



ANS nº 345695

MANUAL DE ORIENTAÇÕES TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS PARA A **REDE ASSISTENCIAL VALE/PASA**



ANS nº 331988

1. APRESENTAÇÃO

Prezado Credenciado,

O presente **Manual** visa orientar, estabelecer critérios e normas 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 uma operadora de autogestão com diferentes programas de assistência médica, odontológica, farmacológica e hospitalar, denominados **AMS - Assistência Médica Supletiva**, instituído pela **Vale – ANS No. 34569-5**, e **Plano PASA, PASA Plus, Brasil, Carioca, Mineiro, Capixaba, Brasileirinho**, instituídos pela própria **PASA ANS No. 33198-8**.

A Autogestão é o modelo em que a própria organização administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados ou associados – nas categorias de ativos, aposentados e pensionistas – e de seus dependentes. O objetivo é proteger e promover a saúde dos beneficiários, com recursos e serviços credenciados, mediante contratos.

Informações adicionais poderão ser obtidas preferencialmente junto à Central de Atendimento ao Prestador, exclusiva para a **Vale/PASA**, ou ainda junto aos escritórios da **PASA** com endereços disponíveis no site planopasa.com.br.

Informações e orientações aos credenciados que realizam assistência odontológica e farmacêutica serão encontradas em Manuais específicos.

Considerando as mudanças contínuas necessárias para a gestão assistencial de saúde, este manual, disponível no site planopasa.com.br, é atualizado rotineiramente e deverá ser sempre objeto de consulta.

CENTRAL DE ATENDIMENTO AO PRESTADOR:

DISQUE 4004.0183 - Capitais / Disque 0800.722.0183 - Demais Localidades

Webphone (serviço de ligação online) – acesse pelo link: <https://wwwt.connectmed.com.br>

A Central tem a finalidade de atender o Credenciado nos seguintes serviços:

- Orientação sobre atendimento, preenchimento de formulários;
- Orientação sobre codificação de procedimentos;
- Esclarecimentos sobre pagamentos ao Credenciado;
- Esclarecimentos e informações sobre Recurso de Glosa;
- Informações cadastrais do Credenciado;
- Registro de reclamações do Credenciado;
- Informações de cobertura e padrões assistenciais de determinado beneficiário e/ou plano (produto).

2. 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 das Diretrizes de Utilização - DUT**, a seus beneficiários. A cobertura das despesas relacionadas a um acompanhante será o total daquilo que for oferecido pelo prestador de serviço (hospital) considerando refeições e taxas básicas (indispensáveis) relacionadas à permanência do mesmo na unidade de internação.

Os planos regulamentados **PASA Plus, 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**. A cobertura das despesas relacionadas a um acompanhante será o total daquilo que for oferecido pelo prestador de serviço (hospital) considerando refeições e taxas básicas (indispensáveis) relacionadas à permanência do mesmo na unidade de internação. Os acompanhantes são para: crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir de 60 anos de idade e portadores de necessidades especiais.

O **Plano PASA, não regulamentado** (anterior a Lei 9656) contempla **atendimento médico ambulatorial e hospitalar, sem obstetrícia**, a seus beneficiários, **excetuando-se os procedimentos abaixo listados:**

- a) parto normal e parto cesário;
- b) tratamento psiquiátrico e de dependência química, quer consulta, quer internação;
- c) internação geriátrica (**casas de repouso ou similares**);
- e) hemodiálise;
- g) próteses de qualquer natureza, exceto stent coronariano, lente intraocular e prótese mamária para reconstrução cirúrgica pós cirurgia oncológica local;
- h) fonoaudiologia;
- i) cirurgia plástica, exceto para queimados, politraumatizados e em casos de reconstituição de mama após mastectomia;
- j) tratamentos especializados a excepcionais;
- l) UTI/Neo-Natal;
- m) tratamento dentário de qualquer natureza;
- n) fornecimento de medicamentos, exceto em regime de internação e quando cobrado pela instituição;
- o) próteses auditivas;
- p) tratamentos clínicos ou cirúrgicos condenados ou não recomendados pela ética médica;
- q) tratamento em estâncias hidrominerais de repouso ou de recuperação física ou psiquiátrica;
- r) acupuntura, quando não executada por médico;
- s) "check-up" médico em regime de internação;
- t) massagens, duchas, saunas e outras atividades de finalidade estética;
- u) quaisquer exames ou tratamento sem indicação médica especializada;
- v) vacinas de qualquer natureza;
- x) 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.

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

3. REDE ASSISTENCIAL

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).

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

Os prestadores contratados 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. 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 especialidade, localidade e procedimentos para os quais foi credenciado e 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.

É vedado ao prestador efetuar qualquer cobrança diretamente aos BENEFICIÁRIOS, com exceção procedimentos ou serviços que não fazem parte da cobertura contratual desde que sejam expressamente requeridos e consentidos pelo beneficiário ou responsável. O descumprimento desta norma estará sujeito à 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 de seus prepostos e corpo clínico, empregados ou não, possuindo o dever de garantir a manutenção dos serviços e a assistência médica/hospitalar contratada.

Quando o credenciado estiver participando de projetos e programas específicos na **VALE/PASA**, deverá enviar periodicamente as informações e/ou documentações acordadas entre as partes.

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 estipulados pela ANS:

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

4. 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 aos 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.

5. ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO

5.1 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 eletrônico (aplicativo de celular e tablet), ou físico (impresso em folha de papel colorido ou preto e branco) acompanhado de um documento de identidade do beneficiário. O credenciado deverá, ainda, fazer a validação do beneficiário através do site www.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, 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 obstetrícia.

Modelos de carteirinhas AMS nas versões colorida e PB



Modelos de carteirinhas PASA nas versões colorida e PB



Matricula: _____

DN: |

Titular: _____

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

PASA



Matricula: _____

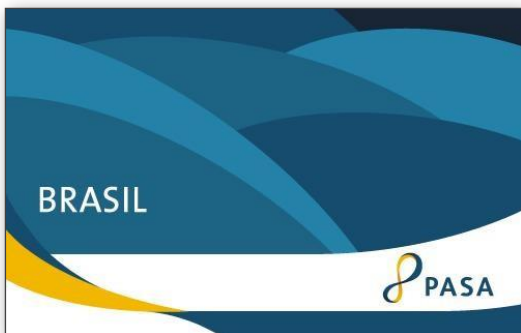
DN: |

Titular: _____

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

PASA

PASA BRASIL



Matricula: _____

DN: |

Titular: _____

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

PASA



Matricula: _____

DN: |

Titular: _____

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

PASA

5.2 Guia de Procedimentos e Serviços

As guias devem obrigatoriamente ser preenchidas de forma física e 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.

Conforme determinação da ANS, os campos sombreados em cinza são de preenchimento opcional, porém para atendimento de normas internas da operadora Vale e PASA, os seguintes campos serão obrigatórios: assinatura do beneficiário ou responsável, assinatura do credenciado, número de conselho profissional legível, profissional executante, CBO e CID-10.

Os campos de preenchimento obrigatório serão exigidos na tentativa do envio eletrônico, onde o sistema realizará pré análise das informações inseridas, relacionando as inconsistências apresentadas antes da conclusão do envio do arquivo. As críticas impeditivas serão sinalizadas a partir de mensagem de erro, inviabilizando a conclusão do processo.

O manual sobre as regras TISS exigidas pela ANS está disponível no site <https://wwwt.connectmed.com.br>

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^o 34569-5** ou da **PASA ANS N^o 33198-8**, sendo o encaminhamento de contas (guias ou faturas) também feito de forma separada, conforme a seguir disposto neste **Manual**.

5.3 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA (OBTENÇÃO DE SENHA)

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

1. Consultas médicas ou de perícia.
2. Exames clínicos de laboratório (patologia clínica), exceto para exames de investigação de infecção pelo Zika Vírus e os de citogenética e genética molecular;
3. Medicina nuclear in vitro (Capítulo de Medicina Laboratorial, grupo Endocrinologia Laboratorial);
4. Radiologia convencional/simples (não associada a outros procedimentos ou ao uso de contraste);

Atenção:

Mesmo que o procedimento não necessite de senha, é necessária a validação do beneficiário conforme descrito no item 5.1.

Os procedimentos acima descritos estão sujeitos à autorização prévia conforme definição da operadora, portanto é recomendado que sempre haja consulta dessa necessidade no site <http://www.connectmed.com.br/> antes do atendimento. Para os procedimentos cirúrgicos ou de diagnose ambulatorial, a senha deve ser solicitada identificando os honorários e procedimentos associados.

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, **medicamentos de alto custo** (ver lista disponível na área do prestador do site PASA), remoções, fonoaudioterapia, fisioterapia, acupuntura, terapia ocupacional, 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 www.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 contato com a Central de Atendimento ao Credenciado com pelo menos 24h 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.

Para procedimento cirúrgico **eletivo** o credenciado deverá apresentar:

- Pedido médico em guia padrão TISS, contendo nome e CRM do profissional de forma legível e devidamente datada e assinada;
- Laudo de exame que justifique a realização do procedimento,
- Lista de Órteses, próteses ou materiais especiais necessários ao procedimento acompanhada da indicação de pelo menos 03 marcas de produtos de fabricantes diferentes, conforme resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.956/10;
- Nos casos de não utilização de OPME, esta deverá ser especificada pelo médico assistente na guia TISS.

As solicitações recebidas sem a documentação necessária à análise, serão automaticamente CANCELADAS. Caso necessário, uma nova solicitação deve ser enviada.

As solicitações eletivas de internações ou procedimentos, serão analisadas de segunda-feira à sexta-feira entre 07:30 e 19:30h.

As solicitações de senhas para os exames e procedimentos ambulatoriais eletivos devem ser realizadas obrigatoriamente com até 48 horas de antecedência, para avaliação da Regulação médica. Esta ação visa dar conforto e agilidade ao atendimento para os nossos beneficiários e parceiros.

Nas solicitações das senhas deverão estar sempre anexados os documentos obrigatórios para possibilitar a análise da auditoria e deverão ser solicitados ao beneficiário no momento do agendamento (presencial ou por telefone utilizando-se dos canais de comunicação disponíveis no prestador, como e-mail e whatsapp), tais como:

- **Pedido médico datado, carimbado e assinado**
- **Indicação médica para o(s) procedimento(s)**
- **Laudos de exames e imagens relacionados ao pedido**

Os atendimentos de urgência deverão observar o item 5.6

5.4 AUDITORIA PRÉVIA

Poderão ser requisitadas auditorias prévias **para quaisquer procedimentos**, a critério da **VALE/PASA**, junto ao pedido de autorização prévia. A avaliação da necessidade de auditoria presencial ou documental será definida após o pedido registrado na Connectmed com o envio de todos os documentos exigidos. A Central será responsável por marcar as auditorias presenciais, sempre que necessário.

Nos casos de solicitação de senha prévia de procedimentos que venham a ser sujeitos à auditoria presencial ou documental, a senha de autorização ficará pendente até que a auditoria seja realizada.

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, sendo também disponibilizada a consulta da senha pelo credenciado junto ao autorizador no *site* **www.connectmed.com.br**, ou ainda, por ligação à **Central de Atendimento ao Credenciado**.

5.5 CONSULTAS

As consultas médicas realizadas em consultórios, ambulatórios ou prontos-socorros sempre deverão ser cobradas eletronicamente via **WEB (www.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.

Ao final de cada guia existem campos específicos para assinatura do beneficiário, ou responsável, bem como para assinatura do credenciado ou médico responsável.

IMPORTANTE: Consultas caracterizadas como retorno, tais como aqueles referentes à apresentação de exames, fechamento de diagnóstico (VER DEFINIÇÃO DA RESOLUÇÃO 1958 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), independentemente do tempo, não serão pagas pela Vale/**PASA**. Operacionalmente, as consultas realizadas com intervalo menor que 15 dias são entendidas como “consultas de 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 beneficiário, a data de retorno de consulta em prazo superior a **15** dias.

5.6 ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA

A PASA reitera aos credenciados que os atendimentos de urgência e emergência não estão sujeitos à autorização prévia. Contudo, se faz necessário a avaliação da elegibilidade e registro da ocorrência.

A PASA ratifica que o descrito no Manual da Rede Assistencial cumpre o disposto em regulamentação da Lei nº 9.656/98; Resolução CONSU nº 8, art. 2º) e Resolução Normativa nº 395 quanto à não regulação nos atendimentos de urgência e/ou emergência.

Dessa forma, o Credenciado não deverá aguardar qualquer tipo de autorização. O procedimento deverá ocorrer de imediato, visto que qualquer atraso caracteriza obstrução ao pronto atendimento e descumprimento da legislação vigente, inclusive pelo Credenciado, que tem o dever ético de não se omitir e prestar assistência de urgência e emergência.

Contudo, após realização do procedimento emergencial, o Credenciado deverá informar a ocorrência à PASA. A comunicação objetiva regularizar o atendimento prestado, gerar senha dos procedimentos realizados e inclusive, apresentar justificativa para o uso de Órteses, Próteses ou Materiais Especiais implantáveis (OPME). Esta comunicação de atendimento prestado deverá ocorrer em até 72 horas subsequente ao atendimento.

Salientamos que a cobertura para atendimento urgência e/ou emergência são para os procedimentos previstos na cobertura dos planos, descritos no item 2 deste manual.

Os atendimentos de urgência ou emergência só podem ser realizados por prestadores credenciados para este fim, devendo ser também faturados via **WEB TISS**. Para o processamento da conta relacionada ao atendimento de emergência, todos os procedimentos realizados, inclusive laboratoriais, deverão ser enviados com a senha gerada para o atendimento realizado (relacionada ao procedimento principal). Caso neste tipo de atendimento seja necessário o concurso de outro prestador credenciado, e o mesmo opte por enviar a fatura separadamente, o envio também deverá ter o mesmo padrão, com a necessidade de senha do atendimento prestado.

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).

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

5.7 SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

Para a realização e cobrança de serviços complementares, além do registro da autorização prévia, quando necessária, há necessidade da apresentação de solicitação médica/odontológica com justificativa e validade de 30 dias, 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 **5.3**) ou auditoria prévia, deverá ser feita mediante o uso de ferramenta **WEB (www.connectmed.com.br)**.

Os prestadores de serviços credenciados para SADT devem sempre registrar nas Guias TISS, em campo próprio, o número de conselho regional de classe do profissional solicitante, em compatibilidade ao pedido em anexo.

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

5.8 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 credenciados nas especialidades poderão proceder a cobranças de tratamentos de fisioterapia e acupuntura.

5.9 FONOAUDIOLOGIA

O benefício **AMS e os Planos PASA Plus, Brasil, Brasileirinho, Carioca, Capixaba e Mineiro** possuem cobertura de fonoaudiologia de acordo com a Diretriz de Utilização vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A cobertura em fonoaudiologia nos Planos **PASA** é limitada a casos de **AVC** e **AVE** após autorização prévia.

Para qualquer tratamento, só é permitida no máximo uma sessão diária de fonoaudiologia. As cobranças de múltiplas sessões, em planos onde há cobertura, devem ser faturadas em guias únicas, registrando-se a data de cada sessão tanto na GUIA TISS física quanto na GUIA TISS eletrônica

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.

5.10 PSICOLOGIA

A psicoterapia está coberta para atendimento em consultório ou em regime de internação de acordo com as Diretrizes de utilização da ANS, 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.
- Em regime de internação, deverá ser apresentada a requisição do médico assistente com a devida justificativa técnica.

É permitida, no máximo, **01 sessão diária** de tratamento psicoterápico, sendo que sua interrupção deverá ser comunicada, pelo profissional credenciado, à **VALE/PASA**, através da Central do Prestador. As cobranças de múltiplas sessões, em planos onde há cobertura, devem ser faturadas em guias únicas, registrando-se a data de cada sessão tanto na GUIA TISS física quanto na GUIA TISS eletrônica.

5.11 ESCLEROTERAPIA

A escleroterapia para fins estéticos não é coberta. Na PASA o procedimento é coberto em todos os planos e benefícios com necessidade de senha.

A sessão de escleroterapia tem a seguinte definição:

- ✓ A duração de uma consulta (30 a 50 minutos). Neste intervalo é possível a abordagem bilateral dos membros inferiores.
- ✓ Há que se justificar a cobrança de uma sessão para a execução de menos de 3 aplicações por membro (reação local, tolerância a dor etc.).
- ✓ Serão permitidas, sob justificativa e considerando os fatores acima referidos, no máximo 2 sessões por dia.
- ✓ O intervalo mínimo de 7 dias entre os procedimentos.

As cobranças de múltiplas sessões, em planos onde há cobertura, devem ser faturadas em guias únicas, registrando-se a data de cada sessão tanto na GUIA TISS física quanto na GUIA TISS eletrônica.

5.12 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.

5.13 REMOÇÕES

A **VALE/PASA** contempla o atendimento em remoções inter-hospitalares por ambulância, desde que o

CRENCIADO 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), enviando guia TISS SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT), junto com a autorização (senha), boletim de atendimento e relatório médico.

5.14 INTERNAÇÕES

Para a realização de **internações ELETIVAS, clínicas ou cirúrgicas, 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. O formulário deverá ser preenchido pelo médico assistente (ou médico da equipe responsável pela assistência) do paciente.

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.

O médico cirurgião/clínico que for credenciado junto a VALE e desejar realizar a cobrança de seus honorários, deverá solicitar, junto ao hospital, o número da senha e informá-lo no **Formulário TISS de Honorário Individual**.

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, antibioticoterapia de última geração, dentre outras.
- Medicamentos imunobiológicos, osteometabólicos, imunoglobulina humana e demais medicamentos de alto custo (em comparação aos medicamentos utilizados na rotina hospitalar).

As prorrogações devem ser comunicadas à **PASA** mediante o envio da **Guia TISS** via **WEB** (wwwt.connectmed.com.br) e formulário próprio disponível no *site* www.planopasa.com.br.

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

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

Na ausência de auditoria externa PASA, caberá ao Prestador enviar toda documentação comprobatória para análise da pertinência clínica de procedimentos que se fizerem necessários à avaliação pela Auditoria Médica, tais como: guias, faturas, diagnóstico e história clínica, Relatório Médico contemplando o diagnóstico, os procedimentos realizados e materiais especiais, órteses e próteses, durante a internação (incluindo medicamentos de alto custo, hemoderivados, sessões de hemodiálise previamente autorizadas, dietas enterais, NPT e curativos de alto custo), prescrição médica, descrição de cirurgia (se houver), boletim

de anestesia (se houver), prescrição e evolução dos demais membros da equipe multidisciplinar (se houver), pareceres de especialidades médicas e exames complementares.

Todos os procedimentos, medicamentos e materiais utilizados na terapêutica do paciente serão validados pela auditoria desde que haja justificativa técnica para a sua utilização e conforme acordo contratual.

Definimos como justificativa técnica, toda justificativa clínica, detalhada e pormenorizada, constando: Hipótese diagnóstica com sinais e sintomas (e demais dados clínicos) que o justifiquem.

Não serão aceitas guias preenchidas incorretamente ou com ausência de preenchimento de campos definidos como obrigatórios pela ANS e/ou com rasuras.

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.

Todos os procedimentos e itens de cobrança, envolvendo, além de honorários, as diárias, taxas, materiais e medicamentos, devem ser discriminados individualmente (item a item) na interface eletrônica (Guia de Resumo de Internação), utilizando as codificações e descrições previstas contratualmente com o credenciado

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

As órteses, as próteses e os materiais especializado de alto custo, conforme os descritos e correlatos da tabela abaixo, 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.

Para solicitações complementares de OPME, descrever somente o material que ainda não foi autorizado juntamente com relatório médico justificando a utilização do material extra, lacres e folha de sala da cirurgia.

Para a cobrança de OPME, o credenciado deverá enviar guia TISS Guia de Resumo de Internação ou SADT, junto com a autorização (senha), etiquetas e lacres do produto, além de laudo médico detalhado e da cópia da folha de sala de cirurgia.

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	▪ Trocateres 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 endopiças 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	

5.15. ATENDIMENTO ESPECIALIZADO: **MEDICINA OCUPACIONAL**

Para o atendimento relacionado à Medicina Ocupacional, o beneficiário deverá apresentar a guia AMT – Autorização Medicina do Trabalho (original ou cópia) assinada pelo próprio e pelo médico ou equipe de enfermagem do trabalho. Na Guia AMT constará o código e a descrição do procedimento autorizado para realização.

Lembramos que de posse da guia AMT não deverá ser solicitado o cartão de identificação do plano, evitando assim cobrança indevida de coparticipação para o empregado.

O faturamento de atendimentos relacionados à Medicina Ocupacional deve ser feito mediante Guia TISS Serviços Auxiliares de Diagnóstico ou Terapia (SADT), informando a senha de autorização fornecida na Guia AMT mesmo para os procedimentos isentos de senha prévia (descritos em 5.3) tanto na guia física quanto na guia eletrônica.

Acidente de Trabalho: Buscando otimizar o atendimento dos empregados Vale S/A vítima de acidentes e outros agravos ocupacionais, foram criados os códigos específicos para atendimento no âmbito hospitalar abaixo:

Na guia AMT haverá o seguinte Código	Descrição	Forma de enquadramento	Observação importante
81990081	Atendimento de urgência médica - MT	Utilizado para atendimento emergencial associado exclusivamente ao agravo ocupacional.	Válido por 12 horas, mesmo conceito do Atendimento de Urgência do beneficiário AMS. Todas as despesas ocorridas serão faturadas na mesma senha/guia AMT. Caso haja indicação de internação clínica ou cirúrgica, será necessário fazer solicitação na Central do Prestador informando os códigos descritos (80022286 e 80013015) abaixo em até 72h.
80022286	Internação clínica - MT	Utilizado para qualquer internação clínica necessária para o diagnóstico/tratamento associado exclusivamente ao agravo (e/ou sequela) ocupacional	Deverá ser realizado contato com a Central para inclusão dos procedimentos indicados e documentações para liberação dos mesmos. Caso haja inclusão de procedimento cirúrgico o prestador de serviço deverá entrar em contato com a Central informando o código de internação cirúrgica abaixo com justificativa.
80013015	Internação cirúrgica - MT	Utilizado para qualquer internação necessária para o tratamento cirúrgico de um agravo (e/ou sequela) ocupacional	Deverá ser realizado contato com a Central para inclusão dos procedimentos indicados e documentações para liberação dos mesmos.

6. Tecnologia em Saúde

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, Tecnologia em Saúde é a “aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”. O termo “Tecnologia em Saúde” abrange, então, um conjunto de aparatos com o objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas, incluindo:

- medicamentos
- dispositivos médicos
- procedimentos
- sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados à saúde são oferecidos
- triagem diagnóstica

Para a análise de incorporação de tecnologia em saúde, o prestador deverá preencher o “FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE INCORPORAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA”, disponível na área do prestador no site <http://www.planopasa.com.br>. O formulário deverá ser direcionado à Auditoria de procedimentos médicos e hospitalares in loco contratada pela PASA/Vale presente na instituição. Estabelecimentos de saúde em que a PASA/Vale ainda não pratica Auditoria in loco, deverão enviar o formulário para a Gerência Regional da sua localidade.

Não serão incorporadas tecnologias de caráter experimental. Somente serão analisadas as tecnologias com a comprovação e evidência de:

- capacidade instalada para sua utilização (infra-estrutura, equipamentos, etc);
- qualificação técnica e experiência do profissional (quando a tecnologia for um procedimento);
- registro ou liberação do Ministério da Saúde / ANVISA.

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 <http://www.planopasa.com.br/> na área restrita do credenciado.

8. COBRANÇA E PAGAMENTO

8.1 COBRANÇA

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

- Protocolo eletrônico impresso, emitido via WEB (<https://wwwt.connectmed.com.br>), 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, específica por beneficiário/operadora, conforme Padrão TISS.
- O máximo permitido em um protocolo são 100 guias.

As faturas deverão ser apresentadas à PASA nas datas previstas, conforme Cronograma de Entrega de Faturas, disponível no site PASA (www.planopasa.com.br) ou pela Central de Atendimento ao Credenciado.

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

Prestadores Odontológicos	Prestadores Consultas, Tratamento Seriados, Exames Laboratoriais e de Imagem	Hospitais	Demais prestadores
Caixa Postal 15079	Caixa Postal 15083	Caixa Postal 15084	Caixa Postal 15086
CEP: 20031-971 AG. Central: Marrecas			

Após o envio da documentação, a VALE/PASA analisará as contas médicas, conforme regras contratuais, protocolos terapêuticos registrados na ANVISA e nas Sociedades Médicas, Código de Ética dos profissionais de saúde e neste manual.

Analisadas as contas, a VALE/PASA publicará o valor aprovado, disponível na ferramenta de pré-faturamento (<https://wwwt.connetmed.com.br/>), conforme cronograma de pagamento, facultando-se 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, esta 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.

O processo de faturamento da Guia AMT seguirá o mesmo padrão da Guia TISS.

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**, na **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 último 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, caso tenha justificativa para tal.

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.

Não serão aceitos recursos de divergências técnicas de contas auditadas “in loco”.

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 TISS estão disponíveis para impressão no site da PASA (www.planopasa.com.br).

Não serão fornecidas guias físicas pela VALE/PASA, exceto AMT.

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