



Manual do Credenciado da Segmentação Médico-Hospitalar

Guia de Orientações Técnicas e Administrativas

CAPESESP

ANS nº 324477

atualizado em Outubro/2013

APRESENTAÇÃO

A **CAPESESP** - Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde - é uma operadora de planos de saúde, na modalidade de autogestão, especializada em planos de pré-pagamento para servidores públicos e seus dependentes até o 3º grau de parentesco.

De acordo com dados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) do ano de 2011, divulgado pela ANS, a CAPESESP está entre as operadoras de planos de saúde pertencentes ao segundo melhor patamar de desempenho (0,60 a 0,79). O IDSS é calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência. Esses indicadores são reunidos em quatro dimensões: Atenção à Saúde, Econômico-financeira, Estrutura e Operação, e Satisfação do Beneficiário. Cada uma dessas dimensões possui um peso na formação da pontuação final da operadora, sendo 50% para Atenção à Saúde, 30% para Econômico-financeira, 10% para Estrutura e Operação e 10% para Satisfação do Beneficiário. Dessa forma, ao final da avaliação, a operadora recebe uma nota que pode se encaixar em uma das seguintes faixas de notas de avaliação: 0,00 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,80 a 1,00, sendo que a faixa de 0,80 a 1,00 indica melhor desempenho. Somente são avaliadas as operadoras com registro ativo na ANS.

Os diversos planos da CAPESESP são diferenciados conforme modalidades assistenciais, padrões de rede de prestadores de serviços, de acomodação em internação e de cobertura assistencial.

Neste **MANUAL**, que é parte integrante do contrato de prestação de serviços firmado entre a CAPESESP e o estabelecimento credenciado, são apresentadas informações gerais sobre o Plano e um conjunto de normas e procedimentos a serem adotados, servindo como guia no que se refere aos aspectos operacionais da relação entre a **CAPESESP** e a **REDE CREDENCIADA**.

Periodicamente, de acordo com a necessidade, poderão ser emitidos comunicados e circulares de caráter substitutivo ou complementar, que serão considerados parte integrante deste **MANUAL**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a Gerência Regional do seu Estado ou ligue para a nossa **ÁREA DE LIBERAÇÃO DE SENHAS (ALS)**.

Central de Liberação de Senhas (Autorizações)

Disque 0800 979 6191

Chat através do site

De segunda a sexta, das 7h às 19h

Conectividade (Autorização e Envio de Contas Eletrônicas)

www.capesesp.com.br

Visite o nosso site: www.capesesp.com.br

ÍNDICE

Identificação dos Beneficiários	4
Eventos não cobertos.....	6
Rede Credenciada.....	7
Senhas (autorizações prévias).....	8
Perícias Médicas.....	11
Informações Gerais.....	11
Consultas Médicas.....	12
Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT).....	14
Atendimento de Urgência/Emergência.....	15
Fisioterapia e Acupuntura.....	16
Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição.....	16
Hemoterapia.....	16
Quimioterapia e Radioterapia.....	17
Internação de Urgência e Emergência.....	19
Internação Eletiva.....	23
Órteses, Próteses e Materiais Cirúrgicos Especiais de Alto Custo – OPME.....	24
Remoção.....	33
Faturamento e Cobrança.....	33
Pagamento.....	35
Observações Importantes.....	36
Guias e Outros Formulários Utilizados.....	37

NORMAS E PROCEDIMENTOS

I – IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

A identificação dos beneficiários e sua elegibilidade para o atendimento são determinadas, obrigatoriamente, pela apresentação do Cartão de Identificação do Plano – conforme modelos a seguir – acompanhado de um documento de identidade do beneficiário. Conforme detalhado mais adiante, o credenciado poderá adicionalmente validar a elegibilidade do beneficiário por meio de consulta ao *site* www.capesesp.com.br

IMPORTANTE

Os cartões de Identificação do Plano sempre apresentam a **logomarca da CAPESESP na frente do documento**. A logomarca foi remodelada para aquela constante no início deste Manual e no *site*, sendo que a maior parte dos Cartões de Identificação ainda apresenta a logomarca antiga, conforme modelos abaixo, que estão sendo substituídos no momento das renovações cadastrais.

Os Cartões de Identificação do Plano apresentam todos os dados necessários para a verificação da rede permitida, plano e demais informações necessárias para o preenchimento das guias de cobrança pelo credenciado, conforme abaixo:

- nome do beneficiário;
- matrícula do beneficiário;
- tipo de acomodação a que o beneficiário tem direito;
- data de nascimento do beneficiário;
- data de vínculo do beneficiário ao plano;
- nome do plano;
- registro definitivo da CAPESESP como operadora de planos de saúde junto à ANS.

Os pagamentos referentes a atendimentos indevidos, a usuários inelegíveis ou em cumprimento de prazos de carência, não serão efetivados pela CAPESESP, salvo nos casos em que o beneficiário esteja de posse de autorização especial da CAPESESP.

É de responsabilidade do credenciado a checagem da identificação e documento de identidade, bem como a verificação da modalidade e do plano ao qual o beneficiário está vinculado.

A elegibilidade do beneficiário poderá também ser obtida no *site* da CAPESESP.

www.capesesp.com.br

É obrigatório, mediante o disposto pela ANS, o preenchimento do número de registro da operadora, junto à ANS, do plano de saúde do beneficiário, em campo específico nas guias de atendimento.

O credenciado deverá verificar se no contrato de prestação de serviços firmado com a CAPESESP há previsão de atendimento ao plano de saúde ao qual o beneficiário está inscrito.

**Titulares e Dependentes Naturais
dos Planos de Abrangência Geográfica Nacional**



**Dependentes Agregados
dos Planos de Abrangência Geográfica Nacional**



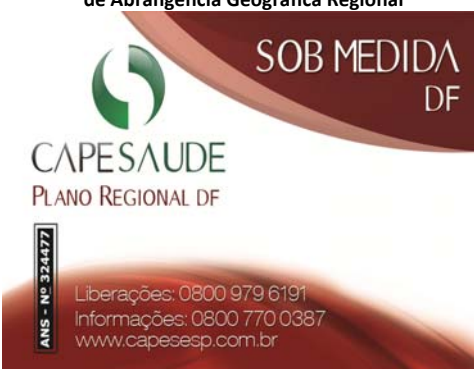
**Titulares e Dependentes Naturais
dos Planos “Sob Medida Norte – Centro-Oeste,
Enfermaria e Apartamento”,
de Abrangência Geográfica Regional**



**Titulares e Dependentes Naturais
dos Planos “Sob Medida Nordeste,
Enfermaria e Apartamento”,
de Abrangência Geográfica Regional**



**Titulares e Dependentes Naturais
dos Planos “Sob Medida Distrito Federal,
Enfermaria e Apartamento”,
de Abrangência Geográfica Regional**



**Titulares e Dependentes Naturais
dos Planos “Sob Medida Sudeste I (Espírito Santo e
Minas Gerais), Enfermaria e Apartamento”,
de Abrangência Geográfica Regional**



**Titulares e Dependentes Naturais
dos Planos “Sob Medida Sudeste II (Rio de Janeiro e São
Paulo), Enfermaria e Apartamento”,
de Abrangência Geográfica
Regional**



**Titulares e Dependentes Naturais
dos Planos “Sob Medida Sul,
Enfermaria e Apartamento”,
de Abrangência Geográfica Regional**



II – EVENTOS NÃO COBERTOS

Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Regulamento e os provenientes de:

- 1) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 2) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, independente da existência de indicação médica;
- 3) cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 4) inseminação artificial, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 5) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- 6) tratamentos em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 7) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 8) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 9) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 10) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- 11) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 12) procedimentos médico-hospitalares decorrentes de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 13) procedimentos odontológicos, com exceção dos eventos buco-maxilares e aqueles que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- 14) os tipos de remoção não previstos no regulamento do plano de saúde do beneficiário, disponível no site www.capesesp.com.br;
- 15) despesas extraordinárias quando da internação, responsável, não revistas no regulamento do plano de saúde do beneficiário, disponível no site www.capesesp.com.br, tais como refrigerantes, cigarros, revistas, telefonemas interurbanos, lavagem de roupas, dentre outras, não relacionados ao tratamento, que devem ser cobradas diretamente ao paciente;
- 16) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do BENEFICIÁRIO, salvo nas situações previstas no regulamento do plano de saúde do beneficiário, disponível no site www.capesesp.com.br, ou seja, para menores de 18 anos, maiores de 60 anos, parturientes/gestantes e portadores de necessidades especiais;
- 17) enfermagem em caráter particular seja em âmbito hospitalar ou domiciliar;
- 18) terapias alternativas em saúde, bem como outras não previstas no Regulamento;

- 19) transplantes, exceto os de córnea, rins e de medula óssea. Nos planos de abrangência geográfica nacional, há cobertura também para coração, fígado, pulmão, para titulares e dependentes naturais;
- 20) despesas médico-hospitalares referentes à exames periódicos;
- 21) despesas médicas, laboratoriais e hospitalares, de qualquer natureza, realizadas antes do cumprimento das carências e/ou da efetivação da inscrição no Plano;
- 22) despesas médicas, laboratoriais e hospitalares, de qualquer natureza, efetuadas em prestadores de serviços localizados fora dos limites de abrangência de cobertura geográfica do plano;
- 23) procedimentos diagnósticos e terapêuticos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas atualizações;
- 24) procedimentos médico-hospitalares realizados fora da rede credenciada, sendo admitido Reembolso na forma e situações previstas no regulamento do plano de saúde do beneficiário, disponível no site www.capesesp.com.br;
- 25) aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- 26) necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 27) aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 28) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 29) consulta, tratamento ou outro procedimento concernentes a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 30) procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CAPESESP sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- 31) atendimentos prestados antes do início da vigência ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições previstas no regulamento do plano de saúde do beneficiário, disponível no site www.capesesp.com.br;
- 32) estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- 33) cirurgia para mudança de sexo;
- 34) avaliação pedagógica;
- 35) orientações vocacionais;
- 36) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.
- 37) qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência.

III – REDE CREDENCIADA

Efetuada o credenciamento, o prestador é cadastrado na CAPESESP, sendo o código de identificação cadastral junto aos Planos, seu CPF ou CNPJ.

Os prestadores conveniados são incluídos em uma lista de credenciados que contém os seus dados profissionais [nome, endereço(s), telefone(s) e especialidade(s)] e que é disponibilizada aos beneficiários. A fim de manter atualizadas as informações cadastrais, para correta identificação dos prestadores, é necessário que os credenciados informem qualquer alteração ocorrida nas condições de atendimento.

O credenciado somente poderá atender dentro da(s) especialidade(s), procedimento(s) e o(s) plano(s) para o(s) qual(is) foi cadastrado.

Os prestadores credenciados como “Pessoa Jurídica” somente poderão atender com os serviços acordados contratualmente.

Serviços não constantes das tabelas acordadas devem, obrigatoriamente, constar de acordo ou autorização, sem os quais a CAPESESP não se responsabilizará pelo pagamento.

IV – SENHAS/ AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

As senhas para realização de exames e atendimentos de emergência devem ser solicitadas preferencialmente pelo Credenciado ou pelo Médico Assistente, através da **ÁREA DE LIBERAÇÃO DE SENHAS (ALS)**, por meio do telefone **0800-9796191**, para exames, tratamentos seriados, pequenos procedimentos e internações clínicas ou cirúrgicas de emergência.

Para solicitação de **Cirurgias Eletivas**, deverá ser encaminhado ao respectivo escritório regional ou local da CAPESESP, através de *e-mail informado nas últimas páginas deste manual*, o pedido do Médico Assistente por meio da Guia TISS, devidamente preenchida e o(s) laudo(s) de exame(s) comprobatório(s), conforme abaixo:

A CAPESESP vem definindo protocolos de documentos e exames necessários de serem enviados junto com a solicitação da Cirurgia Eletiva visando agilizar a análise. O credenciado deverá acessar estes protocolos através do Portal da CAPESESP, na área exclusiva do credenciado.

As senhas de autorização devem ser obtidas pelo próprio médico credenciado, junto ao atendimento do paciente. No processo, o próprio médico ou a secretária, através da Central de Atendimento e Regulação Especializada, antes da liberação do paciente, permitindo que quaisquer dúvidas sejam sanadas entre a equipe de regulação médica da CAPESESP e o credenciado, sendo a senha registrada no próprio pedido médico a ser fornecido ao paciente.

Para a solicitação de senha serão necessários os seguintes dados:

Número da matrícula do beneficiário; idade ou data de nascimento do paciente; CPF do médico solicitante; evento(s) solicitado(s) com o(s) respectivo(s) código(s) da TUSS; quadro clínico que justifique a realização do evento solicitado e nome ou CNPJ ou CPF do credenciado responsável pela realização do procedimento. E, no caso de internação, é necessária também a quantidade de diárias.

Conforme determinação da ANS, a CAPESESP utiliza códigos e nomenclaturas de procedimentos da TUSS, tanto nas autorizações (senha) prévias quanto no faturamento das contas médicas.

Procedimentos que Necessitam de Autorização (Senha) Prévia

<u>Diagnóstico por Imagem</u> • Angiografia: todos os tipos (arteriografia, aortografia, flebografia, linfografia, hemangiografia etc.); pneumoencefalografia; ventriculografia e cisternografia • Exames em Neuro-Radiologia (arteriografia cerebral, angiografias de carótidas etc.); • Doppler; • Ecocardiografias; • Medicina Nuclear <i>in vivo</i> (cintilografias); • Estudo hemodinâmico (cateterismo cardíaco de todos os tipos). Estudos e exames dinâmicos (Urodinâmica); • Tomografia computadorizada; • Ressonância Nuclear Magnética • Pet Scan <u>Escopias Diagnósticas e Cirúrgicas</u> • Todas as “escopias” diagnósticas e cirúrgicas, envolvendo também a vídeo-endoscopia: endoscopia digestiva alta, colonoscopia, laringo e broncoscopia, peniscopia, histeroscopia, laparoscopia, artroscopia etc.	<u>Hemoterapia</u> Transfusões de sangue e hemoderivados. <u>Neurofisiologia</u> • Mapeamento cerebral de todos os tipos; • Polissonografia e Potencial Evocado; • Demais procedimentos em Neurofisiologia Clínica. <u>Oftalmologia</u> • Paquimetria; • Cirurgia Refrativa; <u>Urologia</u> • Urodinâmica. <u>Outros</u> • Bioimpedância; • Biópsias e Punções.	<u>Terapias</u> • Acupuntura; • Fisioterapia; • Fonoaudiologia; • Terapia ocupacional; • Nutrição; • Litotripsia: todos os tipos • Escleroterapia de membros; • Quimioterapia, radioterapia ou braquiterapia; • Câmara hiperbárica; • Diálise peritoneal e hemodiálise; • Psicoterapia de crise. <u>Procedimentos em Imagem</u> • Duplex scan; • Radiologia Intervencionista; • Hemodinâmica cirúrgica (angioplastia e outros); • Radiocirurgia estereotáxica. <u>Cardiologia</u> • Ecocardiograma;
<u>Demais Procedimentos e Situações que Necessitam de Autorização Prévia</u> • Exames/Terapias ou quaisquer procedimentos ambulatoriais realizados com anestesia ou que envolvam auxiliares; • Uso de materiais especiais de alto custo (OPME), em regime ambulatorial ou em internação; • Procedimentos Médicos não constantes no Rol de procedimentos da ANS; • Novos procedimentos não previstos contratualmente; • Internações (inclusive <i>Day hospital</i>, psiquiátricas, dependência química e <i>home care</i>), prorrogações, uso de quimioterápicos e materiais especiais; • Remoções eletivas e de urgência/emergência (estas últimas com comunicação a <i>posteriori</i>).		

Na área reservada aos credenciados na página da CAPESESP na internet (www.capesesp.com.br), encontra-se a listagem completa e atualizada dos procedimentos que exigem senha prévia, inclusive com os códigos correspondentes.

OBS.: É imprescindível que o médico assistente informe a indicação clínica de forma legível, em receituário próprio ou nas guias TISS do **CAPESAÚDE**.

A validade de cada senha é de 60 (sessenta) dias, contados a partir da sua emissão. Os procedimentos realizados após o vencimento deste prazo serão glosados.

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

Os credenciados à CAPESESP podem ter acesso aos pré-requisitos exigidos para autorização de procedimentos, acessando o site www.capesesp.com.br, na área de serviços do

Processo de Solicitação de Autorização para Realização de Serviço

O credenciado, antes de solicitar a autorização, deve verificar no *site* da CAPESESP se existem pré-requisitos atrelados ao evento. Quando estiver com a documentação completa, deve enviá-la para o escritório regional de sua Unidade da Federação.

Para atendimentos de urgência/emergência, o prestador tem até 48 (quarenta e oito) horas após a realização do atendimento para solicitar a autorização e enviar os documentos necessários. Nos casos em que o credenciado não enviar esta documentação, o pagamento será glosado.

As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) requerem autorização específica concomitante com a solicitação de procedimento. A documentação enviada é tecnicamente avaliada pela Auditoria Médica da CAPESESP e posteriormente é encaminhada para a área de Compras. São necessários até 5 (cinco) dias úteis para avaliação, cotação, compra e fornecimento da OPME.

O material solicitado deverá estar codificado com base a tabela referencial acordada (SIMPRO ou BRASÍNDICE). Caso o material não conste na tabela acordada, o credenciado deverá acessar o site da CAPESESP, para verificar o código que deverá ser usado. Com o fim da Consulta Pública nº 43, por meio da qual a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aceitou sugestões para o Padrão TISS no período de 07/06 a 05/08/2011, a adoção obrigatória da TUSS de materiais e OPME é iminente. A partir da data, a ser instituída por meio de Resolução Normativa (RN), na qual o uso da mencionada edição da TUSS será obrigatório, os códigos e nomenclaturas de materiais que passarão a ser utilizados, serão os definidos pela ANS e não mais os do SIMPRO e/ou BRASÍNDICE.

Caso o credenciado não apresente a documentação estabelecida no pré-requisito, a solicitação será devolvida para complementação.

V – PERÍCIAS MÉDICAS

Poderão ser requisitadas perícias prévias para quaisquer procedimentos, a critério da CAPESESP, junto ao pedido de autorização prévia, especialmente nos casos de:

- cirurgias plásticas reparadoras;
- procedimentos dermatológicos;
- cirurgias ortopédicas, neurológicas, cardíacas ou vasculares com requisição de OPME;
- cirurgias bucomaxilofaciais;
- cirurgias para tratamento da obesidade mórbida;
- cirurgias de varizes de membros inferiores.

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

Nos casos de requisição de procedimentos que venham a ser sujeitos à perícia, a senha de autorização será sempre emitida posteriormente por meio de *fax*, *e-mail*, ou contato telefônico, após a realização da perícia, existindo ainda a possibilidade da consulta por meio do site www.capesesp.com.br.

VI - INFORMAÇÕES GERAIS

As guias da CAPESESP seguem o padrão TISS estabelecido pela ANS, apresentam logomarca própria da CAPESESP e não possuem numeração sequencial, o que permite o *download* do modelo e a impressão direta pelo credenciado, de quantas guias forem necessárias para envio das cobranças de atendimentos.

O preenchimento do campo com o código da 10ª edição da “CID – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS” é desejável em todas as guias e obrigatório nas Guias de Resumo de Internação, Solicitação de Internação e Guia de Honorários Individuais. É também obrigatória, a transcrição, em campos próprios na guia, do CRM do médico assistente, bem como a identificação deste médico junto à sua assinatura em local próprio. Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cinza são os únicos de preenchimento facultativo. Entretanto, existem campos cujo preenchimento é de extrema importância para correta análise das cobranças por parte da CAPESESP:

- ✓ campo CBOS para consultas médicas cobradas na “Guia de Consulta” ou na “Guia de SP/SADT”;
- ✓ campos de valores unitários e totais.

As guias devem ser encaminhadas em uma única via para cobrança, cabendo ao credenciado manter, ao seu critério, cópia da guia ou comprovação do atendimento para suporte em casos de eventual extravio e/ou auditoria. Ao realizar o faturamento em papel (guias impressas), continua obrigatório o capeamento das contas mediante o formulário “Capa de Processo” que pode ser obtido no *site* da CAPESESP, na opção “Protocolo de Entrega das guias TISS”, e depois, no rodapé da tela seguinte, por meio do link “Gerar Capa de Processo (Sem XML)”.

Como obter a Capa de Processo no site da CAPESESP

The screenshot shows the CAPESESP website interface. At the top, there's a header with 'Portal de conteúdo' and 'Atendimento Virtual'. Below this is the CAPESESP logo and the title 'Atendimento virtual ao credenciado CAPESESP'. A navigation bar includes dropdown menus for 'Médico-hospitalar', 'Odontologia', 'TISS', and 'Outros'. A welcome message reads: 'Bom dia! Bem-vindo ao atendimento virtual para o credenciado CAPESESP. Relacionamos aqui todos os serviços que possuímos para melhor atender nossos credenciados. Em que podemos ajudá-lo?'. Below this is a search bar with the placeholder 'Selecione um item ou digite o que precisa' and an 'Acessar' button. The main content area is divided into three columns: 'Médico-Hospitalar', 'Odontológica', and 'TISS'. The 'Odontológica' column is highlighted with an orange arrow pointing to it from the right. The 'Médico-Hospitalar' column lists: Consulta Autorização Prévia, Consulta Beneficiário Ativo, Extrato de Faturamento Consolidado, Extrato de Faturamento, Cronograma de Pagamentos, Formulários e Declarações, Comprovante Anual de Rendimentos e Retenções de Impostos, Manual do Credenciado, Central de Liberação de Senhas, and Relação de Procedimentos que Exigem Senha. The 'Odontológica' column lists: Cronograma de Pagamentos, Extrato de Faturamento, Comprovante Anual de Rendimentos e Retenções de Impostos, Downloads, and Autorização de Tratamento. The 'TISS' column lists: Portal de Upload de Arquivos XML, Download do Aplicativo ApConta, Digitação on-line das guias TISS, Protocolo de entrega das guias TISS, Instruções Gerais, Manuais da ANS, Fórum: O padrão TISS e a CAPESESP, Perguntas mais Frequentes, and Coordenador TISS. There is also an 'Outros' section with 'Alteração de senha de acesso' and 'Escritórios regionais'.

VII - CONSULTAS MÉDICAS

As consultas médicas, em consultório, ambulatorios ou pronto-socorros, não estão sujeitas à autorização prévia.

Com exceção de Pediatria, as consultas médicas das demais especialidades realizadas em período inferior a 15 (quinze) dias, somente serão consideradas para fins de pagamento mediante justificativa comprovada ou descrita no campo “OBSERVAÇÃO” dos formulários, ou anexa à cobrança.

As consultas serão cobradas por meio da “GUIA DE CONSULTAS” ou ainda da “GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT” nos casos de consultas de pronto-socorro e naquelas em que outros procedimentos forem realizados adicionalmente, modelos disponíveis para *download* e impressão direta no site www.capesesp.com.br. Havendo necessidade de realização de outros procedimentos, de pequena complexidade durante a consulta, o credenciado deverá utilizar-se alternativamente do formulário “GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT”. Consultas de urgência quando realizadas em horários extraordinários devem também ser cobradas por esta Guia.

		CAPESAÚDE O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP		2 - N°000000000100	
		GUIA DE CONSULTA			
1 - Registro ANS 324477		3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____			
Dados do Beneficiário 4 - Número da Carteira ____				5 - Plano ____	
6 - Validade da Carteira ____/____/____				7 - Nome ____	
8 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____				9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	
10 - Nome do Contratado ____				11 - Código CNES ____	
12 - T.Log ____		13 - 14 - 15 - Logradouro - N° - Complemento ____		16 - Município ____	
17 - UF ____		18 - Código IBGE ____		19 - CEP ____	
20 - Nome do Profissional Executante ____		21 - Cons. Prof. ____		22 - N° do Conselho ____	
23 - UF ____		24 - Cód.CBO S ____		25 - Tipo Doença ☐ A - Aguda ☐ C - Crônica	
26 - Tempo de Doença ☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias		27 - Indicação de Acidente ☐ 0 - Ac. doença. rel. trab. ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros		28 - CID 10 Principal ____	
29 - CID (2) ____		30 - CID (3) ____		31 - CID (4) ____	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado 32 - Data do Atendimento ____/____/____					
33 - Cod.Tab. ____		34 - Código Procedimento ____			
35 - Tipo de Consulta ☐ 1 - Primeira ☐ 2 - Seguimento ☐ 3 - Pré-Natal		36 - Tipo de Saída ☐ 1 - Retorno ☐ 2 - Retorno SADT ☐ 3 - Referência ☐ 4 - Internação ☐ 5 - Alta			
37 - Observação ____ ____ ____					
38 - Data e Assinatura do Médico ____/____/____			39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____		

Em caso de necessidade de procedimento sujeito à autorização prévia, o próprio credenciado requisitante poderá solicitá-lo Área de Liberação de Senhas (ALS), no ato do atendimento, por meio do telefone 0800-9796191, registrando no pedido médico a ser entregue ao paciente a senha concedida junto ao encaminhamento ao serviço executante dos exames e/ou terapias solicitados.

Eventualmente, a solicitação de um procedimento ou serviço pode exigir análise médica mais detalhada, sendo nestes casos a autorização comunicada posteriormente pela CAPESESP, por meio de fax, e-mail, SMS ou contato telefônico, contendo a senha de autorização. Em todos os casos, a senha concedida será sempre disponibilizada ao credenciado para consulta, por meio do site www.capesesp.com.br.

VIII - SERVIÇOS PROFISSIONAIS / SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SP/SADT)

Para procedimentos complementares, deverá ser preenchida a **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT**

Frente da Guia de SP/SADT

00190 - DAP - Abr/11

		CAPESAÚDE O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP		2 - Nº 00000000400	
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT					
1 - Registro ANS 324477	3 - Número Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante					
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Cód. CNES			
16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Cód. CBOS	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)		
25 - E-letiva U- Urgência/Emergência					
25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Sol.	29 - Qt. Aut.	
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
Dados do Contratado Executante					
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T.L.	33 - 34 - 35 - Logradouro - Nº - Complemento	36 - Município	37 - UF
38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Cód. CNES			
41 - Código na Operadora / CPF do exec. compl.	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Cons. Prof.	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S
46 - Grau de participação					
Dados do Atendimento					
46 - Tipo de Atendimento		47 - Indicação de Acidente		48 - Tipo de Saída	
01 - Remoção 02 - Req. Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendi. Dom. 07 - SADT Interação 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS-Terapia Renal Subst.		0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito	
Consulta Referência					
49 - Tipo Doença	50 - Tempo de Doença				
A - Aguda C - Crônica	A - Anos M - Meses D - Dias				
Procedimentos e Exames realizados					
51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab.	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição
57 - Qt.	58 - Va	59 - Iec	60 - % Red./Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
63 - Data e Assinatura dos Procedimentos em Série					
1 -	3 -	5 -	7 -	9 -	
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -	
64 - Observação					
65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$
71 - Total Geral da Guia R\$					
89 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Resp. p/Autorização	88 - Data e Ass. Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante		

* Associado, antes de assinar, leia as informações contidas no verso.

Verso da Guia de SP/SADT

00190 - DAP - Abr/11

OPM Solicitados					
72 - Tabela	73 - Código do OPM	74 - Descrição OPM	75 - Qtde.	76 - Fabricante	77 - Valor Unitário R\$
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
OPM Utilizados					
78 - Tabela	79 - Código do OPM	80 - Descrição OPM	81 - Qtde.	82 - Código de Barras	83 - Valor Unitário R\$
84 - Valor Total R\$					
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
					85 - Total OPM R\$

* O associado ao assinar declara ter conhecimento de que só terá cobertura deste evento, se o mesmo estiver enquadrado nas condições gerais do regulamento do CAPESAÚDE e autoriza a CAPESESP a solicitar a médicos e hospitais, a qualquer tempo, todas as informações que julgar necessárias relacionadas à internação, evolução, exames e tratamento, objeto desta solicitação.

Para a cobrança de serviços complementares, além da autorização prévia eventual, **há a necessidade da apresentação de solicitação médica**, anexada à guia de cobrança.

Se o pedido médico para o(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), estiver emitido em receituário próprio ou em papel timbrado (em caso de clínica ou hospital), este deverá ser anexado à GUIA, em substituição ao preenchimento do campo “INDICAÇÃO CLÍNICA”.

Não serão aceitas, sob hipótese alguma, requisições de procedimentos em formulários pré-impressos, ou seja, aqueles onde são apenas assinalados os serviços a serem executados (semelhantes a volantes de loteria ou *check list*).
Em caso de envio desses formulários, os valores correspondentes serão glosados.

Caso sejam necessários mais campos além daqueles previstos na “Guia de SP/SADT”, para discriminar todos os procedimentos realizados, deverão ser utilizadas, anexas, quantas “Guias de Outras Despesas”, também do padrão TISS, forem necessárias.

Cobranças de procedimentos com múltiplas sessões, como inalações, psicoterapias, fonoaudioterapias, fisioterapias ou acupuntura, podem ser faturados em guias únicas, apresentando **em campos próprios da “Guia de SP/SADT”**, detalhamento de data e hora de cada sessão, bem como a assinatura individual do beneficiário.

Para os **serviços complementares de diagnose de alto custo e/ou alta frequência e as terapias**, há a necessidade de solicitação de senha prévia junto à **Área de Liberação de Senhas (ALS)**.

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 anexo.

IX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As cobranças de atendimento de urgência ou emergência só podem ser realizadas por recursos credenciados para este fim, podendo ser faturadas por meio da GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/ SADT.

Nos casos de atendimentos de urgência e emergência, conforme disposto em regulamentação própria da Lei nº 9.656/98 (Resoluções CONSU 8 e 13), embora não seja obrigatória, é facultada ao credenciado a solicitação de autorização prévia para os procedimentos necessários e executados nas primeiras horas de assistência dentro da unidade de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento. Nos casos em que o credenciado optar por não solicitar senha prévia para procedimentos listados na página 9 (nove) deste manual e realizados em caráter de urgência e emergência, a CAPESESP procederá à análise dos mesmos, baseada na documentação enviada junto com a cobrança.

X- FISIOTERAPIA E ACUPUNTURA

As sessões de fisioterapia e de acupuntura estão sujeitas à autorização prévia, mediante laudo justificativo e plano de tratamento, sendo que para suas respectivas cobranças deve ser utilizada a “GUIA DE SP/SADT”, registrando-se sempre a senha de autorização prévia do evento já obtida por telefone/fax.

A CAPESESP acata cobranças de acupuntura enviadas por médicos credenciados como Pessoa Física. Cobranças de acupuntura enviadas por credenciados como Pessoa Jurídica, somente em casos excepcionais e desde que o estabelecimento possua registro no CNES e/ou um Diretor Técnico Médico. Da mesma forma, a CAPESESP acata cobranças de fisioterapias enviadas por médicos fisiatras credenciados como Pessoa Física. Cobranças de fisioterapias enviadas por credenciados como Pessoa Jurídica, desde que o estabelecimento possua registro no CNES e/ou um Diretor Técnico Médico.

O valor estipulado da sessão de acupuntura já inclui as agulhas descartáveis, independentemente da quantidade utilizada.

XI – FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOTERAPIA E NUTRIÇÃO

Para que o tratamento seja autorizado é necessária a solicitação médica.

As solicitações de procedimentos dessa natureza deverão observar as Diretrizes de Utilização (DUT) definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e atualizadas periodicamente por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

No caso de fonoaudiologia, não são passíveis de cobertura despesas com tratamentos de impositação da voz.

A avaliação inicial e as sessões 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.

XII - HEMOTERAPIA

É necessária autorização prévia para a realização de procedimentos de Hemoterapia, sendo o pagamento condicionado à análise da auditoria médica.

Para realização de Quimioterapia, é obrigatório o preenchimento e envio da guia “SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO/RADIOTERÁPICO”, mediante envio prévio, com no mínimo cinco dias úteis, que poderá ser obtido no *site* da CAPESEP, para envio ~~por fax~~ para a Gerência Regional.

RESERVADO À CAPESEP

Gerência Regional:

Senha N.º:

[illegible]

Caixa de Previdência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde

Av. Marechal Câmara, 160 6º e 7º andares – Edifício Le Bourget – Castelo – Rio de Janeiro/RJ – 20020-080 Tel.: (021) 282 -1201 – Fax: (021) 240 -6459

Manual do Credenciado – CAPESESP – Página 17

Processo N.º

Associado/beneficiário				Idade		Matrícula/dependente			
Informações Clínicas									
Localização da doença						CID 10 - Topografia			
Comprometimento de outros órgãos (lesões secundárias)						Comprometimento de linfonodos			
() NÃO () SIM Especifique:						() SIM () NÃO () NÃO AVALIADO			
Estadiamento clínico (UICC)		CID 10- Morfologia		Diagnóstico cito ou histopatológico (anexar cópia do laudo)			Grau histopatológico		
M							() Gx () G1 () G2 () G3 () G4		
Tratamento anterior? () NÃO () SIM Especifique: () CIRURGIA - Mês/ano: ____/____/____ () QUÍMIO - Mês/ano: ____/____/____									
Obs.: Informe mês/ano do início do tratamento anterior, se for o caso () HORMÔNIO - Mês/ano: ____/____/____ () RADIO - preencher campo abaixo									
Informações sobre o tratamento radioterápico realizado anteriormente									
() Fez trat. na região _____ em período desconhecido									
() Fez trat. na região _____ em _____ sessões no período de ____/____/____ a ____/____/____									
Planejamento Terapêutico									
Intenção terapêutica: () Curativa () Palliativa () Pré-operatória () Pré-operatória+ () Combinada com QT									
Terapia: () AMBULATORIAL () HOSPITAL DIA () INTERNAÇÃO Hospital:									
Data prevista para início do tratamento RxT		1a. fase		2a. fase		3a. fase		TOTAL	
____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____			
Dose Total (cGy)									
Fracionamento diário (cGy)									
No. de dias de tratamento previsto									
No. de campos diário									
ITEM		CRITÉRIO		QUANTIDADES					
Planejamento técnico		_____ por campo ou tto.							
Simulação de tratamento		_____ por campo ou tto.							
Bloco		_____ por campo							
Máscara		_____ por tto.							
Cheque Filme		_____ por campo sem.							
Megavoltagem		No. dias X No. campos							
Utilização de técnicas radiográficas para o planejamento técnico: : () CT () RNM () RX convencional () Outras:									
Previsão de Braquiterapia? : () NÃO () SIM Especifique no. de seções:									
Importante: favor preencher todos os campos da guia. Obrigado.		Local		Data		Assinatura/Carimbo do Médico-Assistente			
RESERVADO À CAPESES									
☐ Autorizado ☐ Pendências ☐ Indeferido									
_____ Local Data Assinatura/Carimbo do Médico-Auditor									

Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde

Av. Marechal Câmara, 160 6º e 7º andares – Edifício Le Bourget – Castelo – Rio de Janeiro/RJ – 20020-080 Tel.: (021) 2282-1201 – Fax: (021) 2240-6459

XIV – INTERNAÇÃO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

Deverá ser solicitada pelo Médico Assistente, por meio da Guia de Solicitação de Internação, que poderá ser obtida no *site* da CAPESESP ou Gerência Regional, pelo hospital credenciado.

Frente da Guia de Solicitação de Internação

00191 - CLS - Abr/11

 CAPESESP		CAPESAÚDE O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP		2 - Nº 000000002000	
1 - Registro ANS 324477		3 - Data da Autorização / /		4 - Senha	
5 - Data Validade da Senha / /		6 - Data de Emissão da Guia / /			
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira / /				8 - Plano	
9 - Validade da Carteira / /					
10 - Nome				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde / / /	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF / / /				13 - Nome do Contratado	
14 - Código CNES					
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO S			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação					
20 - Código na Operadora / CNPJ / / /				21 - Nome do Prestador	
22 - Caráter da Internação ☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação ☐ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica			
24 - Regime da Internação ☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas /			
26 - Indicação Clínica / / /					
Hipóteses Diagnósticas					
27 - Tipo Doença ☐ A - Aguda ☐ C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias		29 - Indicação de Acidente ☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal / /		31 - CID 10 (2) / /		32 - CID 10 (3) / / /	
33 - CID 10 (4) / / / /					
Procedimentos Solicitados					
34 - Tabela		35 - Código do procedimento		36 - Descrição	
37 - Qtde. Solic.		38 - Qtde. Aut.			
1 -		/ /		/ /	
2 -		/ /		/ /	
3 -		/ /		/ /	
4 -		/ /		/ /	
5 -		/ /		/ /	
OPM Solicitados					
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM	
42 - Qtde.		43 - Fabricante		44 - Valor Unitário R\$	
1 -		/ /		/ / /	
2 -		/ /		/ / /	
3 -		/ /		/ / /	
4 -		/ /		/ / /	
5 -		/ /		/ / /	
Dados da Autorização					
45 - Data Provável de Admissão Hospitalar / / /		46 - Qtde. Diárias Autorizadas /		47 - Tipo de Acomodação Autorizada /	
48 - Código na Operadora / CNPJ / / /		49 - Nome do Prestador autorizado		50 - Cód. CNES	
51 - Observação / / /					
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante / / /		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável / / /		54 - Data e Assinatura do Resp. p/ Autorização / / /	

* 1. Credenciado, existem informações sobre OPM, no verso.

* 2. Associado, antes de assinar, leia as informações contidas no verso.

00191 - C.I.S. - Abr/11

* 1 - Credenciado: Leia com atenção no caso de preenchimento dos campos 39 a 44 e/ou 66 a 71:

Sendo assim, no caso de procedimentos eletivos, a solicitação deve ser enviada ao CAPESAÚDE com antecedência de pelo menos 05 dias úteis.

* 2 - Associado:

Manual do Credenciado – CAPES/ESP – Página 20

Guia de Outras Despesas

04.01.056 - DAG - abm11

 CAPESESP O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP		GUIA DE OUTRAS DESPESAS																																																																																																																																									
1 - Registro ANS 324477		2 - Número da Guia Referenciada																																																																																																																																									
3 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		4 - Nome do Contratado																																																																																																																																									
5 - Código CNES																																																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <th colspan="2">Código de Despesas Realizadas</th> <th>CD - 1-Cases Medicinal</th> <th>2-Medicamentos</th> <th>3-Materiais</th> <th>4-Taxas Diversas</th> <th>5-Diárias</th> <th>6-Angüels</th> </tr> <tr> <th>6-CD</th> <th>7-Data</th> <th>8-Hora Inicial</th> <th>9-Hora Final</th> <th>10-Tab.</th> <th>11-Código do Item</th> <th>12-Qtd.</th> <th>13-% Red/Acrésc.</th> </tr> <tr> <td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				Código de Despesas Realizadas		CD - 1-Cases Medicinal	2-Medicamentos	3-Materiais	4-Taxas Diversas	5-Diárias	6-Angüels	6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tab.	11-Código do Item	12-Qtd.	13-% Red/Acrésc.	1								2								3								4								5								6								7								8								9								10								11								12								13								14								15							
Código de Despesas Realizadas		CD - 1-Cases Medicinal	2-Medicamentos	3-Materiais	4-Taxas Diversas	5-Diárias	6-Angüels																																																																																																																																				
6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tab.	11-Código do Item	12-Qtd.	13-% Red/Acrésc.																																																																																																																																				
1																																																																																																																																											
2																																																																																																																																											
3																																																																																																																																											
4																																																																																																																																											
5																																																																																																																																											
6																																																																																																																																											
7																																																																																																																																											
8																																																																																																																																											
9																																																																																																																																											
10																																																																																																																																											
11																																																																																																																																											
12																																																																																																																																											
13																																																																																																																																											
14																																																																																																																																											
15																																																																																																																																											
14 - Valor Unitário R\$		15 - Valor Total R\$																																																																																																																																									
17 - Total Cases Medicinal R\$		18 - Total Medicamentos R\$																																																																																																																																									
19 - Total Materiais R\$		20 - Total Taxas Diversas R\$																																																																																																																																									
21 - Total Diárias R\$		22 - Total Angüels R\$																																																																																																																																									
23 - Total Geral R\$																																																																																																																																											

Estão sujeitas à autorização prévia as prorrogações dos seguintes eventos vinculados à internação:

- ✓ diárias além do período previamente liberado;
- ✓ novos procedimentos cirúrgicos;
- ✓ remoção para domicílio ou para tratamentos/exames em outro prestador;
- ✓ uso de OPME (órteses, próteses e materiais cirúrgicos especiais) e medicamentos de alto custo (Abelcet, Aclasta, Actemra, Actlyse, Agrastat, Ambisome, Amphocil, Antitrombina III, Beriplex, Cancidas, Enbrel, Fator anti-hemofílico, Forteo, Glypressin, Gonal-F, Granulokyne, Hemax, Herceptin, Humira, Imunoglobulinas, Kybernin, Mabthera, Metalise, Novoseven, Orência, Orthclone OKT-3, Pegasys, Pegintron, Pronthoplex T, Puregon Pen, Rebif, Reopro, Remicade, Saizen, Sandostatin Lar, Simdax, Thyrogen, Toxina Botulínica, Visudyne, Xigris, Zenapax e Zometa, dentre outros);
- ✓ diálises peritoneais e hemodiálises;
- ✓ quimioterapias e radioterapias;
- ✓ litotripsias extracorpóreas;
- ✓ pet scan oncológico.

As prorrogações devem ser solicitadas à CAPESESP mediante o verso da mesma “GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO”, e relatório detalhado justificando a prorrogação, que deverá ser enviada por meio do fax. A liberação das diárias excedentes estará condicionada à análise pela Divisão de Auditoria Médica.

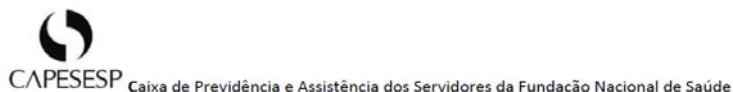
Não existe necessidade de solicitação de prorrogação de senhas para outros exames realizados no decorrer da internação, além dos listados no quadro acima.

A CAPESESP utiliza-se de códigos próprios, para utilização nas guias TISS, quando se tratam de eventos constantes no Rol de Procedimentos da ANS, mas inexistentes na TUSS. Tais códigos próprios são utilizados também nos casos de visitas médicas de pacientes em *Home Care* ou Gerenciamento de Caso de Risco, haja vista tratar-se de visitas médicas em domicílio, cobertas somente quando previstas no regulamento do plano do paciente.

XV - INTERNAÇÃO ELETIVA

Deverá ser solicitada pelo Médico Assistente por meio da Guia de Solicitação de Internação, que poderá ser obtida no *site* da CAPESESP ou na Gerência Regional. As cirurgias eletivas somente serão liberadas após o envio dos laudos dos exames complementares e relatório médico minucioso e outros documentos e imagens que estejam listados na relação de pré-requisitos para liberação de senha constante do *site* da CAPESESP, área exclusiva do credenciado.

Nos casos de internações cirúrgicas eletivas, a senha de autorização requer também o envio do Termo Geral de Consentimento Informado, assinado por: paciente, médico assistente e duas testemunhas, exceto quando o hospital já possui o próprio Termo Geral de Consentimento Informado que fica à disposição no prontuário. O modelo deste termo está disponível no *site* www.capesesp.com.br.



TERMO GERAL DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este documento trata da autorização voluntária do paciente ou do seu representante legal, pela tomada de decisão, após diálogo com o (a) médico (a), por meio do qual, ambas as partes trocaram perguntas e informações culminando com o acordo expresso do paciente na aceitação de um tratamento específico, consciente dos riscos, benefícios e possíveis consequências.

Pelo presente instrumento, que considera o artigo 59, do Código de Ética Médica, o inciso III, do artigo 6º e o inciso VI, do artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a) _____ quanto aos procedimentos a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido _____, do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento _____.

Declaro que eu fui informado (a) de forma clara de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita ao _____ (colocar o procedimento realizado), sendo que deverei efetuar todos os retornos definidos pelo (a) médico (a) bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações ou problemas que porventura possam surgir. Fico ciente também que o tratamento adotado não implica necessariamente em cura e que a evolução da doença e do tratamento a ser adotado pode obrigar o (a) médico (a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) profissional e sua equipe autorizados desde já a tomar as providências necessárias para a possível solução das intercorrências, conforme seu julgamento. Pelo presente termo, manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para a realização do procedimento acima descrito. Em caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre a minha saúde, indico como meu representante o Sr (a) _____ RG _____.

Local e data _____

Nome do paciente ou representante legal: _____
Documento de identidade: _____

Nome da primeira testemunha: _____
Documento de identidade: _____

Nome da segunda testemunha: _____
Documento de identidade: _____

Nome do médico responsável: _____
Nº de registro no Conselho Regional de Medicina: _____

Os honorários médicos de serviços prestados na internação devem ser cobrados por meio da “GUIA DE HONORÁRIOS INDIVIDUAL” para o faturamento direto. Caso o número de campos seja insuficiente, deverão ser usadas quantas guias forem necessárias.

00186 - DIAG - Abr/11



CAPESAÚDE
O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

2 - Nº 000000000300

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

1 - Registro ANS 324477		3 - Número Guia de Solitação / Senha		4 - Data de Emissão da Guia		Repetir campo 23	
Dados do Beneficiário							
5 - Número da Carteira		6 - Plano		7 - Validade da Carteira			
8 - Nome		9 - Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)							
10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				11 - Nome do Contratado		12 - Código CNEB	
Dados do Contratado Executante							
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				14 - Nome do Contratado Executante		15 - Código CNEB	
16 - Tipo de Acomodação Autorizada							
17 - Grau Prof.		18 - Nome do Profissional Executante		19 - Conselho Profissional		20 - Número no Conselho	
21 - UF		22 - Número do CPF					
Procedimentos Realizados							
23 - Data	24 - Hora Inicial	25 - Hora Final	26 - Tab.	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qt.	30 - Ma
31 - Tab.	32 - % Red./Acrésc.	33 - Valor Unitário R\$		34 - Valor Total R\$			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
						35 - Total Geral de Honorários R\$	
36 - Observação							
37 - Data/Hora e Assinatura do Prestador				38 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			

XVI – ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS CIRÚRGICOS ESPECIAIS DE ALTO CUSTO – OPME

As próteses, órteses e materiais cirúrgicos especiais de alto custo só podem ser utilizados mediante prévia e formal autorização da Central de Regulação Médica da CAPESESP, em um prazo mínimo de 5 (cinco) dias úteis, antecipadamente ao evento eletivo.

Nas situações de urgência/emergência, a comunicação de uso do material deverá ser feita até o primeiro dia útil subsequente ao evento.

O credenciado deverá requisitar autorização prévia de OPME com no mínimo 5 (cinco) dias úteis de antecedência ao evento eletivo, mediante o preenchimento do formulário padronizado que poderá ser obtido no *site* da CAPESESP para envio por fax ou e-mail ao escritório regional da respectiva Unidade Federativa.

O relatório do médico assistente deverá informar o histórico da doença, tratamentos cirúrgicos realizados e medicamentos utilizados e o objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para o uso de materiais. O pedido do material deverá conter a identificação e a assinatura do médico solicitante com os telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

Em caso de:

- a) Re-operação – deverá ser enviado relatório médico com justificativa técnica para o novo procedimento;
- b) Troca de fornecedor e/ou material – deverá ser enviado relatório do médico assistente com justificativa técnica para a troca, conforme Resolução CFM nº 1956, de 07/10/2010.

**Relação de Documentos Necessários para Avaliação
das Solicitações de Procedimentos Cirúrgicos com uso de OPME
por parte da Auditoria Médica da CAPESESP**

A – Ortopedia

I - Cirurgia de joelho, ombro, tornozelo (articulações) quando por artroscopia

1. Laudo dos exames de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

II - Cirurgias em caso de fraturas

1. Laudo do exame radiológico com as características do tipo de fratura;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

B – Neurocirurgia

I - Coluna

1. Laudo dos exames de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

II - Crânio

1. Laudo dos exames de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

III – Coluna (em caso de fratura)

1. Laudo dos exames de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

IV – Crânio (em caso de fratura)

1. Laudo dos exames de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

C – Cirurgia Vascular

I - Angioplastias periféricas e embolizações

1. Laudo das arteriografias que comprovem a(s) patologia(s) em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

D – Cirurgia Cardíaca/Hemodinâmica/Arritmologia

I - Angioplastia cardíaca com ou sem Stent

1. Laudo do cateterismo cardíaco;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

II - Cirurgia cardíaca

1. Laudo de cateterismo e/ou cintilografia, eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

III - Estudo Eletrofisiológico (EEF) com ablação

1. Traçado do eletrocardiograma com laudo;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

IV - Implante de Marcapasso / Desfibrilador / Ressincronizador

1. Laudo do Holter com traçado e/ou estudo eletrofisiológico e laudo e traçado de ECG.
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

E – Oftalmologia/Cirurgia Refrativa

1. Laudo dos exames pertinentes que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

F – Ginecologia/Mastologia/Urologia

1. Laudos dos exames pertinentes que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

G – Cirurgia Plástica Reparadora

1. Laudos dos exames pertinentes que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Registro fotográfico;
4. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

H – Procedimentos Vídeossistidos (Cirurgia Geral/Cirurgia Torácica)

1. Laudo dos exames pertinentes que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

I – Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Cirurgia Ortognática	Relatório do Cirurgião assistente constando: diagnóstico; prognóstico; breve histórico; técnica cirúrgica proposta; classificação esquelética e considerações pertinentes ao caso.	Traçados: cefalométrico e predictivo (com descrição concisa do planejamento operatório e relação dos materiais cirúrgicos).	- Tomografia volumétrica computadorizada e outras radiografias solicitadas no pré-operatório (telerradiografias frontal e perfil e panorâmica) - Laudos dos exames de imagens - Fotografias intra e extra-orais (série completa)	Relatórios técnicos: ➤ Fonoaudióloga(o); ➤ Psicóloga(o); ➤ Fisioterapeuta (o); ➤ Ortodontista (este deverá conter: diagnóstico facial, dentário e esquelético; prognóstico; breve relato do preparatório ortodôntico para cirurgia “alinhamento interarcos” e recomendação da cirurgia ortognática) Cópia do Termo Geral de Consentimento Informado assinado pelo beneficiário e ou pelo responsável legal. Deverá conter no “mínimo” para validação: - I- dados do profissional solicitante com assinatura aposta; - II- data referente à orientação e entrega do Termo Geral de Consentimento Informado ao beneficiário para análise em família ou terceiros próximos; - III- data da devolução do Termo Geral de Consentimento Informado com o aceite e “assinatura aposta” do beneficiário ou do seu responsável legal. (* item II e III - devem ser em dias diferentes) - IV- Conter os riscos previsíveis ao ato cirúrgico proposto e as considerações pertinentes ao caso.
Cirurgia de ATM	Relatório do Cirurgião assistente constando: diagnóstico; prognóstico; breve histórico; técnica cirúrgica proposta; classificação esquelética e considerações pertinentes ao caso.	-Descrição concisa do planejamento operatório e relação dos materiais cirúrgicos	- Tomografia volumétrica computadorizada de ATM e outras radiografias pertinentes ao caso. - Laudos dos exames de imagens - Ressonância Magnética (ATM boca aberta e fechada)	Relatórios técnicos: ➤ Fonoaudióloga(o); ➤ Psicóloga(o); ➤ Fisioterapeuta(o); ➤ Ortodontista (este deverá conter: Diagnóstico facial, dentário e esquelético e parecer com descrição do tratamento ortocirúrgico). Cópia do Termo Geral de Consentimento Informado assinado pelo beneficiário e ou pelo responsável legal. Deverá conter no “mínimo” para validação: - V- dados do profissional solicitante com assinatura aposta; - VI- data referente à orientação e entrega da Termo Geral de Consentimento Informado ao beneficiário para análise em família ou terceiros próximos; - VII- data da devolução da Termo Geral de Consentimento Informado com o aceite e “assinatura aposta” do beneficiário ou do seu responsável legal. (* item II e III- devem ser em dias diferentes) - VIII- Conter os riscos previsíveis ao ato cirúrgico proposto e as considerações pertinentes ao caso.

É fundamental que seja enviado pelo profissional assistente uma descritiva da proposta cirúrgica (pré-tratamento), conforme descrito abaixo:

() Maxila

- () Avanço: direito____ mm esquerdo____ mm
 () Retrusão: direito____ mm esquerdo____ mm
 () Impactação____ mm
 () Extrusão____ mm
 () Rotação: ____ mm () direita () esquerda

() Mandíbula

- () Avanço: ____ mm
 () Retrusão: ____ mm
 () Rotação: ____ mm () direita () esquerda

() Mento:

- () Avanço: ____ mm
 () Retrusão: ____ mm
 () Impactação ____ mm
 () Rotação: ____ mm () direita () esquerda

Quando o profissional assistente abrir mão de exames básicos pré-operatórios ou da colaboração de outros profissionais (multidisciplinares), ele deverá justificar por meio de relatório fundamentado (indicando sempre a referência bibliográfica). A documentação deverá ser encaminhada em envelope lacrado (“Envelope Ético”) para a Divisão de Auditoria Médica da CAPESESP.

Formulário “Autorização Especial de Procedimentos Com Uso de OPME”



AUTORIZAÇÃO ESPECIAL DE PROCEDIMENTOS COM USO DE OPME*					
Cirurgião		Estado		Matrícula / Cód. Dep.	
Hospital / Clínica		Data de Intervenção	Data Prevista Realização	No. da Sessão	
INFORMAÇÕES MÉDICAS					
Código e Descrição dos Procedimentos (AMB / QIOPME)					
Quadro Clínico / Diagnóstico Principal					
CID 10					
Informações Adicionais / Diagnósticos Secundários				Característica do procedimento: () Urgência/Emergência () Eletivo Internado () Eletivo Não Internado	
PREENCHIMENTO PELO MÉDICO-ASSISTENTE					
Item	Descrição / Especificação Técnica	Quant.	Item	Descrição / Especificação Técnica	Quant.
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		
Telefone / Fax			Outras observações		
Email					
Local e Data da Solicitação			Carimbo e Assinatura do Médico-Assistente		
Observações importantes: a) Em casos de urgência / emergência (risco iminente de vida), encaminhar este pedido no máximo 48 h após a realização do procedimento; b) No caso de procedimentos eletivos, a solicitação deve ser enviada ao CAPESESP com antecedência de pelo menos 15 dias úteis; c) Exclui-se cobertura produtos importados, salvo quando não existir similar nacional, bem como produtos não registrados ou comercializados por fornecedores não cadastrados pela ANVISA; d) Todos os produtos utilizados deverão estar descritos no boletim cirúrgico. * Órgãos, Próteses e Materiais Especiais					
USO RESERVADO À CAPESESP – PARECER DA AUDITORIA MÉDICA					
Local _____ Data _____ Assinatura/Carimbo do Médico-Auditor _____					

Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde
 Av. Marechal Câmara, 100 6º e 7º Andares - EDIFÍCIO LEONARDO - Castelo - Rio de Janeiro/RJ - CEP 20031-900 Tel.: (021) 7332-1201 - Fax: (021) 2240-4459

EXEMPLOS DE OPME

USO GERAL

- bomba de analgesia/morfina de qualquer tipo;
- clips de aneurisma, grampeadores e carga;
- 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, micro-molas, micro-partículas 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;
- *stent* de todos os tipos;
- endoprótese vascular;
- enxerto aórtico valvulado, arteriais e *Dacron*;
- gerador de desfibrilador implantável;
- guia e filtro para veia cava;
- jogo para mediadores para CIA;
- marca-passo de todos os tipos;
- micro-cateteres.

GASTROENTEROLOGIA

- agulha de esclerose;
- banda gástrica;
- catéteres 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 para nervo periférico (dor);
- *cages* de todos os tipos;
- ponteiras de radiofrequência;
- casquilhos;
- cerâmicas fosfo-cálcicas;
- cimento ortopédico;
- conector;
- conjunto de transfix;
- cross link;
- disco artificial inter-somático;
- dispositivo anti-profusão;
- espaçadores de todos os tipos;
- fios e cabos de titânio;
- fixadores externos;
- fixadores dinâmicos;
- micro-placas, micro-parafusos e telas de titânio para cirurgia de buco-maxilo-facial;
- ganchos;
- grampos absorvíveis;
- halo craniano simples ou associado;
- hastes de todos os tipos;
- *kit* para cimentação;
- parafusos e porcas de contenção;
- osso liofilizado;
- suturas de menisco;
- pinos e placas de todos os tipos;
- âncoras de qualquer tipo, inclusive absorvíveis;
- *plug* ósseo;
- *arthrocare* para radiculotomia;
- próteses articulares/tendinosas;
- retângulo de *Harsthill*;
- substitutos de dura-máter;
- sistema de fixação;
- transplante de osso;
- válvulas de derivação – todas;
- sistemas de fechamento de calota craniana.

DEMAIS ESPECIALIDADES

- agulha de veress;
- alça de ressecção endoscópica;
- *basket* ou sonda de Dormia;
- 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 intra-ocular;
- *kit* facoemulsificação;
- válvula de *Ahmed*;
- implante de Suzana.

DEMAIS ESPECIALIDADES (continuação)

- anel de Ferrara;
- *kit* para vitrectomia;
- manipulador uterino;
- prótese de silicone ou outras;
- prótese ocular.
- prótese para implante coclear;
- prótese peniana semi rígida
- prótese de testículo;
- prótese vocal pós laringectomia;
- ressectoscópio;
- sistema de cateteres para hemodiálise;
- sistema de fita com agulhas para TVT;
- sling;
- sparc;
- tubo de Molteno.

XVI - REMOÇÃO

A CAPESESP contempla o atendimento de remoção em ambulância. A cobrança deste serviço deverá ser realizada através dos formulários “GUIA SP/SADT” ou “GUIA OUTRAS DESPESAS”.

Para as remoções programadas, eventualmente contempladas, o médico responsável pelo paciente deverá solicitar autorização prévia junto à Área de Liberação de Senhas (ALS), mediante encaminhamento de relatório médico detalhado, requisito obrigatório para a liberação da senha de autorização.

Nos casos de remoção de urgência/emergência, dispensa-se a autorização prévia. Porém, para a viabilização da cobrança, os serviços credenciados deverão comunicar e relatar, logo após o evento, a realização do transporte especializado, com consequente obtenção de código para preenchimento no campo específico destinado ao registro de senha nas guias. A prática é a de sempre solicitar previamente. Se for uma remoção de urgência/emergência, o credenciado deverá contatar a Central de Liberação de Senhas (CLS). Se for uma remoção programada, o credenciado deverá solicitar a prorrogação à Gerência Regional.

XVII – FATURAMENTO E COBRANÇA

A CAPESESP oferece alternativas aos seus credenciados para o envio de suas cobranças do padrão TISS:

- *webservices*;
- *upload* de arquivos;
- portal de digitação *web, on line*;
- AP_Contas Windows (aplicativo *off line*).

No *site* da CAPESESP, na área de credenciados, constam orientações sobre as formas de envio acima citadas.

As cobranças impressas devem ser enviadas em formulários apropriados do padrão TISS, disponíveis no site da CAPESESP (www.capesesp.com.br), podendo também ser obtidos nas Gerências Regionais. A CAPESESP não acata cobranças por meio de fotocópias ou folhas de fax.

O envio das cobranças obedecerá ao cronograma previsto no Termo de Credenciamento firmado. O pagamento será efetuado por meio de depósito em conta corrente registrada no sistema informatizado da CAPESESP, informada pelo estabelecimento ou profissional conveniado.

A CAPESESP não se responsabiliza por atraso no pagamento em virtude da devolução de processos enviados de forma irregular ou ocasionada por divergências de dados bancários (CNPJ/CPF e/ou razão social/nome fantasia), de acordo com o que determina a Circular nº 3030, de 12/04/2001, do Banco Central.

As cobranças relativas às internações e tratamentos devem ser encaminhadas quando da alta do paciente. Caso a internação passe de um mês para outro, o faturamento poderá ser dividido, fechando-se uma cobrança para cada período.

Para o recebimento de **HONORÁRIOS MÉDICOS** (clínicos, cirúrgicos e pequenos atendimentos), deve ser preenchida a **GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL para cada integrante da equipe**, anexando relatório médico e/ou boletim operatório, quando necessário.

A **GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO** deve estar acompanhada de relatório em papel timbrado ou formulário contínuo identificando o nome do hospital no cabeçalho, contendo a discriminação dos materiais e medicamentos utilizados, aluguéis de equipamentos, taxas e outros. É desejável que os materiais e medicamentos sejam cobrados de maneira aglutinada, em vez de dia-a-dia.

A documentação correspondente aos serviços prestados e aos formulários TISS deverá ser encaminhada para a **CAIXA POSTAL Nº 99.990 NITERÓI – RJ CEP 24020-977**.

A nota fiscal correspondente aos serviços deverá ser encaminhada à **CAIXA POSTAL Nº 99.990 NITERÓI – RJ CEP 24050-970** ou poderão ainda ser entregues na Gerência Regional da Unidade da Federação, pelos Correios ou portador, até o dia 30 (trinta) do mês em que recebeu o crédito da CAPESESP. Caso a documentação fiscal não seja enviada à CAPESESP, haverá a suspensão de novos créditos, até que a situação fiscal seja regularizada. **Em caso de Notas Fiscais Eletrônicas, utilizar o e-mail – notafiscal@capesesp.com.br.**

Os serviços terceirizados deverão encaminhar as cobranças de cada paciente organizadas por senha e no mesmo período de entrega das despesas hospitalares.

Ao receber a cobrança, a CAPESESP avaliará individualmente os casos, podendo, em algumas ocasiões, indeferir valores divergentes (glosas) que julgar em desacordo com o tratamento e/ou procedimento a que foi submetido o paciente.

Para cálculo dos valores dos serviços executados, o credenciado deve considerar os valores negociados e descritos nos Anexos II, III, IV e V do Termo de Credenciamento da CAPESESP, vigentes na data da prestação dos serviços.

As cobranças referentes aos serviços prestados deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 60 dias, contados da realização do procedimento ou da alta hospitalar.

Recurso de Glosas

Em caso de glosa, é facultado ao credenciado o direito de recurso, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do pagamento da cobrança. Os recursos enviados após esse prazo não serão analisados.

Apresentação do Recurso

- ✓ O recurso deve ser apresentado sempre por escrito em papel timbrado da instituição ou receituário próprio (profissional autônomo), acompanhado do informativo de glosas, datado e assinado pelo credenciado, e/ou qualquer documentação complementar que não tenha sido apresentada no processo original e que julgar necessária.
- ✓ O recurso deve ser apresentado de forma individualizada, sendo um recurso para cada processo glosado.
- ✓ O recurso deve ser discriminado separadamente por senha, contendo a matrícula do associado, a discriminação do item ou procedimento recorrido, o código da glosa aplicada (opcional), a quantidade glosada, valor unitário, valor total e a contra-argumentação.
- ✓ A finalização do pedido de recurso deve conter o total dos valores recorridos, que deve ser igual ou inferior ao total das glosas do processo original.

Contra-argumentação

A contra-argumentação deve conter fundamentação técnica e/ou administrativa consistente que justifique o deferimento do item ou procedimento recorrido.

Indeferimentos e reapresentações de recursos

- ✓ Preferencialmente deverá ser emitido apenas um recurso de glosas para itens ou procedimentos indeferidos em um mesmo processo de origem, formalizado para a CAPESESP da forma acima descrita.
- ✓ A CAPESESP não acata recurso para item não cobrado ou não glosado no processo original. Em situações dessa natureza, não se trata de um recurso, mais sim de uma nova cobrança, que deverá ser encaminhada à CAPESESP conforme instruções contidas neste manual.
- ✓ A CAPESESP não acata pedidos de recurso de glosas enviados pelos credenciados por meio de mensagens eletrônicas (*e-mail*).
- ✓ A CAPESESP não acata pedidos de recurso mediante contra-argumentações inconsistentes, tais como: “discordância da glosa efetuada”, “solicitação de re-análise”, dentre outras.

XVIII - PAGAMENTO

Os pagamentos são efetuados mediante crédito bancário em conta-corrente indicada pelo credenciado.

O cronograma anual de pagamento fica disponível no *site* da CAPESESP.

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

Os credenciados podem obter os extratos de pagamento e os informativos de glosas por meio da página da CAPESESP na internet, cujo endereço é www.capesesp.com.br.

ENVIO DE FATURAMENTO ELETRÔNICO

www.capesesp.com.br

Credenciamento > Atendimento Virtual > TISS

**ENVIO DE DOCUMENTOS FÍSICOS RELACIONADOS A COBRANÇAS
MEDICO-HOSPITALARES (CORREIO)**

CAPESESP, CAIXA POSTAL Nº 99.990, NITERÓI/RJ, CEP: 24.020-977

XIII - OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

O número de seu CPF ou CNPJ deverá sempre constar nas cobranças e guias de autorizações.

O número de matrícula do associado (nove dígitos), bem como o código do dependente (dois dígitos), além da data da realização do evento são informações indispensáveis para viabilização do pagamento.

É imprescindível o preenchimento de todos os campos constantes das guias.

Nas solicitações de cirurgia eletiva, é desejável que sejam informados na Guia de Solicitação de Internação, o telefone e o *e-mail* de contato do Médico Assistente, caso seja necessário obter maiores esclarecimentos e/ou dirimir eventuais dúvidas.

As especialidades e serviços oferecidos pelo credenciado, assim como dados de endereço e telefones deverão ser atualizados sempre que ocorrerem alterações, por meio de contato com as Gerências Regionais.

Quando da solicitação da senha para internação, é imprescindível saber do atendente do CAPESAÚDE, o tipo de acomodação que o paciente tem direito. A utilização de acomodação diferente da prevista pelo Plano deve ser custeada pelo associado.

A validade da senha de autorização é de 60 (sessenta) dias, contados a partir de sua emissão.

XIV – GUIAS E OUTROS FORMULÁRIOS UTILIZADOS

Todos os formulários e guias TISS podem ser impressos diretamente pelo credenciado, após efetuar o *download* dos mesmos no *site* da CAPESESP. Além das guias padronizadas TISS, a CAPESESP adota ainda alguns formulários complementares:

- ✓ **Autorização Especial de Tratamento Quimioterápico;**
- ✓ **Autorização Especial de Tratamento Radioterápico;**
- ✓ **Autorização Especial de Procedimentos com Uso de OPME;**
- ✓ **Solicitação de Uso de Stent Farmacológico;**
- ✓ **Autorização Especial de Cirurgia Refrativa;**

- ✓ **Autorização Especial de Tratamento Cirúrgico da Obesidade;**
- ✓ **Declaração de Manifestação de Vontade para Esterilização Cirúrgica por Laqueadura Tubária;**
- ✓ **Declaração de Manifestação de Vontade para Esterilização Cirúrgica por Vasectomia;**
- ✓ **Declaração de Manifestação de Vontade para Implante de Dispositivo Intra-Uterino;**
- ✓ **Proposta para Incorporação de Novas Tecnologias;**
- ✓ **Autorização Especial Tratamento Ocular Quimioterápico com Anti-angiogênico – Tratamento Inicial;**
- ✓ **Autorização Especial Tratamento Ocular Quimioterápico com Anti-angiogênico – Manutenção**

CAPA DE LOTE

As guias padronizadas TISS da CAPESESP apresentam logomarca própria da CAPESESP e não possuem numeração sequencial, permitindo o *download* do modelo e impressão, diretamente pelo credenciado, de quantas guias forem necessárias para envio do faturamento.

GUIA DE CONSULTA

Utilização única e exclusiva para consultas eletivas realizadas em consultórios médicos ou de outras especialidades paramédicas. Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cinza são os únicos de preenchimento facultativo. Entretanto, existem campos cujo preenchimento é de extrema importância para correta análise das cobranças por parte da CAPESESP, como o campo CBOS para consultas médicas.

 CAPESAÚDE O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP		04.01.029 - DAP - abr/11 2 - Nº=0000000000100
GUIA DE CONSULTA		
1 - Registro ANS 324477		3 - Data de Emissão da Guia __/__/__ __/__/__ __/__/__
Dados do Beneficiário 4 - Número da Carteira __		5 - Plano __
7 - Nome __		6 - Validade da Carteira __
8 - Número do Cartão Nacional de Saúde __		6 - Validade da Carteira __
Dados do Contratado 9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF __		
10 - Nome do Contratado __		11 - Código CNEB __
12 - Log 13 - 14 - 15 - Logradouro - Nº - Complemento __		16 - Município __
17 - UF __		18 - Código IBGE __
19 - CEP __		20 - Nome do Profissional Executante __
21 - Cons. Prof. __		22 - Nº do Conselho __
23 - UF __		24 - COD CBO __
Hipóteses Diagnósticas 25 - Tipo Doença A - Aguda C - Crônica 26 - Tempo de Doença __ A - Anos M - Meses D - Dias		
27 - Indicação de Acidente 0 - Ac. doença, rel. trab. 1 - Trânsito 2 - Outros 28 - CID 10 Principal 		

GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT

Utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos tais como remoção, pequenas cirurgias, consultas, exames, atendimentos domiciliares, quimioterapia, radioterapia ou terapia renal.

Os campos hachurados são para uso exclusivo da CAPES/ESP.

A cobrança de consultas médicas hospitalares (código TUSS 1.01.01.03-9) deverá ser preenchida neste formulário apenas por credenciados habilitados a realizar consultas de urgência e/ou emergência. Caso haja utilização de materiais e medicamentos, os mesmos deverão ser cobrados nesta mesma guia. Materiais, medicamentos, aluguéis e taxas utilizados deverão ser discriminados nos campos apropriados, no verso do formulário, inclusive OPME.

É obrigatório o envio de requisição médica, de próprio punho, para os serviços realizados, juntamente com a guia.

Deverá ser utilizado um formulário para cada evento que necessite de liberação de senha de autorização. Nos casos de procedimentos que não necessitam de senha, podem ser solicitados até três em um mesmo formulário.

Os campos hachurados são para uso exclusivo da CAPESESP.

A CAPESESP não se utiliza do envio de fax da guia de SP/SADT para solicitação de exames, terapias ou procedimentos. A autorização prévia de exames ou terapias deverá ser sempre solicitada por telefone à Área de Liberação de Senhas (ALS)

Frete da Guia de SP/SADT

00190 - DAP - Abr/11


CAPESAÚDE
 O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

2 - Nº 000000000400

CAPESESP GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

1 - Registro ANS 324477		3 - Número Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira				9 - Plano		10 - Validade da Carteira		11 - Nome		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante											
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				14 - Nome do Contratado		15 - Cód. ONES					
16 - Nome do Profissional Solicitante				17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho		19 - UF		20 - Cód. CBOS	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caracter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)					
		E - Eletiva U - Urgência/Emergência									
25 - Tabela		26 - Código do procedimento		27 - Descrição				28 - Qt. Sol.		29 - Qt. Aut.	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
Dados do Contratado Executante											
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - T. L.		33 - 34 - 35 - Logradouro - Nº - Complemento		36 - Município		37 - UF	
										38 - Cód. IBGE	
										39 - CEP	
										40 - Cód. ONES	
40a - Código na Operadora / CPF do exec. compl.		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Cons. Prof.		43 - Número no Conselho		44 - UF		45 - Código CBO S	
										45a - Grau de participação	
Dados do Atendimento											
46 - Tipo de Atendimento		47 - Indicação de Acidente		48 - Tipo de Saída							
01 - Retorno 02 - Req. Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atend. Dom. 07 - SADT Internação 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS-Terapia Renal Subst.		0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros		1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito							
Consulta Referência											
49 - Tipo Doença		50 - Tempo de Doença									
A - Aguda C - Crônica		A - Anos M - Meses D - Dias									
Procedimentos e Exames realizados											
51 - Data		52 - Hora Inicial		53 - Hora Final		54 - Tab. 55 - Código do Procedimento		56 - Descrição		57 - Qt.	
										58 - Via 59 - Tec.	
										60 - % Red./Acrésc.	
										61 - Valor Unitário - R\$	
										62 - Valor Total - R\$	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
63 - Data e Assinatura dos Procedimentos em Série											
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -			
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -			
64 - Observação											
65 - Total Procedimentos R\$											
66 - Total Taxas e Aluguéis R\$											
67 - Total Materiais R\$											
68 - Total Medicamentos R\$											
69 - Total Diárias R\$											
70 - Total Gases Medicinais R\$											
71 - Total Geral da Guia R\$											
86 - Data e Assinatura do Solicitante				87 - Data e Assinatura do Resp. p/ Autorização				88 - Data e Ass. Beneficiário ou Responsável			
								89 - Data e Assinatura do Prestador Executante			

* Associado, antes de assinar, leia as informações contidas no verso.

Verso da Guia de SP/SADT

00190 - DAP - Abr/11

OPM Solicitados					
72 - Tabela	73 - Código do OPM	74 - Descrição OPM	75 - Qtde.	76 - Fabricante	77 - Valor Unitário R\$
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					

OPM Utilizados						
78 - Tabela	79 - Código do OPM	80 - Descrição OPM	81 - Qtde.	82 - Código de Barras	83 - Valor Unitário R\$	84 - Valor Total R\$
1 -						
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
6 -						
7 -						
8 -						
9 -						

85 - Total OPM R\$					
--------------------	--	--	--	--	--

* O associado ao assinar declara ter conhecimento de que só terá cobertura deste evento, se o mesmo estiver enquadrado nas condições gerais do regulamento do CAPESAÚDE e autoriza a CAPESESP a solicitar a médicos e hospitais, a qualquer tempo, todas as informações que julgar necessárias relacionadas à internação, evolução, exames e tratamento, objeto desta solicitação.

Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cor cinza são os únicos cujo preenchimento por parte do prestador de serviços é optativo ou não obrigatório.

GUIA RESUMO DE INTERNAÇÃO

Deve ser usada para finalização do faturamento da internação, podendo ser utilizada para os diversos tipos de atendimentos (internações clínicas, cirúrgica, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica) e diferentes regimes de internação (hospitalar, hospital-dia e domiciliar).

Caso o hospital fature conjuntamente às despesas hospitalares os honorários da equipe médica, este deverá utilizar-se da guia RESUMO DE INTERNAÇÃO. Nesta, nos campos 45 (de 1 a 5 na frente, e, de 6 a 15 no verso) deverão ser indicados os procedimentos realizados, registrando nos campos 57 a referência do procedimento citado no campo 45 (1 a 16) a função cirúrgica do profissional próprio no campo 58, sua identificação (CPF) no campo 59 e demais dados pessoais como nome, CRM, dentre outros, nos campos 60 a 64 (frente e verso).

ATENÇÃO: caso o profissional fature diretamente seus honorários, estes deverão ser encaminhados por meio da Guia de Honorário Individual, utilizando-se cada profissional de uma guia individualizada.

Frente da Guia de Resumo de Internação

00187 - DAG - Abr/11

 CAPESESP O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP		2 - Nº 000000000200	
1 - Registro ANS 324477		3 - Número da Guia de Solicitação	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira		10 - Validade da Carteira	
11 - Nome		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Executante			
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		14 - Nome do Contratado	
15 - Código CNES		16 - Y Log	
17 - 18 - 19 - Logradouro - Nº - Complemento		20 - Município	
21 - UF		22 - Código IBGE	
23 - CEP		24 - Caráter da Internação	
25 - Tp. Ac. Aut.		26 - Data/Hora da Internação	
27 - Data/Hora Saída da Internação		28 - Tipo de Internação	
29 - Regime da Internação		30 - Internação Obstétrica (selecione mais de 1, se necessário, com um X)	
31 - Se Óbito em Mulher		32 - Se Óbito Neonatal	
33 - Nº Decl. Nasc. Vivos		34 - Ql. Nasc. Vivos a Termo	
35 - Ql. Nasc. Mortos		36 - Ql. Nasc. Vivos Prem.	
Dados da Saída da Internação			
37 - CID 10 Principal		38 - CID 10 (2)	
39 - CID 10 (3)		40 - CID 10 (4)	
41 - Indicação de Acidente		42 - Motivo Saída	
43 - CID Óbito		44 - Número da Declaração de Óbito	
Procedimentos e Exames Realizados (continua no verso)			
45 - Data		46 - Hora Inicial	
47 - Hora Final		48 - Tab.	
49 - Código do Procedimento		50 - Descrição	
51 - Qt.		52 - Vls.	
53 - %		54 - % Red./Acrésc.	
55 - Valor Unitário - R\$		56 - Valor Total - R\$	
Identificação da Equipe (continua no verso)			
57 - Su. Ref.		58 - Ql. Ppt.	
59 - Código na Operadora/CPF		60 - Nome do Profissional	
61 - Cons. Prof.		62 - Nº Cons.	
63 - UF		64 - CPF	
73 - Tipo Faturamento R\$			
74 - Total Procedimentos R\$		75 - Total Diárias R\$	
76 - Total Taxas e Aluguéis R\$		77 - Total Materiais R\$	
78 - Total Medicamentos R\$		79 - Total Gases Médicos R\$	
80 - Total Geral R\$		81 - Data e Assinatura do Contratado	
82 - Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora		83 - Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora	

Verso da Guia de Resumo de Internação

00187 - DAG - Abr/11

Procedimentos e Exames Realizados (continuação)	
45 - Data	
46 - Hora Inicial	
47 - Hora Final	
48 - Tab.	
49 - Código do Procedimento	
50 - Descrição	
51 - Qt.	
52 - Vls.	
53 - %	
54 - % Red./Acrésc.	
55 - Valor Unitário - R\$	
56 - Valor Total - R\$	
Identificação da Equipe (continuação)	
57 - Su. Ref.	
58 - Ql. Ppt.	
59 - Código na Operadora/CPF	
60 - Nome do Profissional	
61 - Cons. Prof.	
62 - Nº Cons.	
63 - UF	
64 - CPF	
OPM Solicitados	
65 - Tab.	
66 - Código do OPM	
67 - Descrição OPM	
68 - Ql.	
69 - Código de Barras	
70 - Valor Unitário	
71 - Valor Total	
72 - Total Geral	
81 - Observação	

Este formulário deverá ser encaminhado à CAPESESP/Gerência Regional para as solicitações de internação ou prorrogação, juntamente com as justificativas médicas e laudos dos exames complementares, via fax ou e-mail. Os campos hachurados são de uso exclusivo da CAPESESP.

Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cor cinza são os únicos cujo preenchimento por parte do prestador de serviços é optativo ou não obrigatório.

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

00188 - DAG - Abr/11

CAPESAÚDE
O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2 - Nº 00000000300

1 - Registro ANS 324477 3 - Número Guia de Solicitação / Senha 4 - Data de Emissão da Guia Repetir campo 23

Dados do Beneficiário

5 - Número da Carteira 6 - Plano 7 - Validade da Carteira

8 - Nome 9 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 11 - Nome do Contratado 12 - Código CNES

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 14 - Nome do Contratado Executante 15 - Código CNES 16 - Tipo de Acomodação Autorizada

17 - Grau Prof. 18 - Nome do Profissional Executante 19 - Conselho Profissional 20 - Número no Conselho 21 - UF 22 - Número do CPF

Procedimentos Realizados

23 - Data	24 - Hora Inicial	25 - Hora Final	26 - Tab.	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qt.	30 - Val.	31 - It.	32 - % Red./Acresc.	33 - Valor Unitário R\$	34 - Valor Total R\$
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

35 - Total Geral de Honorários R\$

36 - Observação

37 - Data/Hora e Assinatura do Prestador 38 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cor cinza são os únicos cujo preenchimento por parte do prestador de serviços é optativo ou não obrigatório.

PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Este formulário destina-se à solicitação de prorrogações de internações. Depois de preenchido, deverá ser enviado à CAPESESP/Gerência Regional, via e-mail, fax, SEDEX ou portador, para análise da Divisão de Auditoria Médica do CAPESAÚDE. Os campos hachurados são de uso exclusivo da **CAPESESP**.

00191 - CLS - Abr/11

Prorrogações

55 - Data 56 - Senha 57 - Responsável pela Autorização

58 - Tipo Acomod. 59 - Acomodação 60 - Onde Autorizada

61 - Tabela 62 - Código do procedimento 63 - Descrição 64 - Qt. Sol. 65 - Qt. Aut.

66 - Tabela 67 - Código do CPM 68 - Descrição CPM 69 - Onde 70 - Fabricante 71 - Valor Unitário R\$

Prorrogações

55 - Data 56 - Senha 57 - Responsável pela Autorização

58 - Tipo Acomod. 59 - Acomodação 60 - Onde Autorizada

61 - Tabela 62 - Código do procedimento 63 - Descrição 64 - Qt. Sol. 65 - Qt. Aut.

66 - Tabela 67 - Código do CPM 68 - Descrição CPM 69 - Onde 70 - Fabricante 71 - Valor Unitário R\$

Prorrogações

55 - Data 56 - Senha 57 - Responsável pela Autorização

58 - Tipo Acomod. 59 - Acomodação 60 - Onde Autorizada

61 - Tabela 62 - Código do procedimento 63 - Descrição 64 - Qt. Sol. 65 - Qt. Aut.

66 - Tabela 67 - Código do CPM 68 - Descrição CPM 69 - Onde 70 - Fabricante 71 - Valor Unitário R\$

* 1 - Credenciado: Leia com atenção no caso de preenchimento dos campos 39 a 44 e/ou 66 a 71.

Independente da autorização técnica do(s) procedimento(s) analisado(s) pela nossa Auditoria Médica, nos casos de necessidade de utilização de material cirúrgico especial e/ou prótese (CPM), será iniciado, a partir da data de emissão desta senha, processo de negociação deste(s) produto(s) junto ao prestador de serviços. For se tratar de rotina administrativa e técnica que, de acordo com o nível de complexidade, demandará algum tempo, somente marque a data da internação após certificar-se de que todo o processo foi concluído. Agradecemos sua compreensão.

Sendo assim, no caso de procedimentos eletivos, a solicitação deve ser enviada ao CAPESAÚDE com antecedência de pelo menos 05 dias úteis.

Informamos que a cobertura de CPM está limitada aos produtos de fabricação nacional, em conformidade com a Tabela de Compatibilidade Procedimento x CPM do Ministério da Saúde. Caso fique comprovada existência de similar nacional, poderão ser excluídos de cobertura produtos importados, bem como produtos não registrados ou aqueles comercializados por fornecedores não cadastrados pela ANVISA. Todos os produtos utilizados deverão estar descritos no boletim cirúrgico.

* 2 - Associado:

Após assinar esta guia, o associado beneficiário ou responsável legal declara ter conhecimento de que só terá cobertura deste evento, se o mesmo estiver enquadrado nas condições gerais do Regulamento do CAPESAÚDE, autorizando a CAPESESP solicitar a médicos e hospitais, a qualquer tempo, todas as informações que julgar necessárias relacionadas à internação, evolução, exames e tratamento, objeto desta solicitação. Recomendamos, ainda, a leitura das observações acima, no caso de utilização de órtese, prótese e materiais especiais (CPM).

GUIA DE OUTRAS DESPESAS

Este formulário deve ser encaminhado com a **GUIA DE SP/SADT** ou com a **GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO**, por meio de uma única **CAPA DE PROCESSO**.

04.01.066 - DIAG - 30/11

CAPESESP

CAPESAÚDE

O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

GUIA DE OUTRAS DESPESAS

1 - Registro ANS 324477	2 - Número da Guia Referenciada
-----------------------------------	---------------------------------

Dados do Contratado/Prestador

3 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

4 - Nome do Contratado

5 - Código CNEC

6-CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10-Tab.	11 - Código do Item	12-Cidr.	13 - % Red.Acrésc.	14 - Valor Unitário R\$	15-Valor Total R\$
1									
	16 - Descrição								
2									
	16 - Descrição								
3									
	16 - Descrição								
4									
	16 - Descrição								
5									
	16 - Descrição								
6									
	16 - Descrição								
7									
	16 - Descrição								
8									
	16 - Descrição								
9									
	16 - Descrição								
10									
	16 - Descrição								
11									
	16 - Descrição								
12									
	16 - Descrição								
13									
	16 - Descrição								
17 - Total Gases Medicinais R\$	18 - Total Medicamentos R\$	19 - Total Materiais R\$	20 - Total Taxas Diversas R\$	21 - Total Diárias R\$	22 - Total Aluguéis R\$	23 - Total Geral R\$			

Nas cobranças de próteses, materiais cirúrgicos especiais e cateteres, é obrigatória a apresentação de uma via original da nota fiscal do fornecedor, emitida quando da realização do evento, onde constará o nome do paciente.

Os campos hachurados são de uso exclusivo da CAPESESP.

Para a cobrança de aluguéis e taxas, materiais descartáveis, medicamentos, gasoterapia, exames, materiais cirúrgicos especiais e remoções, anexar relatório em papel timbrado ou formulário contínuo contendo a identificação do hospital no cabeçalho, discriminando todos os itens.

LISTA NÍVEL CENTRAL/ ESCRITÓRIOS LOCAIS/REGIONAIS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – RJ

Diretor-Presidente: Cassimiro Pinheiro Borges

Diretor de Previdência e Assistência: Maurício de Freitas Lima

Diretor-Adjunto da Diretoria de Previdência e Assistência: Eduardo Rogério Figueiredo Costa Azevedo

Diretor Financeiro: Eduardo Inácio da Silva

Diretor de Administração: André Luiz de Araújo Crespo

Endereço: Av. Marechal Câmara, 160, 6º e 7º andares, Centro - CEP: 20020-080

CNPJ: 30.036.685/0001-97

www.capesesp.com.br

AC - RIO BRANCO (ESCRITÓRIO LOCAL VINCULADO RO)

Gerente Regional:	Cledi Regina Ferrugem
Endereço:	Av. Brasil nº 303 sala 503 – Centro Empresarial Rio Branco - Centro - Rio Branco/AC - CEP: 69900-076
CNPJ:	30.036.685/0026-45
Telefones:	(68) 3223-3137/ 3223-1598
E-mail:	gerac@capesesp.com.br

AL-MACEIÓ

Gerente Regional:	Ana Paula Ribeiro Borges Lopes
Endereço:	Rua Barão de Penedo, 187- salas 708 a 711 - Centro Emp. Barão de Penedo – Centro - Maceió/AL - CEP: 57020-340
CNPJ:	30.036.685/0002-78
Telefones:	(82) 3221-7141/ 3221-7449 Fax: (82) 3223-8734
E-mail:	geral@capesesp.com.br

AM- MANAUS

Gerente Regional:	Daniely de Souza Rocha Prestes
Endereço:	Rua Eduardo Ribeiro, 520 - Ed. Manaus Shopping Center, salas 1705 e 1707 - Centro – Manaus/AM CEP: 69010-000
CNPJ:	30.036.685/0003-59
Telefones:	(92) 3233-7574 / 3622-8687 / 3622-1152 Fax: (92) 3234.7425
E-mail	geram@capesesp.com.br

AP – MACAPÁ (ESCRITÓRIO LOCAL VINCULADO PA)

Gerente Regional:	Roosevelt José Pantoja Pereira
Endereço:	Av. Mendonça Furtado, 2278 – sala D – Altos – Santa Rita – Macapá – AP – CEP: 68901-254

CNPJ:	30.036.685/0025-64
Telefones:	(96) 3224-3138 Fax: (96) 3224-3441
E-mail	gerap@capesesp.com.br

BA – SALVADOR	
Gerente Regional:	Daniel Paulo Souza Bonfim
Endereço:	Av. Tancredo Neves, 1543, salas 403 e 404 – Pituba – Salvador/BA CEP: 41820-021
CNPJ:	30.036.685/0004-30
Telefones:	(71) 3616-5410/5423/5424/5422 Fax: (71) 3341-2449
	Autorização de internações/prorrogações/exames: (0xx71) 3616-5422 Faturamento/glosas/pagamento: (0xx71) 3616 5434 Credenciamento: (0xx71) 3616 5430 e (0xx71) 3616 54 23
E-mail:	gerba@capesesp.com.br

CE- FORTALEZA	
Gerente Regional:	Ivan Fidélis Amorim
Endereço:	Avenida Santos Dumont nº1343 – Edifício Mendonça Aguiar – 10º andar – sala 1004 a 1006 – Aldeota – Fortaleza – CE CEP: 60150-161
CNPJ:	30.036.685/0005-10
Telefones:	(85) 3391-4290 / 3391-4269 Fax: (85) 3253-4556
E-mail:	gerce@capesesp.com.br

DF – BRASÍLIA	
Gerente Regional:	Nely Aparecida de Souza Fernandes
Endereço:	SCN – Quadra 01 – Bloco C - Ed. Brasília Trade Center - salas 1801 a 1803 - Plano Piloto - Brasília - DF - CEP: 70711-902
CNPJ:	30.036.685/0006-00
Telefones:	(61) 3327-1054/1693/3102 Fax: (61) 3327-3927
E-mail:	gerdf@capesesp.com.br

ES – VITÓRIA	
Gerente Regional:	Léia Galletti Tenório Correia
Endereço:	Rua Dr. Eurico de Aguiar, 130 - salas 808 a 810 - Ed. Blue Chip Business – Santa Helena - Vitória - ES - CEP: 29055-042
CNPJ:	30.036.685/0007-82
Telefones:	(27) 3345-1500 – 9973-3474/3479/3482 Fax: (27) 3345-1233
E-mail:	geres@capesesp.com.br

GO – GOIÂNIA	
Gerente Regional:	Celi Maria de A. Cruz
Endereço:	Rua 10 nº 250 - Ed. Trade Center - salas 605/606 - Setor Oeste-Goiânia – GO - CEP:74120-020
CNPJ:	30.036.685/0008-63
Telefones:	(62) 3214-1399/1247/2088 Fax: (62) 3214-1172
E-mail:	gergo@capesesp.com.br

MA – SÃO LUIS	
Gerente Regional:	Ana Rosa Melo Moreno Montel
Endereço:	Av. Colares Moreira nº 1 sala 302 – Ed. Adriana – Renascença – São Luis/MA CEP: 65075-441
CNPJ:	30.036.685/0009-44
Telefones:	Faturamento/glosas/pagamento: (98) 3235-3279
E-mail:	germa@capesesp.com.br

MG – BELO HORIZONTE	
Gerente Regional:	Reginaldo Augusto dos Passos
Endereço:	Rua Bahia, 1345 – 17º andar, salas 1702 a 1706 – Lourdes - Belo Horizonte - MG - CEP: 30160-011
CNPJ:	30.036.685/0011-69
Telefones:	(31) 3273-4662/4477/1733 Fax: (31) 3274-5811
E-mail:	germg@capesesp.com.br

MT - CUIABÁ	
Gerente Regional:	Sandra Maria e Silva
Endereço:	Av. Isaac Póvoas, 586 salas 210 e 211– Edifício Wall Street - Centro - Cuiabá/MT - CEP: 78005-340
CNPJ:	30.036.685/0010-88
Telefones:	(65) 3623-4930/3624-7166
E-mail:	germt@capesesp.com.br

MS – CAMPO GRANDE	
Gerente Regional:	Pedro Paulo de Oliveira
Endereço:	Av. Afonso Pena nº 2440 sala 61 – Centro – Centro Emp. Afonso Pena – Campo Grande/MS CEP: 79002-934
CNPJ:	30.036.685/0021-30
Telefones:	(67) 3383-4197/4873/5020 Fax: (67) 3382-7072
E-mail	germs@capesesp.com.br

PA – BELÉM	
Gerente Regional:	Roosevelt José Pantoja Pereira
Endereço:	Av. Gov. Magalhães Barata, nº 651 salas 305 a 307 - Ed. Belém Office Center – São Bráz – Belém – PA - CEP: 66060-281
CNPJ:	30.036.685/0012-40
Telefones:	(91) 3249-4844 - FAX: (91)3249-5400
E-mail:	gerpa@capesesp.com.br

PB – JOÃO PESSOA	
Gerente Regional:	Aluizio José Medeiros do Nascimento
Endereço:	Av. Juarez Távora, 522 salas 708 e 710 - Torre – João Pessoa/PB CEP: 58040-907
CNPJ:	CNPJ: 30.036.685/0013-20
Telefones:	(83) 3244-1019/1049 Fax: (83) 3244-1053
E-mail:	gerpb@capesesp.com.br

PE- RECIFE	
Gerente Regional:	Sergio Luiz Sônego
Endereço:	Rua João Fernandes Vieira, 574 salas 604 a 608- Edifício Empresarial Fernandes Vieira - Boa Vista – Recife/PE CEP: 50050-200
CNPJ:	30.036.685/0015-92
Telefones:	(81) 3059-1288 Fax: (81) 3059-1259
E-mail:	gerpe@capesesp.com.br

PR – CURITIBA	
Gerente Regional:	Mauro Pereira
Endereço:	Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 771, salas 501 a 503 – Edifício Wall Street Center – Centro – Curitiba/PR CEP: 80430-180
CNPJ:	30.036.685/0014-01
Telefones:	(41) 3225-3109 / faturamento: (41) 3225-3398 Fax: (41) 3225-3866
E-mail:	gerpr@capesesp.com.br

PI – TERESINA	
Gerente Regional:	Raimundo de Carvalho Melo Filho
Endereço:	Rua São Pedro, 1901- salas 101, 104 e 105 - Edifício Irene 1ºandar - Centro - Teresina/PI CEP: 64.001-260
CNPJ:	30.036.685/0016-73
Telefones:	(86) 3221-4505/7322 - Fax 3221-7323
E-mail:	gerpi@capesesp.com.br

RJ – RIO DE JANEIRO	
Gerente Regional:	Simone Correa Barreto
Endereço:	Rua Teófilo Otoni, 82 - 17º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20090-070
CNPJ:	30.036.685/0030-21
Telefones:	(21) 3479-1470 (faturamento) 3479-1489 (administrativo) 3479-1485(credenciamento) 3479-1490 (odontológico) Fax: (21) 3479-1488
E-mail:	gerrj@capesesp.com.br ; credenciamentorj@capesesp.com.br ; atendimentorj@capesesp.com.br ; faturamentorj@capesesp.com.br ; credenciamento.odontologico@capesesp.com.br

RN – NATAL	
Gerente Regional:	José Eduardo Figueiredo Borges
Endereço:	Av. Prudente de Moraes, 744 – salas 1601 à 1603 – 16º andar – Ed. Giovanni Fulco – Tirol - Natal – Rio Grande do Norte/RN CEP: 59020-400
CNPJ:	30.036.685/0017-54
Telefones:	(84) 3221-4400/4735 Fax: (84) 3201-9861
E-mail:	gerrn@capesesp.com.br

RS – PORTO ALEGRE (ESCRITÓRIO LOCAL VINCULADO SC)	
Gerente Regional:	Roberto Lino Parede
Endereço:	Av. Carlos Gomes, 328 - 10º andar - salas 1002/1003 Auxiliadora - Porto Alegre/RS CEP: 90480-000
CNPJ:	30.036.685/0024-83
Telefones:	(51) 3328-5209 / 4313 FAX - 3328-1092
E-mail:	gerrs@capesesp.com.br

RO – PORTO VELHO	
Gerente Regional:	Cledi Regina Ferrugem Cerqueira
Endereço:	Av. Carlos Gomes, 1223 – Porto Shopping - salas 404 e 406 Centro - Porto Velho/RO CEP:76801-109
CNPJ:	30.036.685/0018-35
Telefones:	(69) 3533-4051/4052 Fax: (69) 3224-1550
E-mail:	gerro@capesesp.com.br

RR – BOA VISTA (ESCRITÓRIO LOCAL VINCULADO AM)	
Gerente Regional:	Daniely de Souza Rocha Prestes
Endereço:	Rua Coronel Pinto, 86 - sala 204 - Centro - Boa Vista/RR CEP: 69301-150
CNPJ:	CNPJ: 30.036.685/0027-26

Telefones:	(95) 3224-3434/3224-3861
E-mail:	gerrr@capesesp.com.br

SC – FLORIANÓPOLIS	
Gerente Regional:	Roberto Lino Paredes
Endereço:	Rua Gal. Liberato Bittencourt, 1914 salas 404/405 - Balneário Estreito - Florianópolis - SC - CEP: 88075-400
CNPJ:	CNPJ: 30.036.685/0023-00
Telefones:	(48) 3248-1867 / FAX – 3248-3174
E-mail:	gersc@capesesp.com.br

SE – ARACAJÚ	
Gerente Regional:	Gildélia Andrade Santana Almeida
Endereço:	Av. Anísio Azevedo, 675 salas 1205 a 1207 – Centro médico Luiz Cunha –Salgado Filho –Aracaju/SE CEP: 49.020-240
CNPJ:	30.036.685/0020-50
Telefones:	(79) 3246-1400/1012 / Fax: (79) 3246-3405
E-mail:	gerse@capesesp.com.br

TO – PALMAS (ESCRITÓRIO LOCAL VINCULADO DF)	
Gerente Regional:	Nely Aparecida de Souza Fernandes
Endereço:	104 Norte - Av. Juscelino Kubitschek - Lote 6 – sala 106 - Galeria JK Center - Plano Diretor Norte – CEP: 77006-014
CNPJ:	30.036.685/0022-11
Telefone	(63) 3215-1908 Fax: (63) 3215-7427
E-mail:	gerto@capesesp.com.br

CAMPINA GRANDE/PB (PÓLO VINCULADO AO ESCRITÓRIO DA PB)	
Gerente Regional:	Aluizio José Medeiros do Nascimento
Endereço:	Rua Afonso Campos nº 60 sala 306 – Centro – Campina Grande/PB CEP: 58100-600
CNPJ:	30.036.685/0029-98
Telefones:	(83) 3322-1722 Fax: 3322-7017
E-mail:	polopb@capesesp.com.br

MONTES CLAROS/MG (PÓLO VINCULADO AO ESCRITÓRIO DE MG)	
Gerente Regional:	Reginaldo Augusto dos Passos
Endereço:	Rua Tiradentes nº 765 sala 308 – Centro – Montes Claros/MG CEP: 39400-076
CNPJ:	30.036.685/0028-07
Telefones:	(38)3223-4898
E-mail:	polomg@capesesp.com.br