúde, antecipadamente ao dia do exame, as autorizações relativas aos procedimentos de SADT que necessitem de autorização, visando agilizar o atendimento ao Beneficiário.
- 13.3. O **Credenciado** deverá anexar a solicitação médica **original** na cobrança pelos procedimentos de SADT, mantendo uma cópia de segurança em seu poder.

CAPÍTULO 14 - DAS AUTORIZAÇÕES DE TRATAMENTOS SERIADOS

- 14.1. As avaliações iniciais e as terapias seriadas (sessões de acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia, hidroterapia, reeducação postural global (RPG) e outros de acordo com a tabela de cobertura de cada plano) deverão obter autorização prévia pela Postal Saúde, podendo a Operadora, a seu critério, requisitar envio de laudo inicial e plano de tratamento, contendo o tipo e frequência das sessões, resultado esperado e prazo para reavaliação do tratamento proposto.
- 14.2. A solicitação de autorização deverá ser feita pelo **Credenciado** junto à Postal Saúde por meio eletrônico em **Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia**, aqui denominada **Guia SP/SADT**.
- 14.2.1. O tratamento de **acupuntura** somente poderá ser fornecido pelo **Credenciado** por meio de profissional **Médico** e o valor estipulado da sessão já deverá incluir as agulhas descartáveis, independentemente da quantidade utilizada.
- 14.3. As autorizações de sessões de **fonoaudiologia**, **psicoterapia** ou **terapia ocupacional** obedecerão às diretrizes da ANS e/ou as normas técnicas dos planos de saúde, o que for mais amplo ou abrangente.
- 14.4. As autorizações por serviços de **fonoaudiologia**, **psicoterapia** e **terapia ocupacional** somente serão aceitas pela Postal Saúde, se esses procedimentos forem requisitados dentro dos limites previstos e definidos na tabela de cobertura do plano do Beneficiário e no Rol da ANS.

CAPÍTULO 15 - DAS AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÕES ELETIVAS

- 15.1. Os **Credenciados** deverão solicitar autorização prévia, quer seja pelo Médico responsável ou pelo hospital, para a realização de **internações eletivas com pelo menos 21 dias úteis de antecedência**.
- 15.2. A solicitação de internação deverá sempre ser requerida pelo **Credenciado** mediante o preenchimento direto da guia eletrônica no Autorizador Web da Postal Saúde, no endereço www.postalsaude.com.br, no campo específico de solicitação de internação, ou ainda por meio da Central de Autorização e Regulação, telefone 0800 881 8080.

- 15.3. As autorizações definirão as diárias iniciais a depender da complexidade do procedimento, sendo que para as internações clínicas será liberada uma diária inicialmente.
- 15.3.1. Após a solicitação de autorização da internação feita pelo **Credenciado**, a Postal Saúde procederá com a análise médica do pedido e responderá ao **Credenciado** mediante a disponibilização da senha para consulta junto ao Autorizador Web, no portal da Postal Saúde, no endereço www.postalsaude.com.br.
- 15.3.2. Somente de posse da autorização da Operadora é que o Prestador de serviço poderá agendar e realizar o procedimento/internação eletiva.
- 15.3.3. Os **Credenciados** deverão, obrigatoriamente, verificar a elegibilidade e confirmar a data de internação dos Beneficiários da Postal Saúde **no ato da admissão hospitalar**, mediante campo específico para “**Comunicação de Internação**” disponível no Autorizador Web, no portal da Postal Saúde, no endereço www.postalsaude.com.br, ou ainda por meio da Central de Autorização e Regulação, telefone 0800 881 8080.
- 15.4. Nos casos de pacientes internados, os **Credenciados** deverão obter junto à Postal Saúde autorizações prévias com senhas específicas através das guias anexas, nos seguintes casos:
- Prorrogação do período de internação (Guia de Prorrogação):
 - Deverá solicitar a prorrogação da internação apresentando justificativa técnica por meio de Pedido Médico em até um dia útil após o encerramento da última diária e com período máximo de cinco diárias por guia anexa de prorrogação;
 - Não será possível solicitar novas prorrogações até que a solicitação anterior seja finalizada;
 - Não serão aceitas solicitações de prorrogações para pacientes que receberam alta; e
 - Para as solicitações de prorrogação é obrigatório anexar o pedido médico.
 - Mudança de acomodação;
 - Quando houver necessidade de remoção do paciente para tratamentos ou exames em outro estabelecimento **Credenciado**;
 - Quando houver necessidade de uso de medicações especiais e de alto custo;
 - Quando houver necessidade de órteses, próteses ou materiais especiais (OPME); e
 - Quando houver necessidade de procedimentos cirúrgicos.
- 15.5. Os **Credenciados** estarão dispensados de obter, **para pacientes internados**, a autorização prévia para:
- exames simples e/ou de baixa complexidade;
 - procedimentos que **não** envolvam utilização de OPME;
 - procedimentos realizados em UTI/CTI independente da utilização de OPME;
 - dietas industriais;
 - tratamentos seriados, tais como fisioterapia e fonoterapia; e
 - utilização de hemoderivados e radiologia convencional, ainda que fornecido por terceiros.
- 15.5.1. A utilização de materiais, medicamentos e realização de exames e procedimentos listados deverão ser justificados na conta hospitalar, por meio de evidências de uso e relatórios médicos, para validação pela Auditoria da Postal Saúde.
- 15.5.2. Quando o **Credenciado** solicitar para o paciente internado quaisquer serviços realizados por terceiros que também sejam **Credenciados** pela Postal Saúde, não

haverá necessidade de solicitar à Postal Saúde nova autorização, sendo necessário que o **Credenciado** apresente na guia TISS a informação do número da senha da internação principal, que poderá ser obtida junto ao prontuário do Beneficiário, para que seja possível vincular à internação a pertinência técnica dos procedimentos realizados.

- 15.6. Quando for solicitada uma intervenção e/ou procedimento com associação de códigos (mais de um honorário) é necessário o envio de toda documentação descrita na tabela de cobertura (documentação específica de todos os códigos solicitados), visto que a proposta terapêutica é analisada como um todo. Caso a documentação não seja encaminhada em sua totalidade, a proposta solicitada será negada por falta de documentação.

CAPÍTULO 16 - DA CONFIRMAÇÃO DE ADMISSÃO E ALTA NA INTERNAÇÃO

- 16.1. O **Credenciado** deverá realizar a Comunicação de Internação Hospitalar e a Comunicação de Alta Hospitalar, a fim de garantir o correto acompanhamento e faturamento da guia solicitada.
- 16.2. A Postal Saúde emitirá uma Autorização Prévia de Internação com base na data provável da internação e o Prestador deverá realizar a alteração do registro de internação (admissão ou alta) no ingresso ou saída do Beneficiário da Instituição de Saúde.
- 16.2.1. As alterações das datas serão realizadas por meio do Autorizador Web, informando a data efetiva da Admissão Hospitalar no ato da admissão do Beneficiário no ambiente hospitalar, bem como a data da efetiva Alta Hospitalar.
- 16.2.2. Para realizar as alterações, o **Credenciado** deverá acessar o Autorizador Web no site da Postal Saúde e selecionar a opção desejada "Comunicação de Internação" ou "Comunicação de Alta/Fechamento Parcial".
- a) Ao clicar nesse menu, será demonstrada uma lista de todos os pedidos de autorização de internação que estiverem com o campo "Data Efetiva da Admissão Hospitalar" branco/nulo, referentes ao Prestador em questão (conforme login do usuário). Os pedidos serão apresentados por ordem de antiguidade (do mais antigo para o mais recente) da data da solicitação.
- b) Em seguida, o Prestador deverá clicar no campo a ser alterado para fazer o ajuste necessário. Para finalizar, basta clicar na opção 'Salvar alteração'. Com isso, não é necessário entrar em contato com a Central de Atendimento da Postal Saúde.
- 16.3. Caso a conta do Beneficiário não tenha sido faturada, o **Credenciado** poderá realizar alteração dos dados necessários, bem como exclusão de registro através das opções:
- Cancelamento de Comunicação de Internação; e
 - Cancelamento de Comunicação de Alta/Fechamento.
- 16.4. A Comunicação de Alta validará automaticamente a quantidade de dias internados com a quantidade de dias autorizados.
- 16.4.1. Nos casos de contas parciais, o sistema fará a validação utilizando como base a Data Efetiva da Internação e a Data de Fechamento Parcial informada de forma a contabilizar o período de permanência. Nos próximos fechamentos, a data inicial a ser utilizada será a data da última cobrança parcial realizada.
- 16.4.2. Nos casos de Cobrança Parcial ou Comunicação de Alta Hospitalar, ao realizar a comunicação no sistema, será apresentado o relatório Capeante para conferência das informações e impressão com todos os eventos da internação (procedimentos, diárias, taxas, honorários, entre outros) autorizados. As informações serão apresentadas em ordem cronológica para visualização pelo Auditor Pós da Postal Saúde.

16.4.3. O relatório Capeante de Eventos Autorizados deverá ser encaminhado junto ao Faturamento do Prestador.

CAPÍTULO 17 - DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

- 17.1. Os atendimentos de **urgência** e/ou **emergência** não necessitam de autorização prévia.
- 17.2. O **Credenciado** deverá realizar a consulta de elegibilidade do Beneficiário no Autorizador Web no portal da Postal Saúde ou ainda por meio da Central de Autorização e Regulação, telefone 0800 881 8080.
- 17.3. Somente o **Credenciado** que estiver devidamente autorizado para esse fim em Contrato de Prestação de Serviços firmado com a Postal Saúde poderá realizar essa solicitação.
- 17.3.1. O **Credenciado** deverá, em até três dias úteis subsequentes ao atendimento de urgência e/ou emergência, comunicar a ocorrência à Postal Saúde para obter uma senha (guia) para os procedimentos que se fizerem necessários, incluindo a justificativa para a utilização de Órteses, Próteses ou Materiais Especiais (OPME), seguido de descrição de suas características.
- 17.3.2. As guias anexas, específicas de OPME, solicitadas de maneira prévia em caráter de urgência e/ou emergência, serão canceladas pela Postal Saúde e deverão ser solicitadas somente após a realização dos procedimentos conforme item 19.3.1. E será neste momento em que estas serão avaliadas.
- 17.4. O **Credenciado** deverá prestar atendimento de imediato para os casos de urgência ou emergência, sendo vetado aguardar qualquer tipo de autorização para esse fim, obedecendo a Legislação em vigor.
- a) É indevido solicitar atendimentos de urgência e emergência e manter o Beneficiário internado aguardando autorização prévia para a realização do procedimento ou utilização de OPME, esse tipo de comportamento caracteriza obstrução ao pronto atendimento ao Beneficiário e descumprimento da legislação vigente no Brasil; e
- b) Somente serão cobertos os procedimentos e OPMEs estabelecidos no rol pela ANS e na Tabela de Cobertura da Operadora disponibilizada no portal.
- 17.5. Caso a situação de urgência e emergência tenha sido sanada, deverão ser solicitados procedimentos eletivos que descaracterizam a urgência, mediante apresentação de documentação de solicitação assim caracterizada, ou seja, a continuidade do atendimento deverá ser realizada sob uma senha (guia) em regime eletivo.
- 17.6. A Postal Saúde se reserva no direito de realizar auditoria ou perícia de quaisquer procedimentos relativos às internações hospitalares, ou ainda, de requisitar o envio de informações complementares, por meio de Laudo Médico e documentos, dentre outros meios para a comprovação e justificativa dos procedimentos.

CAPÍTULO 18 - DAS AUTORIZAÇÕES PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR

- 18.1. O atendimento domiciliar é composto por internação (*Home Care*), fisioterapia e oxigenoterapia.
- 18.2. O atendimento domiciliar possui cobertura adicional para os planos CorreiosSaúde e CorreiosSaúde II, conforme a tabela de cobertura do Plano contratado, e preenchimento dos critérios definidos nas Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC) e Diretrizes de Utilização da ANS (DUT).

CAPÍTULO 19 - DAS AUDITORIAS E PERÍCIAS PRÉVIAS

- 19.1. A Postal Saúde realizará **auditorias e/ou perícias**, de forma prévia e aleatória, junto aos **Credenciados**, em procedimentos listados a seguir e ainda aqueles apontados pela Regulação:
- a) Quaisquer procedimentos de SADT complexos em que, por repetição, idade do paciente ou técnica, a Regulação Médica venha a considerar importante a avaliação;
 - b) Quaisquer internações cirúrgicas eletivas;
 - c) Procedimentos em dermatologia, tais como epilação, esfoliação, abrasões, infiltrações intralesionais, shaving, cauterizações, crioterapias e terapias fotossensibilizantes, dentre outros;
 - d) Debridamentos, bem como excisões e suturas com rotação de retalhos (qualquer tipo) ou plásticas em Z ou W em dermatologia ou cirurgia plástica reparadora;
 - e) Cirurgias ortopédicas, cardíacas, neurológicas ou vasculares com requisição de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME); e
 - f) Procedimentos seriados (fisioterapia, RPG, acupuntura, fonoaudioterapia, entre outros).
- 19.2. À critério da Postal Saúde, as perícias presenciais relativas aos procedimentos acima informados ou procedimentos apontados pela Regulação poderão ser substituídas por requisição de laudos detalhados ou documentação fotográfica.
- 19.3. Para os prestadores que não recebem auditoria *in loco*, os **Credenciados** devem encaminhar a central de faturamento para análise interna documentações comprobatórias dos eventos realizados seja nos casos de guias de internação e/ou SP/SADT.
- 19.3.1. Faturas de internações não auditadas *in loco*:
- a) Prescrição médica carimbada e assinada correspondente ao período de internação faturado;
 - b) Conta/fatura analítica com os insumos faturados;
 - c) Checagem e evoluções de enfermagem de medicamentos e procedimentos realizados;
 - d) Relatórios de evoluções de procedimentos médico se de profissionais não médicos (Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, entre outros);
 - e) Solicitações e evidências de pareceres;
 - f) Evoluções e lacres de procedimentos com utilização de materiais especiais como cateteres de PICC, sondagens entre outros;
 - g) Solicitações e evidências de realização de exames;
 - h) Guias de internação, prorrogações, medicamentos de alto custo e exames conforme tabela de cobertura.
 - i) Cipeante de Eventos Autorizados; e
 - j) Solicitações de materiais e medicamentos de alto custo, cujo valor cobrado unitário seja maior ou igual a R\$1.500,00 (um mil e quinhentos reais).
- 19.3.2. Faturas de internação ou SADT não auditadas *in loco* cujo OPME é adquirido pelo **Credenciado**, além dos listados acima:
- a) Lacres originais de OPMEs, bolsas de ostomias e curativos de alto custo;

- b) Imagem trans ou pós-operatória;
- c) Etiquetas de bolsas de sangue com cópia da requisição médica e relatório de evolução que comprove utilização;
- d) Descritivo cirúrgico e/ou Relatório Médico Pós-Operatório informando todos os materiais utilizados;
- e) Autorização de fornecimento de OPME;
- f) Cópia de imagens trans e/ou pós-operatória; e
- g) Demais faturas SP/SADT enviar guias assinadas pelo **Credenciado** e beneficiário, e comprovações de insumos faturados, como pedidos, prescrições e laudos.

CAPÍTULO 20 - DO FATURAMENTO

- 20.1. A Postal Saúde disponibiliza ao **Credenciado** duas modalidades de faturamento:
- a) **PRÉ-FATURAMENTO:** ocorre quando o **Credenciado** envia o faturamento nas datas informadas e somente emite o documento fiscal (nota fiscal eletrônica, nota fiscal de talonário, recibo) no momento em que a Postal Saúde disponibiliza o valor na Área Restrita do **Credenciado**; e
 - b) **PÓS-FATURAMENTO:** ocorre quando o **Credenciado** envia o documento fiscal (nota fiscal eletrônica, nota fiscal de talonário, recibo) junto ao faturamento físico.
- 20.2. A Postal Saúde recomenda a utilização da modalidade **PRÉ-FATURAMENTO**, pois permite reduzir o risco de documentos fiscais com valores divergentes e incidência de tributação não correlata.
- 20.2.1. Para alteração do tipo de modalidade de faturamento, o **Credenciado** deverá encaminhar formalização para a regional de jurisdição, o qual analisará e solicitará a alteração para área responsável.
- 20.3. A alteração da modalidade de pagamento somente ocorrerá após transcorridos todos os créditos da modalidade anterior.
- 20.4. **Cronograma Padrão de Entrega de Faturamento e Processamento**
- 20.4.1. A Postal Saúde realiza o processamento de contas através de cronograma único, a saber:
- a) **um a cinco de cada mês:** período para a recepção do arquivo eletrônico das contas, e seus documentos complementares para a análise do processamento. Após o dia cinco, o portal de conectividade será bloqueado e reaberto no mês seguinte; e
 - b) Todo arquivo recepcionado entre os dias um e cinco, terá o seu processamento concluído até o dia do mês subsequente a recepção do arquivo.
- 20.4.1.1. O não envio da documentação complementar compromete o processamento da conta ficando essa sujeita a alteração do cronograma de processamento.
- 20.4.2. Para Credenciado aderente à modalidade Pré-Faturamento:**
- a) A Postal Saúde disponibilizará, na Área Restrita do **Credenciado** ou no sistema de conectividade, o valor para emissão de documento fiscal a partir do dia dois de cada mês correspondente ao cronograma de processamento único e mensal.

20.4.3. Os documentos fiscais recepcionados pela Postal Saúde, por meio da ferramenta eletrônica *Upload* de Nota Fiscal, seguirão trâmite administrativo de análise de pertinência documental e desbloqueio.

ATENÇÃO

Caso o dia-limite de crédito coincida com final de semana ou feriado, serão antecipados para o último dia útil.

20.4.4. Para viabilizar o processamento nas datas estipuladas, é de fundamental importância que os **Credenciados** atendam o estabelecido no Cronograma de Entrega de Faturamento e Processamento, disponível no link: <http://www.postalsaude.com.br/manuais-formularios-tabelas>.

20.4.5. Para **Credenciado** aderente à modalidade Pós – Faturamento.

20.4.6. Os prestadores Optantes por essa modalidade de faturamento, deverão encaminhar a nota fiscal juntamente com o arquivo eletrônico, através do sistema de conectividade.

20.4.7. O valor da nota fiscal deverá corresponder ao mesmo valor das contas apresentadas.

20.5. DO ENVIO - ELETRÔNICO DA DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

20.5.1. A Postal Saúde reconhece, para efeito de processamento e pagamento, a cobrança - por meio eletrônico (padrão TISS) em conformidade a documentação -complementar anexada ao arquivo gerado.

20.5.2. Na ausência dos documentos comprobatórios anexados ao arquivo eletrônico, será realizada a devolução do arquivo pelo motivo de AUSÊNCIA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR e/ou glosa.

20.5.3. **Documentação obrigatória, em comum a todos os envios de faturas de cobrança pelo Credenciado:**

- Para todos os tipos de atendimento, deverão ser apresentadas as guias no padrão TISS, assinadas pelo beneficiário, ou a guia de COMPROVANTE PRESENCIAL.
- **AUDITORIA ODONTOLÓGICA**
 - Laudos
- **AUDITORIA TÉCNICA - MÉDICA E DE ENFERMAGEM:**
 - **Hemodiálise:** Conta ou guia TISS (valor total da conta); Folha de hemodiálise (ou assinaturas); Etiqueta dialisador; Suplemento V.O - mandar relatório.
 - **Hematologia:** Etiqueta bolsa de sangue; Prescrição de transfusão.
 - **Endoscopia, Colonoscopia, Polipectomia e Mucosectomia:** Senha autorizada; Pedido médico; Laudo do exame; Anátomo patológico (se houver).
 - **Ressonância e tomografia:** Enviar relatório médico ou laudo, com justificativa para o contraste.
 - **Oncologia:** Senha Autorizada. Sendo atendimentos/terapias oncológicas, enviar relatório, prescrição com os medicamentos utilizados.
 - **Internação Sem Auditoria Externa:** Senha autorizada, relatório médico constando diagnóstico do paciente, relatórios e evoluções de procedimentos realizados pela equipe multiprofissional, prescrição médica, evolução e checagem de medicamento, evolução de enfermagem.
 - **Internação Com Auditoria Externa:** Senha autorizada, Relatório de Auditoria Hospitalar (RAH), capeante de eventos autorizados.

- **Cirurgia em geral:** Descrição cirúrgica, anátomo patológico (quando realizado), relatório com justificativa médica e senha autorizada.
 - **Materiais especiais:** Etiquetas ou invólucros dos materiais, senha autorizada, ordem de compra e/ou autorizações de fornecimento.
 - **Home Care:** Prescrição médica, evolução da equipe multiprofissional, senha autorizada e orçamento e/ou aditivos. Para os casos que ocorre a análise pela Auditoria Externa, deverá ser encaminhado o RAH juntamente com o orçamento do plano terapêutico executado.
- a) Documento Fiscal obrigatório, caso o **Credenciado** - seja optante da modalidade Pós-Faturamento; e
- b) Solicitações de materiais e medicamentos de alto custo, cujo valor cobrado unitário seja maior ou igual a R\$1.500,00 (um mil e quinhentos reais). (Avaliar a necessidade de envio de FOP 190 quando da não apresentação da documentação que justifica a utilização do MAT/MED).
- 20.5.4. **Documentação complementar para faturas com auditoria *in loco* de fechamento de contas:**
- a) Para os **Credenciados** que possuem Auditoria *in loco* de Fechamento Técnico de Contas deverá constar obrigatoriamente o Relatório de Auditoria Hospitalar (RAH) na cobrança eletrônica, sem rasuras, assinado e carimbado por ambas as partes (**Credenciado** e Auditor Externo), além do RAH, a apresentação do **FOP 190**, se faz necessário para a comprovação/justificativa dos medicamentos utilizados **Na ausência do RAH e do FOP 190, a cobrança estará sujeita à glosa integral;**
- b) O arquivo eletrônico (XML) da Fatura deverá ser tratado de acordo com o Relatório de Auditoria Hospitalar (RAH), obedecendo os valores e quantidades acordados; e
- c) A documentação eletrônica complementar deverá ser encaminhada, em seu formato original -, antes dos ajustes acordados no RAH, devendo esse ser anexado juntamente com o Relatório de Auditoria Hospitalar (RAH) para comprovação dos valores de glosas e valor final.
- 20.5.5. **Documentação complementar para faturas não auditadas *in loco* cujo OPME é adquirido pelo Credenciado.**
- 20.6. Os **Credenciados** deverão apor em campo específico da guia (eletrônica e física) a informação do valor cobrado pelos serviços executados, sob risco de na ausência dessa informação, toda a documentação física complementar, bem como o arquivo eletrônico serem devolvidos para ajuste.
- 20.7. O processamento e pagamento será realizado somente das cobranças de serviços prestados, enviadas em até 180 dias, contados entre a data do atendimento realizado e a data de cobrança (data de postagem do arquivo eletrônico e para cobranças não eletrônicas a data de recepção do físico na caixa postal).
- 20.8. O processamento será realizado somente por meio de serviços apresentados em guias de cobrança no Padrão TISS, sendo observado o adequado tipo de guia ao procedimento cobrado, seus relacionamentos conquanto tabelas de domínio, bem como a assinatura do Beneficiário e preenchimento de demais informações dos campos obrigatórios de cada tipo de guia.
- 20.8.1. Quando tratar-se de faturamento eletrônico, a assinatura do Beneficiário nas respectivas guias poderá ser substituída por outro documento que comprove o atendimento, como por exemplo mensagem eletrônica de confirmação, fotos com comprovação de atendimento virtual (teleconsulta).
- 20.9. Do Faturamento de Internações Eletivas**
- 20.9.1. Os **Credenciados** deverão faturar as despesas hospitalares por meio eletrônico, mediante a utilização do modelo de Guia de Resumo de Internação, registrando-se sempre a senha

de autorização obtida, lembrando que o arquivo eletrônico deve ser exatamente o valor liberado no Capeante RAH (Relatório de Auditoria Externa **Credenciado**).

20.9.1.1. Todos os procedimentos e itens de cobrança da conta hospitalar, tais como honorários, diárias, taxas, materiais e medicamentos deverão ser discriminados individualmente na **Guia de Resumo de Internação**, utilizando as codificações e descrições previstas no padrão TUSS ou contratualmente com o **Credenciado** e, notadamente, no caso de materiais descartáveis e medicamentos de uso geral, as descrições das tabelas comerciais Simpro e Brasíndice para produtos sem codificação TUSS.

20.9.2. Em internações prolongadas, o **Credenciado** poderá, a cada 15 dias corridos, concluir parcialmente a conta hospitalar e emitir a cobrança relativa àquele período de internação, mediante confirmação obrigatória do campo FECHAMENTO PARCIAL, conforme informações dispostas no Capítulo 18 - DA CONFIRMAÇÃO DE ADMISSÃO E ALTA NA INTERNAÇÃO deste manual.

20.10. Do Faturamento de Tratamento Seriadados

20.10.1. As sessões de terapias seriadas em pacientes internados deverão ser faturadas eletronicamente pelos **Credenciados** por meio de Guia Honorário Individual e utilizando a senha principal da internação.

20.10.2. Nas cobranças de tratamentos seriados, os **Credenciados** deverão utilizar a quantidade de Guias **SP/SADT**, conforme a necessidade para cada plano de tratamento. As linhas da Guia deverão incluir os procedimentos, a data da sessão e a assinatura do Beneficiário, para cada data realizada.

20.11. Do Faturamento Eletrônico

20.11.1. O Faturamento Eletrônico de procedimentos em saúde deverá ser realizado de forma que atenda as normas descritas da TISS regulamentadas pela ANS.

20.11.2. A Postal Saúde disponibiliza para a Rede Credenciada instruções operacionais de faturamento eletrônico no site da Operadora, nos links: www.postalsaude.com.br/Credenciado/informacoes-sobre-faturamento-eletronico ou www.postalsaude.com.br/manuais-formularios-tabelas ou portalconectasaude.com.br.

20.11.3. O **Credenciado** deverá ater-se para as seguintes considerações:

- a) O processo de cobrança pela ferramenta eletrônica não elimina o envio de documentação complementar para fins de processamento:
 - I. Toda documentação complementar de cobrança, deverá ser entregue, cumprindo o previsto no CRONOGRAMA DE ENTREGA DE FATURAMENTO que a Operadora disponibiliza anualmente no link <http://www.postalsaude.com.br/manuais-formularios-tabelas>. Incorrendo desassociação de recebimento entre o eletrônico e a documentação complementar, prevalece a data do recebimento do arquivo eletrônico XML para enquadramento ao cronograma de processamento;
 - II. Os arquivos eletrônicos sem a documentação complementar correspondente não serão aproveitados para efeito de processamento;
 - III. A informação no arquivo XML do Código da Tabela de Domínio deverá ser objeto de rigoroso preenchimento, visto que a não especificação da tabela correspondente ocasionará o pagamento dos serviços de forma incorreta, por isso destaca-se:

Quadro 2 - Tipos de tabela e utilização

Cód. Tabela	Descrição	Tabela	Utilização
Tabela 18	Terminologia de Diárias, taxas e gases medicinais	TUSS	Utilizar códigos TUSS

Cód. Tabela	Descrição	Tabela	Utilização
Tabela 19	Terminologia de Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	TUSS	Utilizar códigos TUSS
Tabela 20	Terminologia de Medicamentos	TUSS	Utilizar códigos TUSS
Tabela 00	Tabela Própria Operadora	NÃO TUSS	Utilizar códigos da tabela comercial SIMPRO e ou BRASÍNDICE ou de negociação prévia diferenciada para material, medicamento, procedimentos e eventos em saúde, considerando a quantidade de caracteres a serem preenchidos (uso de "dez" dígitos - preenchimento com zero à esquerda para SIMPRO e/ou BRASÍNDICE).
Tabela 22	Terminologia de Procedimentos e eventos em saúde	TUSS	Utilizar códigos TUSS
Tabela 98	Tabela Própria de Pacotes Procedimentos Médicos	TUSS	Utilizar códigos dos procedimentos e preço do pacote. A não especificação da tabela (98) no arquivo XML e o preenchimento do grau de participação, ocasionará o processamento apenas pelo valor individual do honorário ou taxa, e não dos itens conforme negociação em pacote, incorrendo em glosa.
Tabela 90	Tabela Própria de Pacote Odontológico	TUSS	Utilizar códigos TUSS

Fonte: Padrão TISS

- IV. A Postal Saúde se reserva ao direito de realizar a adequação das versões dos arquivos eletrônicos, para atendimento aos prazos estabelecidos no padrão TISS, determinada pela ANS, cabendo aos prestadores **Credenciados** ajustarem os arquivos XML de acordo com a versão vigente;
- V. Como possibilidade prevista no padrão TISS, todos os procedimentos médicos, não médicos e odontológicos, além de itens de cobrança (diárias, taxas, materiais e medicamentos), deverão ser discriminados individualmente na interface eletrônica, utilizando-se as codificações e descrições previstas nos contratos estabelecidos e, notadamente no caso de materiais e medicamentos, as descrições das tabelas comerciais SIMPRO e BRASÍNDICE, preferencialmente por código TUSS; e
- VI. O **Credenciado** deverá detalhar os eventos cirúrgicos, obrigatoriamente, com o detalhamento individualizado dos profissionais (nomes, registro profissional e grau de atuação), bem como seus respectivos valores cobrados. As informações deverão ser descritas nas cobranças eletrônicas e físicas.

20.12. Documento Fiscal

20.12.1. Os tipos de documentos fiscais utilizados são:

- a) Nota Fiscal (eletrônica ou talonário);
- b) Recibo de Pessoas Jurídicas legalmente dispensadas da emissão de Nota Fiscal; e
- c) Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA).

- 20.12.2. O documento fiscal deverá ser preenchido considerando por tomador de serviço e/ou destinatário a Postal Saúde, conforme informado abaixo:

Postal Saúde - Caixa de Assistência e Saúde dos Empregados dos Correios**CNPJ:** 18.275.071/0001-62**Inscrição Estadual/Municipal:** 07.646.193/001-33**Endereço:** Setor Hoteleiro Sul (SHS) – Quadra 02, Bloco B, Edifício Telex - Asa Sul - Brasília - DF - CEP 70.312-970

- 20.12.3. Nos casos em que for identificada divergência de valores descontados por efeito de lançamentos tributários pela Postal Saúde, o **Credenciado** deverá encaminhar e-mail ao endereço imposto@postalsaude.com.br, para solicitação de revisão de tributos aplicados ao pagamento.

- 20.12.3.1. Os documentos fiscais emitidos em desacordo com as orientações contidas neste manual ou legislações vigentes serão devolvidos para correção.

- 20.12.4.** A ausência de documentação fiscal bloqueará os pagamentos a serem realizados pela Postal Saúde em cumprimento às previsões legais vigentes e para atendimento às fiscalizações e/ou auditorias de qualquer natureza.

- 20.12.5. O endereço para emissão do documento fiscal, em hipótese alguma, deverá ser utilizado para envio de faturamento, sob pena de devolução ao remetente.

- 20.12.6. É imprescindível o envio da **guia original de notas fiscais de talonários** para que a Postal Saúde proceda com o pagamento, ficando disponível o endereço da matriz da operadora **apenas** para recepção desse tipo de documentação, o qual deverá ser enviado conforme abaixo:

A/C: Gerência de Faturamento de Contas Médicas (GEFAC)**Assunto:** Nota Fiscal de talonário**Endereço:** Setor Hoteleiro Sul (SHS) – Quadra 02, Bloco B, Edifício Telex - Asa Sul - Brasília - DF - CEP 70.312-970**Observação:** O endereço para emissão do documento fiscal e para envio do original de nota talonário, em hipótese alguma, deverá ser utilizado para envio de faturamento, sob pena de devolução ao remetente.**20.13. Da Ferramenta Eletrônica para envio de Nota Fiscal (NF-e)**

- 20.13.1. Para segurança nas transações de pagamento, a Postal Saúde dispõe da ferramenta de *upload* de nota fiscal, exclusivamente, para as Notas Eletrônicas (NF-e) de **Credenciados** aderentes à modalidade de pré-faturamento.

- 20.13.2. A ferramenta eletrônica de envio de nota fiscal (*upload* de NF-e) permitirá a visualização dos valores liberados para pagamento para a emissão e anexação de nota fiscal eletrônica.

- 20.13.2.1. Para casos de nota fiscal de talonário, deverá ser enviado, obrigatoriamente, documento original, conforme previsto neste Manual.

- 20.13.3. Os **Credenciados** deverão inserir no campo "e-mail" da nota fiscal eletrônica o endereço fiscal@postalsaude.com.br.

- 20.13.3.1. Este e-mail destina-se somente como repositório dos arquivos padrão XML da NF-e e links para a guarda, por parte da Operadora.
- 20.13.4. Nos casos de solicitações para análise do documento fiscal ou liberação do crédito, o **Credenciado** deverá procurar a Unidade de Representação Regional (URR).
- 20.13.5. Para **Credenciados** da modalidade PRÉ-FATURAMENTO, a liberação do crédito fica condicionada:
- 20.13.5.1. Ao recebimento do documento fiscal mediante os canais de *upload* de nota fiscal eletrônica ou recepção do original da nota fiscal de talonário.
- 20.13.5.2. Ao preenchimento correto das informações cadastrais do prestador e do tomador de serviço.

20.14. Dos demonstrativos de análise de conta e de pagamento

- 20.14.1. A Postal Saúde disponibilizará, na Área Restrita do **Credenciado**, os demonstrativos de análise de contas e de pagamento conforme padrão TISS, bem como na plataforma de conectividade.
- 20.14.2. A publicação dos demonstrativos é realizada com base na data estabelecida no cronograma de entrega de faturamento, campo DATA CRONOGRAMA.
- 20.14.3. As instruções para extração dos demonstrativos estão disponíveis no link <https://www.postalsaude.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Anexo-II-Comunicado-Conecta.pdf>.

20.15. Recurso de Glosa

- 20.15.1. A Postal Saúde disponibilizará, na data do cronograma padrão de entrega e processamento do faturamento, o demonstrativo de análise de conta, com o detalhamento de guia/Beneficiário/evento/valor/motivo de glosa, de modo a viabilizar a análise para recurso de glosa.
- 20.15.2. O **Credenciado** contará com o prazo máximo de 60 dias, a contar da data do cronograma, do documento oficial Cronograma de Entrega do Faturamento, e deverá apresentar recurso pelas ferramentas eletrônicas da Operadora, quanto aos valores eventualmente glosados
- 20.15.3. As instruções para operacionalização de recursos de glosa estão disponíveis no link <https://www.postalsaude.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Anexo-II-Comunicado-Conecta.pdf>.

CAPÍTULO 21 - DAS RESPONSABILIDADES

A responsabilidade pelo cumprimento deste Manual do **Credenciado** é do Prestador de serviços Médicos, hospitalares, laboratoriais, clínicos e outros que mantêm contrato de prestação de serviços com essa Operadora, em consonância às regras estabelecidas pelas Unidades Administrativas da Postal Saúde responsáveis pelos processos descritos neste Manual.

CAPÍTULO 22 - DOS DOCUMENTOS ASSOCIADOS

DOS DOCUMENTOS EXTERNOS

- Lei nº 9.656/1998;
- Lei nº 9.263/1996;

- CFM nº 1.956/2010;
- ANS, CONSU nº 08/1998;
- ANS, RN nº 85/2004;
- ANS, RN nº 137/2006;
- ANS, RN nº 124/2006;
- ANS, RN nº 259/2011;
- ANS, RN nº 268/2011;
- ANS, RN nº 305/2012;
- ANS, RN nº 395/2016; e
- ANS, RN nº 428/2017.

DOS DOCUMENTOS INTERNOS

- Código de Conduta Ética e Integridade;
- Estatuto Social da Postal Saúde;
- Manual do Beneficiário – Plano CorreiosSaúde;
- Manual do Beneficiário – Plano CorreiosSaúde II;
- FOP 190 | Validação de Uso de Medicamentos Antimicrobiano e/ou Antifúngico;
- FOP 191 | Validação de realização de procedimento(s) e ou utilização(ões) de órteses, próteses e materiais especiais em Urgência-Emergência; e
- Termo de Opção em Apartamento Simples.

CAPÍTULO 23 - DO CONTROLE DAS REVISÕES

Revisão N°	Versão	Data	Descrição da Revisão	Responsável
01	003	13/06/2018	<u>DELIBERAÇÃO DIREX</u> "DIREX 02/142 - Proposta de alteração MOP 006 - Manual do Credenciado - Assistência Médico-Hospitalar - VOTO DISAR 021/2018. Vigência a partir de 14/06/2018.	João Bosco Crema Filho
02	003	27/08/2018	<u>VERSÃO INTERNA</u> Corrigida a referência no item 19.3.2: refere-se ao item 19.3.1, e não ao item 18.3.1. <u>VERSÃO EXTERNA</u> Corrigida a referência no item 16.3.2 refere-se ao item 16.3.1, e não ao item 18.3.1.	Daniela Cristina Venturim Valdetaro Maria Clara Temporal Nogueira

03	003	15/04/2019	<p>Devido a reestruturação, houve a alteração para adequação a nova Unidade Administrativa gestora.</p> <p>Vigência a partir de: 15/04/2019.</p>	Angeliana Gomes da Silva
04	004	26/07/2022	<p>RES/DIREX 03/302 - Atualização do MAN 006 - Manual do Credenciado - Assistência Médico-Hospitalar - VOTO DISAR 17/2022. A Diretoria-Executiva apreciou o VOTO DISAR 017/2022, de 12 de julho de 2022, e, após apresentação do Sr. Edivaldo Fortunato Pereira, Diretor de Gestão e Saúde e Rede, em conjunto com a Sra. Daianne Maria Bertunes Gonçalves, Coordenadora de Gestão da Rede Credenciada e o Sr. Rogério Augusto Paiva da Silva, Gerente de Negociação e Gestão da Rede, por unanimidade, decidiu: a) aprovar a nova versão do MAN 006 - Manual do Credenciado - Assistência Médico - Hospitalar, nos termos do PTA DISAR/GENEG 007/2022, de 11 de julho de 2022; b) determinar que a GEORG realize a substituição do Manual na Internet e divulgue para todas as Unidades de Representação Regional e Núcleos de Atendimento.</p>	Daianne Maria Bertunes Gonçalves e Rogério Augusto Paiva da Silva



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

www.postalsaude.com.br