

MANUAL DE ORIENTAÇÕES TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS PARA O **CREDENCIADO MÉDICO**

DOS SISTEMAS ASSISTENCIAIS
DE SAÚDE PRÓPRIOS DA VALE/PASA

1. APRESENTAÇÃO

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

Todas as instruções especificadas neste **Manual** e em futuras comunicações visam o melhor atendimento aos beneficiários e, ainda, a padronização dos procedimentos.

A **PASA – Plano de Assistência à Saúde do Aposentado da Vale** é a entidade administradora dos programas assistenciais, sendo que qualquer informação adicional poderá ser obtida preferencialmente junto à Central de Atendimento ao Credenciado, exclusiva para a **Vale/PASA**, ou ainda junto aos escritórios da **PASA** com endereços disponíveis no site planopasa.com.br.

A **Vale** e a **PASA** possuem diferentes programas de assistência médica, odontológica, farmacológica e hospitalar, todos na modalidade de autogestão em saúde, denominados **AMS**, instituído pela **Vale – ANS** No. 34569-5, e **PASA**, **PASA Plus**, **PASA Brasil**, **PASA Carioca**, **PASA Mineiro**, **PASA Capixaba**, **PASA Brasileirinho**, instituídos pela própria **PASA** ANS No. 33198-8, que têm como objetivo proporcionar a seus beneficiários procedimentos para prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde, incluindo assistência médica integral, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada, rotineira e de urgência.

Os diferentes planos diferenciam-se quanto à cobertura, porém os quatro ofertam padrão privativo de acomodação em internação.

CENTRAL DO PRESTADOR:

DISQUE 4004.0183 - Capitais / Disque 0800.722.0183 - Demais Localidades

2. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

A identificação dos beneficiários e sua elegibilidade para o atendimento são determinadas, obrigatoriamente, pela apresentação do cartão dos planos, conforme modelos apresentados a seguir.

Para a prestação do atendimento é indispensável a apresentação do cartão do plano, em meio físico (impresso em folha de papel colorido ou preto e branco ou ainda por meio eletrônico (aplicativo de celular e tablet), acompanhado de um documento de identidade do beneficiário. O credenciado deverá, ainda, fazer a validação do beneficiário através do site wwwt.connectmed.com.br ou da **Central de Atendimento ao Prestador**.

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

- Matrícula do beneficiário
 - Nome do beneficiário
 - Tipo ou modalidade do plano/benefício (**AMS, PASA Plus, PASA, PASA Brasil, Carioca, Capixaba, Mineiro, Brasileirinho**).
 - Código da Operadora junto à **ANS: VALE ANS No. 34569-5** ou **PASA ANS No. 33198-8**
- Descrição das limitações de cobertura. Ex: Planos PASA não cobrem obstetria.

Modelos de carteirinhas AMS nas versões colorida e PB



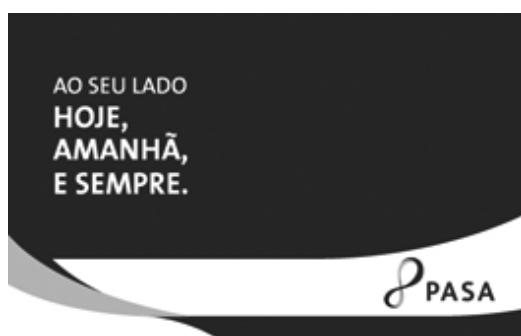
Modelos de carteirinhas PASA nas versões colorida e PB



Matrícula: _____
 DN: _____
 Titular: _____

Válido somente com documento de identidade
 ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DO PRESTADOR PARA
 ELIGIBILIDADE DO USUÁRIO.
 Usuário declara que recebeu o regulamento e
 concorda com os seus termos
 Ligue PASA: 0800 7701 708

PASA



Matrícula: _____
 DN: _____
 Titular: _____

Válido somente com documento de identidade
 ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DO PRESTADOR PARA
 ELIGIBILIDADE DO USUÁRIO.
 Usuário declara que recebeu o regulamento e
 concorda com os seus termos
 Ligue PASA: 0800 7701 708

PASA

PASA BRASIL



Matrícula: _____
 DN: _____
 Titular: _____

Válido somente com documento de identidade
 ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DO PRESTADOR PARA
 ELIGIBILIDADE DO USUÁRIO.
 Usuário declara que recebeu o regulamento e
 concorda com os seus termos
 Ligue PASA: 0800 7701 708

PASA



Matrícula: _____
 DN: _____
 Titular: _____

Válido somente com documento de identidade
 ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DO PRESTADOR PARA
 ELIGIBILIDADE DO USUÁRIO.
 Usuário declara que recebeu o regulamento e
 concorda com os seus termos
 Ligue PASA: 0800 7701 708

PASA

Atenção: É obrigatório, como determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – **ANS**, o preenchimento em campo próprio nas guias de atendimento do registro da operadora de vínculo do beneficiário, se participante da **VALE ANS N° 34569-5** ou da **PASA ANS N° 33198-8**, sendo o encaminhamento de contas (guias ou faturas) também feito de forma separada, conforme a seguir disposto neste **Manual**.

3. EXCLUSÕES DE COBERTURA

O **AMS da Vale** contempla o atendimento, médico ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, limitados aos procedimentos previstos no rol da ANS vigente, observadas as limitações da DUT, a seus beneficiários, **excetuando-se:**

- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- Lesões e enfermidades sofridas durante participação em rebeliões, greves ou insurreições, lutas ou crimes, nos quais o beneficiário tenha participado diretamente, comprovado judicialmente sua culpa.
- Tratamento, cirúrgico ou não, visando aspectos estéticos.
- Acupuntura, quando não realizada por médicos.
- Tratamentos em estâncias hidrominerais, de repouso ou de recuperação física.
- Cirurgia plástica estética
- Drenagem linfática pós-cirurgias plásticas estéticas.
- Tratamento de senilidade, rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- “*Check Up*” médico
- Reflexologia.
- Quaisquer exames ou tratamentos sem indicação médica especializada.
- Tratamentos ilícitos, condenados ou não reconhecidos ou recomendados pelos conselhos de regulamentação do exercício profissional.
- Qualquer despesa ou tratamento referente a procedimentos de iniciativa do beneficiário não prescrita pelo médico assistente.
- Despesas hospitalares extraordinárias, incluindo, entre outras, telefonema, televisão, lavagem de roupa e refeição fora da dietética prescrita, bem como indenização por danos ou destruição de objetos.
- Diferenças entre gastos mediante acomodações em padrões de conforto superiores aos estabelecidos no plano ou com custo do leito/dia acima da tabela de serviços médicos cobertos pela **Vale**.
- Especialidades e tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, incluindo-se a medicina ortomolecular e mineralografia de cabelo.
- Condicionamento físico, exceto o do paciente cardíaco e em caráter temporário, realizado por profissional de especialidade coberta.
- Tratamento para fertilidade / inseminação artificial.
- Tratamentos em clínicas de repouso, de emagrecimento, estâncias ou similares.
- Trabalhos odontológicos com finalidade estética e em ouro.
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou aluguel de equipamentos e aparelhos fora da internação hospitalar.
- Exames ocupacionais.

Os planos regulamentados **PASA Plus, PASA Brasil, Capixaba, Carioca, Mineiro e Brasileirinho contemplam atendimentos médico ambulatorial e hospitalar, sem obstetrícia, limitados aos procedimentos previstos no Rol da ANS vigente e suas Diretrizes de Utilização – DUT, excetuando-se:**

- parto normal ou parto cesáreo;
- cirurgia de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, excetuados em homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos, ou quando houver risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro

conceito, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos, desde que apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação de vontade;

- a esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- a esterilização cirúrgica em mulheres através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- a esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei;
- casas de repouso e similares.
- próteses, órteses e seus acessórios que não sejam ligadas ao ato cirúrgico ou que estejam relacionadas a procedimentos cirúrgicos ou clínicos para fins estéticos, entendendo-se como prótese qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e, por órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, assim entendidos como aqueles que não visam restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo, anomalia congênita, exceto cirurgia plástica para queimados, politraumatizados e em casos de reconstituição de mama após mastectomia;
- tratamento em estâncias hidrominerais de repouso ou de recuperação física;
- tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tais como (mas não limitados a) massagens, duchas, saunas e outras atividades de finalidade estética;
- spa;
- pilates;
- tratamentos, exames ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza;
- fornecimento de medicamentos e vacinas de qualquer natureza, exceto em regime de internação e quando cobrado pela instituição;
- material e medicamento importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- tratamentos ou exames (clínicos ou cirúrgicos) experimentais condenados ou não recomendados pela ética médica, assim entendidos como aqueles que empregam fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, 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 o tratamento à base de medicamentos com indicação que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (uso off-label);
- acupuntura, quando não executado por médico;
- check-up médico;
- quaisquer exames ou tratamentos sem indicação médica especializada;
- extraordinários de contas hospitalares, tais como (mas não limitadas a): telefonemas, aluguel de ar-condicionado, televisão, frigobar e internet quando não incluído no preço da diária, lavagem de roupa, refeições de acompanhante, salvo no caso de pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 anos, além de demais despesas de caráter pessoal e particular realizadas por paciente ou seus acompanhantes;
- transplantes, exceto rim, córnea, medula óssea e transplantes autólogos;
- tratamentos para a manutenção da saúde mental, realizados por psicólogo, de acordo com Rol de ANS e DUT;
- atendimento em domicílio e home care;
- nutrição parenteral ou enteral domiciliar;
- inseminação artificial e procedimentos decorrentes deste ato, assim considerados como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- todo e qualquer procedimento que não seja reconhecido pelas autoridades competentes, e/ou que não conste no rol de procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (o rol de procedimentos encontra-se disponível na página da ANS na internet: www.ans.gov.br).

O Plano PASA, não regulamentado (anterior a Lei 9656) contempla atendimento médico ambulatorial e hospitalar, sem obstetrícia, a seus beneficiários, **excetuando-se os itens não cobertos pelo PASA Plus**

e os procedimentos abaixo listados:

- a) parto normal e parto Cesário.
- b) tratamento psiquiátrico e de dependência química, quer consulta, quer internação;
- c) internação geriátrica;
- d) hemodiálise;
- e) próteses de qualquer natureza;
- f) fonoaudiologia;
- g) cirurgia plástica, exceto para queimados, politraumatizados e em casos de reconstituição de mama após mastectomia
- h) tratamento especializados a excepcionais;
- i) UTI/Neo-Natal;
- j) tratamento dentário de qualquer natureza;
- l) fornecimento de medicamentos, exceto em regime de internação e quando cobrado pela instituição;
- m) próteses auditivas;
- n) tratamentos clínicos ou cirúrgicos condenados ou não recomendados pela ética médica;
- o) tratamento em estâncias hidrominerais de repouso ou de recuperação física ou psiquiátrica;
- p) acupuntura, quando não executada por médico;
- q) “check-up” médico;
- r) massagens, duchas, saunas e outras atividades de finalidade estética;
- s) quaisquer exames ou tratamento sem indicação médica especializada;
- t) vacinas de qualquer natureza;
- u) extraordinários de contas hospitalares, tais como: telefonemas, aluguel de ar condicionado quando não incluído no preço da diária, lavagem de roupa, refeições de acompanhante, demais despesas de caráter pessoal e particular realizadas por paciente ou seus acompanhantes.

A **Central de Atendimento** está capacitada para rapidamente esclarecer eventuais dúvidas com relação à cobertura e aos padrões assistenciais de determinado beneficiário e/ou plano (produto).

Despesas excepcionais como estacionamento e aluguel de televisão em internação, bem como custos com acomodação superior a permitida, inclusive o diferencial de honorários, se houver, não estão contempladas nas coberturas dos planos.

Despesas com acomodação e alimentação do acompanhante no hospital e durante a internação, não estão cobertas, exceto em casos de pacientes menores de 18 anos, maiores de 60 anos e portadores de necessidades especiais de qualquer idade.

As próteses e órteses de implantes cirúrgicos, bem como materiais especiais (**OPME**), só podem ser utilizados dentro da cobertura assistencial mediante prévia e formal autorização, através da **Central de Atendimento ao Credenciado**, conforme mais adiante detalhado neste **Manual**.

O Plano **PASA**, anterior à Lei 9.656/98, é o único que não cobre próteses de implante cirúrgico, exceto lente intraocular, stent coronariano e prótese mamária para reconstrução pós cirurgia oncológica local.

4. REDE CREDENCIADA

Efetuada o credenciamento, o prestador é cadastrado na **VALE/PASA**, sendo seu código de identificação cadastral junto aos programas o seu **CPF** (pessoas físicas) ou **CNPJ** (pessoas jurídicas).

Os prestadores conveniados são incluídos em uma lista de credenciados que contém seus dados profissionais (nome, endereços, telefones, especialidades conveniadas pela **VALE/PASA**, **qualificação profissional e acreditação**) e que é divulgada para todos os beneficiários.

A fim de manter atualizadas as informações cadastrais, para correta identificação dos prestadores, há necessidade que os credenciados comuniquem imediatamente qualquer alteração ocorrida em relação às condições de atendimento, qualificação profissional, acreditação e/ou pagamento.

Os beneficiários escolhem o prestador de sua preferência, dentro da rede credenciada, para a realização das consultas e dos tratamentos necessários.

O credenciado somente poderá atender dentro da(s) especialidade(s), localidade(s) e procedimentos(s) para a(s) qual(is) foi credenciado.

Os prestadores atenderão apenas com os recursos acordados contratualmente. Ampliação dos serviços realizados pela pessoa jurídica, bem como inclusão de profissional/especialidade no corpo clínico não estarão automaticamente contratados e seu atendimento aos beneficiários sem os devidos ajustes contratuais sujeito às penalidades previstas em contrato.

Os prestadores são responsáveis, na forma do Código Civil e do Código de Ética da Medicina, pelas suas ações, omissões ou paralisações de atendimento, assim como pelas de seus prepostos e corpo clínico, empregados ou não, possuindo o dever de garantir a manutenção dos serviços e a assistência médica/hospitalar contratada.

O agendamento de consulta, exames e quaisquer outros procedimentos pelo CREDENCIADO, deve ser feito de forma a atender às necessidades dos BENEFICIÁRIOS, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos.

O agendamento mencionado no item acima deverá respeitar os seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato

É **vedado** ao prestador efetuar qualquer cobrança diretamente aos BENEFICIÁRIOS, exceto em casos de não cobertura contratual e os SERVIÇOS sejam expressamente requeridos pelos BENEFICIÁRIOS.

5. TABELAS DE REMUNERAÇÃO

A cobertura dos planos está baseada no Rol de Procedimentos da ANS e a tabela utilizada para fins de cobrança dos serviços prestados está baseada na codificação, nomenclatura e na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – **TUSS**, enquanto a remuneração obedecerá os valores previstos em contrato entre as partes-

Serviços não constantes das tabelas adotadas pela Vale/PASA devem obrigatoriamente estar acordados ou autorizados previamente, sem o que a Vale/PASA não se responsabilizará pelo pagamento.

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

6. ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO

6.1 INFORMAÇÕES GERAIS

É de responsabilidade do credenciado a checagem da identificação, identidade do beneficiário, bem como a validação *online* de elegibilidade e a verificação a qual modalidade de plano o beneficiário está vinculado.

O cartão de identificação poderá ser portado pelo beneficiário em meio físico ou virtual (via aplicativo de celular ou tablete).

As guias devem obrigatoriamente ser preenchidas de forma eletrônica, no padrão TISS, conforme determinação da ANS. O credenciado deve atentar para a escolha da **GUIA conforme operadora, verificando se o paciente é vinculado a VALE** – ANS No. 34569-5 ou a **PASA** ANS No. 33198-8. No final de cada guia existem campos específicos para assinatura do beneficiário ou responsável, bem como para assinatura do credenciado ou médico responsável.

As guias apresentam a logomarca própria da **Vale** ou da **PASA** e **não possuem numeração sequencial**, o que permite o *download* do modelo e impressão direta pelo credenciado de quantas guias forem necessárias para o envio das cobranças de atendimentos.

O preenchimento do campo com o código da “CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS” - C.I.D.-10 é obrigatório em todas as guias. É também obrigatório o preenchimento, em campos próprios na WEB ou dos formulários, do número de registro em Conselho de classe profissional - CRM do médico atendente, bem como o registro do carimbo deste médico junto à sua assinatura em local próprio.

Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cinza são os únicos de preenchimento opcional do prestador credenciado.

As guias devem ser encaminhadas em **uma única via** para cobrança, de forma eletrônica no site da Connectmed, wwwt.connectmed.com.br.

As guias em papel ficarão sob a guarda do Prestador, sendo entregues à Vale apenas quando houver divergência de atendimento alegada pelo beneficiário.

Na impossibilidade de entrega da guia pela via eletrônica, por razões alheias a vontade do prestador ou da operadora, a Vale disponibilizará um plano de contingência.

6.2 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA (OBTENÇÃO DE SENHA)

Não é necessária a obtenção de **senha prévia** para:

6. Consultas médicas ou de perícia.
7. Exames clínicos de laboratório (patologia clínica), medicina nuclear *in vitro* e radiologia convencional (Raios X).
8. Eletrocardiograma, tonometria, colposcopia e coleta de papanicolau junto a consultas de especialidades.

Para os procedimentos cirúrgicos ou de diagnose ambulatorial, a senha deve ser solicitada identificando o atendimento (honorário) ou serviço proposto em si, não sendo necessária a discriminação prévia de materiais de uso geral, medicamentos que não quimioterápicos, taxas, serviços e diárias (de Observação e Day Clinic).

Os atendimentos de urgência deverão observar o item 6.5

Todos os demais procedimentos médicos não identificados acima, como os demais serviços de diagnose ou terapia, internações, uso de próteses e órteses de implante cirúrgico - **OPME** uso de quimioterápicos, remoções, fonoaudioterapia, fisioterapia, acupuntura, psicoterapia, nutricionista (em planos em que há cobertura), benefício farmácia, etc. só podem ser realizados mediante prévia e formal autorização, com obtenção de senha mediante o uso de ferramenta de **Autorizador Via WEB**, através do site wwwt.connectmed.com.br, ou através da **Central de Atendimento ao Credenciado da Vale/PASA**, conforme detalhado mais adiante neste **Manual**.

A validade das senhas é de 30 (trinta) dias corridos, podendo ser prorrogada por mais 30 dias somente nos casos em que houver justificativa e desde que o prestador entre em contado com a Central de Atendimento ao Credenciado um dia antes da data de expiração da senha.

O Credenciado deverá encaminhar todos os documentos necessários à análise da auditoria técnica da VALE/PASA, seja para a obtenção de autorização para a realização do procedimento, seja para justificar suas cobranças quando solicitado pela VALE/PASA, tais como, mas não limitados a:

- pedido médico,
- laudo técnico contendo pormenorizadamente as condições do paciente e os motivos que justificam o pedido,

6.3 PERÍCIAS PRÉVIAS

Estão **sempre** sujeitos à **perícia prévia** pela **PASA** ou por prestadores especialmente credenciados pela **VALE/PASA** os procedimentos da Lista de Procedimentos Periciáveis disponível no portal do credenciado no www.planopasa.com.br:

Poderão ser requisitadas **perícias prévias para quaisquer outros procedimentos**, a critério da **PASA**, junto ao pedido de autorização prévia.

Eventualmente, a critério da **PASA**, as perícias poderão ser substituídas por laudos detalhados ou documentação.

Nos casos de requisição de procedimentos que venham a ser sujeitos à perícia, a senha de autorização ficará pendente até a recepção pela **Central de Atendimento ao credenciado** do laudo médico autorizando o procedimento.

A obtenção da senha definitiva será comunicada pela **Central de Atendimento ao Credenciado**, mediante **resposta com senha de autorização**, através de e-mail ou contato telefônico pela **Central**, sendo também disponibilizada a consulta da senha pelo credenciado junto ao autorizador no site wwwt.connectmed.com.br, ou ainda, por ligação à **Central de Atendimento ao Credenciado**.

6.4 CONSULTAS

As consultas médicas realizadas em consultórios, ambulatorios ou prontos-socorros sempre serão cobradas eletronicamente via **WEB** (wwwt.connectmed.com.br), através dos formulários específicos **padrão TISS** disponíveis para *download* e impressão direta no site www.planopasa.com.br. Havendo necessidade da realização de outros procedimentos, de pequena complexidade, durante a consulta, o

credenciado deverá utilizar-se, de outros campos da Guia TISS para a cobrança. Em todas as guias de cobrança, os campos devem obrigatoriamente ser preenchidos com letra legível, preferencialmente de forma ou à máquina.

É vedada a cobrança das consultas de retorno, conforme item 8.2. As consultas realizadas com intervalo menor que 30 dias devem ser entendidas como retorno, desde que, não haja alteração de sintomas, nem novos diagnósticos. Contudo, conforme orientação dos conselhos profissionais, o profissional de saúde pode acordar previamente com o usuário da operadora, a data de retorno de consulta em prazo superior a 30 dias.

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

Em caso de necessidade de procedimentos sujeitos à autorização prévia, o próprio credenciado poderá solicitar, no ato do atendimento, pela ferramenta Autorizadora Via WEB, através do site wwwt.connectmed.com.br, ou, ainda, junto à Central de Atendimento ao Credenciado da Vale/PASA (Capitais, Regiões Metropolitanas e principais cidades: 4004 0183; demais localidades: 0800 722 0183) a senha de autorização específica, e registrá-la no pedido médico a ser entregue ao paciente para encaminhamento ao serviço executante do exame ou terapia solicitado.

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

IMPORTANTE: *Consultas caracterizadas como retorno, tais como aquelas referentes à apresentação de exames, fechamento de diagnóstico (VER DEFINIÇÃO DA RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), independentemente do tempo, não serão pagas pela Vale/PASA.*

6.5 ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA

As cobranças de atendimentos de urgência ou emergência só podem ser realizadas por prestadores credenciados para este fim, devendo ser também faturadas via **WEB TISS**. Caso para o atendimento emergencial seja necessário o concurso de outros prestadores credenciados, estes deverão enviar seu faturamento em separado com a devida capa de lote e utilizar outros formulários para as cobranças junto à Vale/PASA.

Os atendimentos de urgência não estão sujeitos à autorização prévia para os processos e procedimentos necessários desde que dentro da unidade de Pronto-Socorro ou Pronto Atendimento.

Após o atendimento, o credenciado deve comunicar esta ocorrência em até 72 horas, obtendo senha, sempre através do site wwwt.connectmed.com.br ou da Central de Relacionamento, marcando o campo de atendimento de urgência.

O prestador deverá, caso exista a necessidade constatada de internação, proceder à solicitação específica da mesma conforme a seguir detalhado.

Os casos de emergência dentro do período de carência do beneficiário para internação terão o atendimento limitado as primeiras 12 horas em ambulatório (Pronto-Socorro ou Pronto Atendimento) ou em prazo inferior se o quadro evoluir para internação ou, ainda, se for necessária a realização de procedimentos hospitalares.

Após esse período, caberá à Vale/PASA a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que

disponha de recursos necessários à continuidade do tratamento.

Caso o beneficiário opte pela permanência no hospital ou pela transferência para outro estabelecimento particular, as despesas passarão a ser de sua responsabilidade.

6.6 SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

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

A cobrança de Serviços Auxiliares de Diagnóstico ou Terapia (**SADT**), mesmo os de laboratório clínico, isentos de senha prévia (descritos em **6.2**) ou perícia, deverá ser feita mediante o uso de ferramenta **WEB** (wwwt.connectmed.com.br).

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

Cobranças de procedimentos com múltiplas sessões, como fonoaudiologia, fisioterapias ou acupuntura, nutrição (em planos onde há cobertura), psicologia, hemodiálise e outros devem ser faturados em guias únicas, registrando-se na própria "**GUIA TISS**" a data de cada sessão. Caso para o faturamento sejam necessários mais campos do que os dispostos na "**GUIA TISS**" original, deverão ser utilizadas quantas "**GUIA TISS**" forem necessárias.

6.7 ACUPUNTURA E FISIOTERAPIA

As sessões de acupuntura e fisioterapia ambulatoriais estão sujeitas a autorizações prévias, mediante laudo justificativo e plano de tratamento, sendo que para suas respectivas cobranças deve ser utilizado o envio da Guia TISS via **WEB** (wwwt.connectmed.com.br), registrando-se sempre a senha de autorização prévia do evento.

Apenas médicos especificamente cadastrados poderão proceder a cobranças de tratamentos de fisioterapia e acupuntura.

6.8 FONOAUDIOLOGIA

O benefício **AMS** contempla a cobertura em fonoaudiologia, desde que requisitado por médico ou odontólogo, no nível ambulatorial ou hospitalar é o limite estabelecido pela ANS. Excepcionalmente, a **Vale** poderá, mediante análise de laudo ou mesmo mediante perícia, autorizar a prorrogação de tratamento.

A cobertura em fonoaudiologia nos Planos **PASA** é limitada a casos de **AVC** e **AVE**. Nos Planos PASA Plus, PASA Brasil, PASA Carioca, PASA Capixaba e PASA Mineiro é coberta de acordo com o rol de procedimentos vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para qualquer tratamento, só é permitida no máximo uma sessão diária de fonoaudiologia.

A avaliação inicial em fonoaudiologia e as fonoaudioterapias deverão ser pré-autorizadas, podendo ser requisitado junto à autorização o envio de laudo inicial e plano de tratamento, contendo o tipo e frequência das sessões, resultado esperado e prazo para reavaliação do tratamento proposto.

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

As sessões de fonoaudioterapia, à semelhança da fisioterapia, devem ser faturadas via **WEB** (wwwt.connectmed.com.br), observado o Padrão TISS.

6.9 PSICOLOGIA

A psicoterapia está coberta para atendimento em consultório ou em regime de internação, sendo obrigatória a “**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA TRATAMENTO PSICOTERÁPICO**”, baseada em:

- Relatório do psicólogo ou psiquiatra com a previsão da duração e frequência semanal do tratamento.
- A validade do pedido médico e do relatório do psicólogo é de 60 dias.

É permitida, no máximo, **01 sessão diária** de tratamento psicoterápico, sendo que sua interrupção deverá ser comunicada, pelo profissional credenciado, à **VALE/PASA**.

Os tratamentos psicoterápicos em regime de internação hospitalar serão **limitados ao máximo de 01 sessão diária**, sendo obrigatória a “**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA TRATAMENTO PSICOTERÁPICO**”, através de requisição do médico assistente fundamentada na patologia apresentada pelo beneficiário, com a devida justificativa técnica.

6.10 QUIMIOTERAPIA

Para a realização de quimioterapia, além da liberação do procedimento médico em si (honorário médico), é obrigatória a “**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**”, mediante o preenchimento prévio, **em no mínimo 5 (cinco) dias úteis** contados a partir da data de entrega dos documentos necessários para a análise, formulário eletrônico ANEXO DE QUIMIOTERAPIA no site wwwt.connectmed.com.br, ferramenta específica de pré-autorização em quimioterapia.

A cobrança de honorários e medicamentos em casos de quimioterapias deverá ser feita via **WEB** wwwt.connectmed.com.br, observado o padrão TISS.

6.11 REMOÇÕES

A **VALE/PASA** contempla o atendimento em remoções inter-hospitalares por ambulância, desde que o **CREDENCIADO** obtenha autorização prévia por intermédio da **Central de Atendimento ao Credenciado**.

Para as remoções programadas, eventualmente contempladas, o credenciado executante do serviço deverá previamente solicitar, junto à **Central de Atendimento ao Credenciado**, senha de autorização, mediante o encaminhamento de relatório médico detalhado, requisito considerado obrigatório para a liberação de **SENHA** de autorização.

Os credenciados especificamente para remoção efetuarão a cobrança destes serviços via **WEB** (wwwt.connectmed.com.br), observado o Padrão TISS.

6.12 INTERNAÇÕES

Para a realização de **internações ELETIVAS** há sempre a **necessidade de solicitação de autorização prévia**, mediante o uso de formulário próprio do Padrão TISS, que poderá ser obtido junto ao *site* da própria **PASA** www.planopasa.com.br, existindo também a possibilidade do preenchimento direto de formulário eletrônico no *site* wwwt.connectmed.com.br, ferramenta específica de pré-autorização em internação.

A autorização da internação terá **resposta mediante** devolução de **senha**, que será comunicada (respondida) pela **Central de Atendimento ao Credenciado** através, de e-mail, ou contato telefônico com o credenciado, ou ainda mediante a disponibilização da senha para consulta pelo credenciado junto ao autorizador no *site* wwwt.connectmed.com.br,

As despesas hospitalares são sempre faturadas via **WEB** (wwwt.connectmed.com.br), registrando-se sempre a senha de autorização.

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

- prorrogação do período previamente liberado;
- remoção inter-hospitalar para tratamentos/exames em outro prestador;
- uso de quimioterápicos (conforme a seguir detalhado);
- uso de órteses, próteses ou materiais especiais – OPME (conforme a seguir detalhado);
- Exames e terapias especiais e de alta complexidade, tais como hemodiálise, radioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, antibiótico terapia de última geração, dentre outras.
- Salientamos que não existe necessidade de senhas prévias para exames, tratamentos, diárias, medicamentos (exceto uso de quimioterápicos) e materiais (de uso geral) solicitados ou utilizados no decorrer da internação.

As prorrogações devem ser comunicadas à **PASA** mediante o envio da **Guia TISS** via **WEB** (wwwt.connectmed.com.br). Para aqueles locais **rotineiramente auditados in loco**, a autorização pode ser obtida junto à auditoria externa da **PASA** e registradas por senha.

Ocorrendo mudança na acomodação utilizada durante a internação, deverá ser solicitada nova senha.

Nas internações, não havendo vaga no tipo de alojamento contratado, o paciente deve ser internado em outra acomodação de padrão superior e depois ser transferido para o padrão autorizado, sem ônus adicional à Vale/PASA ou ao usuário.

Caso sejam necessários mais campos do que os dispostos na “GUIA TISS” original, deverão ser utilizadas quantas GUIA TISS forem necessárias para o faturamento de serviços e despesas hospitalares.

6.13. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DE USO CIRÚRGICO - OPME

As órteses, as próteses e os materiais (OPME) especiais de alto custo só podem ser utilizados mediante prévia e formal autorização pela Central de Atendimento ao Credenciado da VALE/PASA antecipadamente ao evento eletivo, via ANEXO DE OPME.

A **VALE/PASA** se reserva ao direito de compra direta com reposição ou negociação prévia do valor do material. Nas situações de urgência a comunicação do uso do material deverá ser feita sempre até o primeiro dia útil subsequente ao evento.

O credenciado poderá requisitar a **OPME** junto à solicitação de internação, ou ainda nos casos ambulatoriais, com no mínimo **21 (vinte e um) dias úteis de antecedência** ao evento eletivo, observado o Anexo de OPME e o Padrão TISS.

EXEMPLOS DE PRÓTESES, ÓRTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

USO GERAL

▪ Bomba de analgesia / morfina de qualquer tipo	▪ Clips de aneurisma, grampeadores e cargas
▪ Lâmina de shaver e outras	▪ Telas sintéticas, de Marlex, Prolene e outras
▪ Tesoura ultracision	▪ Trocaters e redutores
▪ Cateteres de longa permanência	▪ Monitores de nervos
▪ Cateteres para embolização, micromolas, micropartículas e ONIX	

CARDIOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

▪ Anel para valvuloplastia	▪ Balão descartável
▪ Cardioversor desfibrilador implantável	▪ Cateter balão para angioplastia, septoplastia e valvuloplastia
▪ Cateter para estudo eletrofisiológico/ablação por radiofrequência	▪ Próteses valvares cardíacas biológicas ou metálicas de todos os tipos
▪ Cateter venoso atrial	▪ Conjunto para circulação assistida
▪ Conjunto para valvuloplastia	▪ Eletrodos endo ou epicárdicos definitivos, Stents de todos os tipos
▪ Endoprótese vascular	▪ Enxerto aórtico valvulado, arteriais e Dacron
▪ Gerador de desfibrilador implantável	▪ Guia e filtro para veia cava
▪ Jogo de mediadores para CIA	▪ Marca-passo de todos os tipos
▪ Microcateteres	▪ Oxigenador de membrana
▪ Cateter de Swan Ganz	▪ Sistema de eletrodo multissítio
▪ Bomba de autotransusão	▪ Alça de Hook para cirurgia torácica

GASTROENTEROLOGIA

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

ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA	
▪ Acetábulo, liner e cabeça de fêmur	▪ Alongador
▪ Barras de fixação	▪ Desfibrilador implantável p/ nervo periférico (dor)
▪ Cages de todos os tipos	▪ Ponteiras de radiofrequência
▪ Casquilhos	▪ Cerâmicas fosfo-cálcicas
▪ Cimento ortopédico, conector	▪ Conjunto transfix
▪ Cross Link	▪ Disco artificial interssomático
▪ Dispositivo antiprotusão	▪ Espaçadores de todos os tipos
▪ Fios e cabos de titânio	▪ Fixadores externos
▪ Kit de nucleoplastia	▪ Fixadores dinâmicos
▪ Microplacas, microparafusos e telas de titânio para cirurgia de buco-maxilo	▪ Kit para cimentação, parafusos e porcas de contenção
▪ Grampos absorvíveis	▪ Halo craniano simples ou associado
▪ Hastes de todos os tipos	▪ Ganchos
▪ Osso liofilizado, suturas de menisco	▪ Pinos e placas de todos os tipos, âncoras de qualquer tipo, inclusive absorvíveis
▪ Plug ósseo	▪ Arthrocare para radiculotomia
▪ Próteses articulares/tendinosas	▪ Retângulo de Harsthill, substitutos de dura-mater
▪ Sistema de fixação	▪ Transplante de osso
▪ Válvula de derivação – todas	▪ Sistemas de fechamento de calota craniana
DEMAIS ESPECIALIDADES	
▪ Agulha de Veress	▪ Alça para ressecção endoscópica
▪ Basket ou sonda de Dórnia	▪ Cateter duplo J
▪ Cateter para extração de cálculo	▪ Cateter para nefrostomia
▪ Dilatador para cirurgia percutânea	▪ Espirais de platina descartáveis
▪ Expansores de tecido	▪ Kit catarata e lente intraocular
▪ Kit facoemulsificação	▪ Válvula de Ahmed
▪ Implante de Suzana	▪ Anel de Ferrara
▪ Kit para vitrectomia	▪ Manipulador uterino
▪ Prótese de silicone ou outras	▪ Prótese ocular
▪ Prótese para implante coclear	▪ Prótese peniana
▪ Prótese de testículo	▪ Prótese vocal pós-laringectomia
▪ Ressectoscópio	▪ Sistema de cateteres para hemodiálise
▪ Sistema de fita com agulhas para TVT	▪ Sparc
▪ Tubo molteno	

6.13 MEDICINA OCUPACIONAL

Todo faturamento deve ser encaminhado juntamente com as Notas Fiscais, separado por Assistência Médica e **Medicina do Trabalho**. Os documentos devem ser postados para as caixas postais do PASA, conforme abaixo:

Prestadores de Minas Gerais	Prestadores do Espírito Santo	Prestadores RJ, PA, MA, SP, BA, SE, MS
Caixa Postal 15079 15083 15084 15086	Caixa Postal 15079 15083 15084 15086	Caixa Postal 15079 15083 15084 15086
CEP: 20031-971	CEP: 20031-971	CEP: 20031-971
AG. Central: Marrecas	AG. Central: Marrecas	AG. Central: Marrecas

Junto com a Guia de Cobrança do faturamento devidamente assinada pelo prestador será imprescindível enviar também **a autorização da empresa, individual por empregado, assinada pelo empregado e pelo médico do trabalho**.

Estas informações também estão disponíveis no site www.planopasa.com.br, na página exclusiva dos credenciados.

7. CONECTIVIDADE

A plataforma tecnológica de conectividade utilizada pela **Vale/PASA** foi especialmente desenvolvida para que médicos, clínicas, laboratórios e hospitais possam realizar autorizações eletrônicas com a **Vale/PASA**.

As soluções desenvolvidas englobam, entre outras, a transmissão e o processamento de transações de validação do paciente, autorização de procedimentos, tratamentos e internações, além de recursos de glosas e a disponibilização *online* dos valores e extratos de crédito e pagamento.

As ferramentas permitem:

- reduzir o trânsito de papéis, chamadas telefônicas e custos operacionais;
- eliminar erros de digitação, com maior qualidade e confiabilidade nos dados, reduzindo o tempo para uma autorização.

Para poder ter acesso à plataforma de conectividade, é necessário acessar o **Portal Connectmed** (wwwt.connectmed.com.br) e efetuar o seu cadastramento inicial, mediante a assinatura de um termo de adesão específico.

O manual de utilização do portal está disponível no site www.planopasa.com.br na área restrita do credenciado.

8. COBRANÇA E PAGAMENTO

8.1 COBRANÇA

A cobrança pelos serviços prestados é realizada através do encaminhamento à **VALE/PASA** de:

- Protocolo eletrônico, emitido via WEB (wwwt.connectmed.com.br), preenchida pelo prestador credenciado, sendo um protocolo englobando guias de atendimento a beneficiários **Vale** ANS No. 34569-5 e **outro para a PASA** ANS No. 33198-8;
- uma via de cada guia correspondente aos serviços prestados no período, específicas por beneficiário/operadora, conforme Padrão TISS;

Após o envio da documentação, a VALE/PASA analisará as contas médicas, conforme regras expostas no contrato de credenciamento e neste manual.

Analisadas as contas, a VALE/PASA publicará o valor aprovado, disponível na ferramenta de pré-faturamento (www.connetmed.com.br) e conforme cronograma de pagamento, facultando ao Credenciado o recurso de valores eventualmente glosados, no prazo de 60 (sessenta) dias.

Após a publicação, o Credenciado deverá encaminhar a Nota Fiscal correspondente, no prazo divulgado no cronograma de pagamento, para o e-mail notafiscal@planopasa.com.br.

No caso de entidade dispensada da emissão de Notas Fiscais, este deverá encaminhar para o mesmo e-mail recibos contendo: nome do prestador, nº de inscrição no cadastro de contribuintes, atividade sujeita ao tributo e valores dos serviços).

O envio com incorreção e/ou fora do prazo estabelecido no cronograma inviabilizará a efetivação do pagamento.

Para o cálculo dos valores dos serviços executados, o credenciado deve considerar os valores-base negociados e descritos na tabela de serviços contratada junto à **Vale**, da **data da prestação dos serviços**.

Só serão processadas e pagas aquelas faturas de serviços e/ou internações concluídos, ou atendidos, em até 90 (noventa) dias da data do atendimento realizado.

8.2 PAGAMENTO

Os pagamentos são efetuados mediante crédito bancário, e conforme cronograma de entrega e pagamento previamente definido entre a **Vale** e o prestador credenciado, disponível no *site* da **PASA** e nos escritórios regionais.

As cobranças devem ser postadas obedecendo a um cronograma mensal único de envio e pagamento, respeitando-se sempre o cronograma disponibilizado no início de cada ano no site PASA (www.planopasa.com.br) ou através da Central de Atendimento ao Credenciado.

Caso o dia limite de entrega coincida com um final de semana ou feriado, as cobranças deverão ser entregues até o ultimo dia útil imediatamente anterior ao prazo limite.

8.3 RECURSO DE GLOSA

A sistemática de auditoria e controle da **Vale/PASA** pode eventualmente emitir “glosas” por divergência detectada entre os valores faturados frente às regras contratuais estabelecidas, podendo o Credenciado apresentar recurso.

Objetivando um adequado fluxo operacional, só serão aceitos recursos de glosas encaminhados dentro de um prazo de **60 (sessenta)** dias corridos da data de publicação dos extratos.

Os recursos apenas serão recebidos pela ferramenta recurso de glosa, disponível no site wwwt.connectmed.com.br.

Recursos apresentados fora do prazo descrito acima serão automaticamente considerados inadmitidos.

A Vale terá igual prazo de 60 (sessenta) dias para resposta ao recurso de glosa, a contar do recebimento do pedido do prestador, via ferramenta recurso de glosa.

Caberá ao Credenciado acompanhar a resposta de seu recurso, utilizando-se, para tanto, da ferramenta acima descrita.

Caso haja concordância da VALE/PASA quanto ao recurso apresentado pelo Credenciado, os valores serão acrescidos do faturamento subsequente, devendo compor a respectiva Nota Fiscal.

A **VALE/PASA** disponibiliza a todos os credenciados a informação dos pagamentos (créditos) e recolhimentos (tributos e contribuições) efetuados aos credenciados via **WEB** (wwwt.connectmed.com.br).

Em casos de dúvida, o Credenciado deverá entrar em contato com a **Central de Atendimento ao Prestador**.

O e-mail para envio de nota fiscal não é meio para encaminhamento de dúvidas ou solicitações para alterações tributárias, devendo o Credenciado sempre buscar a **Central de Atendimento ao Prestador**.

9. FORMULÁRIOS

As guias de atendimento observarão o Padrão TISS vigente, cabendo ao prestador preenche-las e encaminha-las via WEB.

Todas as guias são passíveis de download e impressão direta pelo próprio prestador credenciado a partir do site da PASA (www.planopasa.com.br).

Não serão emitidas guias em papel pela VALE/PASA.

ATENÇÃO: Todos os formulários utilizados em auditoria de qualidade e pedido de exames para registro do atendimento e cobrança são disponibilizados para uso diferenciado se paciente PASA ou AMS.