

*** MÓDULO 16: ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA****CAPÍTULO 3: OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS****1 ATENDIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR****1.1 Nas Localidades que Dispõem de Ambulatórios**

1.1.1 Os Ambulatórios da Empresa funcionarão como unidade básica de atendimento e triagem dos casos a serem encaminhados às entidades médico-hospitalares e odontológicas ou profissionais credenciados. Os Ambulatórios deverão estar registrados nos Conselhos de Classe (Conselho Regional de Medicina - CRM, Conselho Regional de Odontologia - CRO e Conselho Regional de Enfermagem - COREN).

1.1.2 Deverá haver busca permanente da área de saúde de alternativas que viabilizem a continuidade e a melhoria do atendimento nos ambulatórios próprios.

1.1.3 Os beneficiários que desejarem utilizar o Correiossaúde devem se dirigir primeiramente ao Ambulatório da Empresa, a fim de receber atendimento inicial e/ou orientação quanto aos demais procedimentos, com a documentação de identificação prevista no MANPES 16/2.

1.1.3.1 a 1.1.3.4.1 REVOGADOS**1.1.4 Consulta**

1.1.4.1 Nos casos de consulta, o beneficiário será atendido pelo Médico do Ambulatório, por ordem de chegada ou de agendamento, ressalvado os casos de urgência/emergência e aqueles atendimentos preferenciais previsto em lei. No Ambulatório, poderão ser utilizados os formulários:

- a) receituário Médico (RM);
- b) guia de Consulta (GC);
- c) guia de Exames e Tratamento (GET);
- d) guia/Conta de Internação Hospitalar (GCIH); e
- e) termo de Opção de Internação (TOI).

1.1.4.2 Caso o médico do Ambulatório da Empresa conclua pela necessidade de encaminhar o beneficiário para atendimento pela Rede Credenciada, será emitido o formulário Guia de Consulta, ou seu substituto, autorizando a realização da consulta.

1.1.4.2.1 e 1.1.4.2.2 REVOGADOS



* 1.1.4.3 A 3ª consulta dentro da mesma especialidade na Rede Credenciada, que for requisitada dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data de emissão da guia para a 1ª consulta, somente será autorizada mediante justificativa do médico assistente e homologação pelo médico da Empresa.

1.1.4.3.1 a 1.1.4.3.6 REVOGADOS

1.1.4.4 Nas consultas médicas, onde houver solicitação acima de 8 (oito) exames laboratoriais (Patologia Clínica, Bioquímica, Hematologia, Hormônios, Imunologia, Microbiologia, Urina e Patologia Clínica Ocupacional), estes deverão ser justificados previamente pelo médico requisitante, para autorização da emissão da guia, após autorização pelo médico do ambulatório da ECT.

1.1.4.4.1 A justificativa do médico assistente poderá ser apresentada por meio de relatório contendo indicação do Código Internacional de Doenças (CID), ou HD (Hipótese Diagnóstica).

1.1.4.4.2 a 1.1.4.6 REVOGADOS

1.1.5 Exames e Tratamentos Ambulatoriais

1.1.5.1 Os pedidos de exames/procedimentos e de tratamentos especiais deverão vir acompanhados da justificativa do médico solicitante com CID ou HD, preferencialmente do especialista, e após análise dos exames anteriores e perícia física se necessária, o médico da Empresa aprovará a realização dos procedimentos. O Prontuário Médico obrigatoriamente deverá ser consultado e o procedimento registrado.

1.1.5.1.1 São considerados exames ou procedimentos especiais: Ecocardiograma, Doppler, Fluxometria em geral, Tomografia computadorizada, Ressonância Magnética, Mamografia, Densitometria Óssea, Ultra-som, Mamotomia, Core Biopsy, Testes alérgicos, Mapeamento cerebral, Potencial evocado, Endoscopia cirúrgica, Cintilografias, Colonoscopia, Procedimentos terapêuticos da Dermatologia e outros não previstos nos subgrupos citados, mas que são superiores a R\$500,00(quinzentos reais).

1.1.5.2 a 1.1.5.8.1.1 REVOGADOS

1.1.6 Cirurgias

1.1.6.1 Os pedidos de cirurgias deverão vir acompanhados das justificativas do médico solicitante, com CID ou HD, preferencialmente do especialista, para análise e aprovação pelo médico do Ambulatório da ECT, todas as avaliações e autorizações deverão estar fundamentadas nas Diretrizes Técnicas, sob a análise dos resultados dos exames e avaliação clínica pela perícia médica.

1.1.6.1.1 a 1.1.6.1.1.2 REVOGADOS

1.1.6.2 As próteses para complementação de tratamento cirúrgico serão previamente autorizadas após análise do médico da Empresa. Os credenciados deverão ser orientados que somente poderão realizar procedimentos eletivos após autorização expressa da Empresa para utilização de materiais/medicamentos de alto custo, bem como órteses e próteses complementares ao ato cirúrgico.



* 1.1.6.2.1 Os fixadores externos, próteses, órteses e equipamentos que possam ser reutilizados por outros pacientes deverão ser devolvidos à Área de Contas Médicas, após a retirada. O prazo de guarda desses itens é igual à sua durabilidade.

1.1.6.3 Os implantes de próteses penianas, testiculares e do globo ocular somente serão cobertos após análise e autorização pelo médico do Ambulatório da ECT.

1.1.6.4 O implante de prótese mamária somente será liberado na complementação cirúrgica do tratamento das neoplasias malignas.

1.1.6.5 O implante de marcapasso ou desfibrilador somente será liberado nos casos de risco de vida, após análise pelo médico do Ambulatório da ECT.

1.1.7 Stent farmacológico (COM RAPAMICINA)

1.1.7.1 O Stent farmacológico somente será coberto nas seguintes situações:

- a) estenose em artéria descendente anterior com diâmetro menor ou igual a 3,5 mm;
- b) estenose em vaso > ou igual 2,5mm < ou igual a 2,75mm;
- c) estenose longa (entre 15 mm e 30 mm) em vaso < ou igual a 3,5 mm de diâmetro;
- d) estenose em vaso derradeiro ou remanescente;
- e) paciente com Diabetes Mellitus com qualquer tipo de estenose; e
- f) reestenose intra stent (em stent anterior).

1.1.7.1.1 a 1.1.7.1.3 REVOGADOS

1.1.7.2 Contra Indicações do Stent farmacológico:

- a) estenose calcificada não dilatável;
- b) gestantes e mulheres férteis com intenção de engravidar nos primeiros 6 (seis) meses após a angioplastia; e
- c) incapacidade intelectual ou social que comprometa o uso/aquisição das drogas necessárias após a angioplastia.

1.1.7.2.1 a 1.1.7.4 REVOGADOS

1.1.8 Transplantes

1.1.8.1 Pedidos de transplante de rim, de córnea e de outros órgãos deverão ser encaminhados à Área de Saúde da Diretoria Regional, com toda a documentação do Sistema Único de Saúde - SUS, que, após análise e parecer, solicitará autorização do Diretor Regional.

1.1.8.1.1 a 1.1.8.1.2 REVOGADOS



* **1.1.8.2** Os transplantes de rim, de córnea e de outros órgãos, previamente autorizados, terão a seguinte cobertura:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos, para a realização do transplante;
- b) medicamentos e materiais utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

1.1.8.3 Os beneficiários (titulares e dependentes) candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

1.1.8.3.1 A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

1.1.8.3.2 REVOGADO

1.1.8.4 Caso a Regional não disponha de entidades credenciadas especializadas na realização de transplantes, o procedimento deverá ser realizado em outra Regional que disponha desse recurso ou em hospital pertencente ou conveniado ao SUS.

1.1.8.5 Não serão cobertas despesas de doadores (empregados ou dependentes) que não sejam para os beneficiários (empregados ou dependentes) cadastrados no CorreiosSaúde.

1.1.9 Oftalmologia

1.1.9.1 Cirurgias Refrativas

1.1.9.1.1 Fica a critério de cada Regional a solicitação de exames adicionais por parte do médico da Empresa que, obrigatoriamente, deverá homologar o pedido de cirurgia feito pelo médico assistente, para efeito de autorização.

1.1.9.1.2 É de competência exclusiva do cirurgião assistente a escolha da técnica/procedimento a ser utilizado em cada caso, com a devida fundamentação.

1.1.9.1.3 Quando existir diferentes graus, para cada olho, prevalecerá o maior grau, devendo o paciente ser submetido à cirurgia bilateralmente, se essa for à indicação do oftalmologista.

1.1.9.1.4 É obrigatória a homologação por dois médicos do ambulatório local ou excepcionalmente por 01 médico quando a Regional não dispor de 02 profissionais para confirmação se a cirurgia está de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo MANPES – Módulo 16/2.



* **1.1.9.2** Outras Coberturas na área de oftalmologia

1.1.9.2.1 Implante de anel de intra-estromal corneana.

1.1.9.2.1.1 Segundo Resolução CFM Nº 1.762/05 a indicação do implante do anel intra-estromal na córnea usual, na prática médico-oftalmológica, somente para o tratamento de pacientes com ceratocone nos estágios III e IV.

1.1.9.2.1.2 Contra-indicações do implante intra-estromal na córnea:

- a) ceratocone avançado com ceratometria mais que 75,0 dioptrias;
- b) ceratocone com opacidade severa na córnea;
- c) hidropsia da córnea;
- d) associação com processo infeccioso local ou sistêmico; e
- e) síndrome de erosão recorrente da córnea.

1.1.9.3 Teste de Lente de Contato - O teste de adaptação de Lente de Contato terá cobertura pela ECT, apenas nos casos de Ceratocone, comprovadas pela Topografia Corneana.

1.1.9.4 Tonometria Ocular - O Colégio Brasileiro de Oftalmologia recomenda que o procedimento de Tonometria Ocular, quando solicitado pelo médico assistente, deverá ser pago separadamente a consulta.

1.1.10 a 1.1.13.4 REVOGADOS

1.2 Parafusos Reabsorvíveis

1.2.1 A Empresa não realiza a cobertura das despesas com parafusos reabsorvíveis.

1.2.2 a 1.2.5.2 REVOGADOS

1.3 Cirurgia para Correção de Incontinência Urinária.

1.3.1 O rol de procedimentos instituído pela Resolução CONSU número 10, atualizado pela Resolução RDC número 41/2000, contém o procedimento incontinência urinária - "sling" "Vaginal ou Abdominal".

1.3.2 A Empresa cobre as despesas com o tratamento cirúrgico para correção de incontinência urinária por insuficiência esfinteriana intrínseca em mulheres, através das técnicas de TVT e SLING.

1.3.3 Outra descrição do procedimento pode ser "Incontinência Urinária por suspensão com Fita de Prolene ("TVT" e SLING" refere-se a mesma técnica).



* **1.3.4** O tratamento cirúrgico da incontinência urinária por suspensão com fita de polipropileno (Prolene) é uma alternativa cirúrgica na abordagem da incontinência urinária feminina por stress.

1.3.5 O procedimento não exige internação, e, com porte de sala e porte anestésico = 3.

1.3.6 O tempo de recuperação pós-operatório é reduzido, assim como as complicações pós-cirúrgicas, havendo menor incidência de retenção urinária pós-operatória.

1.3.7 Essa cirurgia é indicada para mulheres idosas, obesas, com intervenções cirúrgicas prévias e nas portadoras de incontinência urinária de esforço por hipermobilidade uretral e/ou por deficiência esfíncteriana intrínseca.

1.3.8 Ao final da cirurgia não é necessário cateterismo vesical, sendo a duração média da intervenção de 20 a 30 minutos.

1.4 Cirurgia de Mamoplastia Redutora Não-Estética

1.4.1 O processo para autorização da cirurgia deverá estar fundamentada nos procedimentos e critérios a seguir especificados:

a) contém parecer emitido por 2 (dois) médicos do Ambulatório, fundamentando a necessidade da cirurgia;

b) o resultado do exame físico realizado, os laudos realizados pelo paciente, o volume de cada mama e sua dimensão caracterizam a necessidade de realização da cirurgia;

c) parecer de ortopedista indicando a necessidade de realização da cirurgia.

1.4.2 A Mamoplastia de redução é realizada em casos de mamas bastante volumosas e pesadas (gigantomastia) que independentemente da alteração estética causem:

a) sobrecarga na coluna vertebral comprovada por meio de RX com laudo;

b) vício postural importante com alterações de alinhamento (escoliose, lordose);

c) quadro doloroso.

1.4.3 Critérios para autorização de Cirurgia Plástica de Mama:

a) Gigantomastia, caracterizada por mamas desproporcionais em relação ao biótipo do usuário, mais evidente em obeso, patologia pouco freqüente e de fácil diagnóstico;

b) ocasiona alterações de pele, vícios de postura e desconforto, devendo-se levar em conta no usuário a presença de patologia degenerativa de coluna cervical ou dorsal, denominada artrose;

c) hipertrofia mamária, caracterizada por mamas volumosas em decorrência do peso desproporcional que ocasiona lesões de pele nos ombros, originadas pelas alças do sutiã e dermatite submamária por atrito e suor.



* 1.4.4 As medidas padrão de hipertrofia mamária obedecem às especificações a seguir com as respectivas legendas:

1.4.4.1 Medidas

Medidas	LEVE	MODERADA	GRAVE
DI - Distância Intermamilar	até 30 cm	de 30,1 cm a 35 cm	acima de 35 cm
DMU - Distância dos Mamilos à linha Umbilical	Até 25 cm	de 25,1 cm a 30 cm	acima de 30 cm
CM - Circunferência Mamária	até 50 cm	de 50,1 cm a 55 cm	acima de 55 cm
CT - Circunferência Torácica	até 100 cm	de 100,1 cm a 110 cm	acima de 110 cm
DOM - Distância do Ombro ao Mamilo	até 25 cm	de 25,1 cm a 30 cm	acima de 30 cm

A hipertrofia mamária leve ou moderada não ocasiona alterações de coluna. Assim, não justifica a indicação cirúrgica quando o usuário apresentar desvios de coluna, pois estes independem da patologia mamária.

1.4.5 Não se enquadra, para fins de cirurgia plástica de mama, a paciente:

- a) menor de 21 anos de idade;
- b) com hipertrofia concomitante com obesidade;
- c) com hipertrofia leve ou moderada, proporcional ao peso e altura.

1.4.6 Não são enquadradas como cirurgia reparadora de mama:

- a) flacidez e estrias mamárias;
- b) ptose mamária sem hipertrofia ou hipertrofia leve ou moderada;
- c) mastectomia subdérmica por nódulo benigno isolado, como medida preventiva; e
- d) complicação decorrente de procedimento médico-cirúrgico não autorizado.

1.4.7 Podem ser enquadradas como cirurgia reparadora:

- a) mamas hiperplásicas;
- b) mastectomia subdérmica;
- c) reconstrução de mamas pós-mastectomia;



* d) as mamas hiperplásicas são caracterizadas por hiperplasia, atingindo todo o tecido mamário bilateralmente, com história de cirurgias anteriores para retirada de nódulos isolados, sem resposta à terapêutica clínica. Nesse caso, deve ser apresentado mais de um exame anátomopatológico das cirurgias já realizadas e exames complementares que comprovem as alterações atingindo todo o tecido mamário bilateralmente. A mastectomia subdérmica é realizada em biópsia de nódulo único com anatomopatológico positivo para malignidade, sem comprometimento ganglionar.

1.5 Home Care

1.5.1 Para a utilização deste serviço deverão ser observadas as seguintes etapas:

a) indicação da necessidade pelo médico assistente;

b) ratificação do pedido do médico assistente por médico da ECT, preferencialmente auditor, que deverá examinar o paciente e elaborar relatório justificando a necessidade do tratamento;

c) visita por parte do credenciado em Home Care e de uma equipe multidisciplinar da ECT ao domicílio do paciente com o objetivo de:

I - avaliar as condições do domicílio do paciente;

II - dar esclarecimentos aos familiares sobre o tratamento;

III - situação social da família; e

IV - definir a pessoa da família que será o cuidador após o término do Home Care.

d) elaboração, pelo credenciado que irá realizar o serviço, de um relatório com a programação de tratamento, cujo prazo não poderá exceder a 01 (um) ano, salvo em casos excepcionais que deverão ser autorizados pelo DESAU;

e) avaliação de custo pelo Setor de Contas Médicas, comparando-se as despesas de internação hospitalar com a despesa de Home Care e efetuando-se os ajustes necessários na programação de tratamento, se for o caso, e após a avaliação, a Área de Saúde da Regional decidirá pelo tratamento que for mais vantajoso;

f) a Área de Saúde encaminhará o processo completo para autorização do Diretor Regional;

g) termo de Compromisso do beneficiário titular ou de familiar com indicação do "cuidador" para ser treinado, sob pena da ECT não autorizar o serviço;

1.5.2 O processo de desmame consiste na retirada gradual da infra-estrutura e dos cuidados oferecidos pelo grupo credenciado, porém não ocorre o desligamento do paciente do programa Home Care, que continua monitorando o caso, através de orientação e visitas espaçadas ao domicílio. Neste período o cuidador deverá comunicar ao médico assistente e ao médico da ECT, caso ocorra, qualquer agravamento do estado geral do paciente.



* **1.5.2.1** Para iniciar o processo de desmame (processo de desligamento do Home Care) deverão ser observados se:

a) a fase de adaptação do paciente no domicílio;

b) a melhora e/ou estabilidade clínica considerável, não existindo risco evidente para novas internações;

c) a família se encontra apta para oferecer os cuidados que ainda se fazem necessários.

1.5.3 Ao final de cada semestre deverão ser emitidos relatórios de acompanhamento sobre os casos mantidos em Home Care e enviados para o DESAU.

1.5.4 A rede credenciada que presta serviço de Home Care deverá possuir os seguintes Pré-Requisitos:

a) todas as empresas públicas e privadas prestadoras de assistência à internação domiciliar deverão ser cadastradas/registradas no Conselho Regional do estado onde operam;

b) as empresas, hospitalares ou não, devem ter um médico que assumirá, perante o Conselho, a responsabilidade ética de seu funcionamento;

c) as empresas, hospitalares ou não, responsáveis pela assistência à paciente internada em regime domiciliar devem ter, por força de convenio, hospital de retaguarda que garanta a reinternação nos casos de agudização da enfermidade ou intercorrência de alguma condição que impeça a continuidade do tratamento domiciliar e exija a internação formal, que deve ser preferencialmente feita no hospital de origem do paciente;

d) as empresas ou hospitais que prestam assistência em regime de internação domiciliar devem manter um medico de plantão nas 24horas, para atendimento às eventuais intercorrências clínicas;

e) as equipes multidisciplinares de assistência a pacientes internados, em regime domiciliar, devem dispor, sob a forma de contrato ou de terceirização, de profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição e Psicologia;

f) essas equipes serão sempre coordenadas pelo médico, sendo médico assistente o responsável maior pela eleição dos pacientes a serem contemplados por este regime de internação e pela manutenção da condição clínica dos mesmos;

g) a assistência domiciliar somente será realizada após avaliação médica, registrada em prontuário específico;

h) as atribuições dos demais membros da equipe multidisciplinar deverá ser estabelecida pelo conselho profissional de cada componente;

i) os protocolos de visitas devem estabelecer o número mínimo de visitas de cada componente da equipe ao paciente internado no domicílio;



* j) o número máximo de pacientes internados no domicílio sob a responsabilidade de um médico, não poderá exceder a quinze;

k) o médico assistente de paciente internado em instituição hospitalar que quer submeter-se à internação domiciliar, tem a prerrogativa de decidir se deseja manter o acompanhamento no domicílio;

l) em caso de recusa, o médico assistente deve fornecer ao novo médico que irá prestar assistência domiciliar, todas as informações concernentes ao quadro clínico do paciente, sob a forma de laudo circunstanciado, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica;

m) o hospital ou empresa responsável por pacientes internados em domicílio deve(m) dispor das condições mínimas que garantam uma boa assistência, caracterizada por: Ambulância para remoção do paciente, equipada à sua condição clínica; todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, matérias e medicamentos necessários; Cuidados especializados necessários ao paciente internado; Serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de retaguarda;

n) em caso de óbito durante a assistência domiciliar, o médico assistente do paciente assumirá a responsabilidade pela emissão da competente declaração;

o) a assistência domiciliar poderá ser viabilizada após anuência expressa do paciente ou de seu responsável legal, em documento padronizado que deverá ser apensado ao prontuário;

p) o profissional médico, em conjunto com o diretor técnico da instituição prestadora da assistência, deverá tomar medidas referentes à preservação da ética médica, especialmente quanto ao artigo 30 do Código de Ética Médica, que veda delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

1.5.5 Procedimentos Operacionais a serem adotados pelas Diretorias Regionais:

a) gestão junto às empresas conveniadas que prestam serviços de *Home Care* à ECT, orientando-as para a necessidade de adequarem às exigências da Resolução em questão, para que seja possível a continuidade da prestação dos serviços conveniados;

b) adequar o edital de "Chamamento de Público" utilizado por essa Regional para os casos de novos credenciamentos para a prestação de serviços caracterizados como *Home Care*.

1.6 Exames Laboratoriais solicitados por Nutricionistas

1.6.1 Segundo Lei nº 8.234/91, de 17/09/01, que regulamenta a Profissão de Nutricionista e Resolução do CFN nº 306/2003, que dispõe sobre a solicitação de exames laboratoriais na Área de Nutrição Clínica fica estabelecido que é lícito a Nutricionista adotar os seguintes procedimentos:

a) prescrever suplementos nutricionais necessários à complementação da dieta;



* b) solicitar exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, cujos métodos e técnicas tenham sido aprovados cientificamente.

1.7 Nas Localidades que não Dispõem de Ambulatório da ECT

1.7.1 Nas localidades onde não houver Ambulatórios da ECT, os beneficiários serão atendidos pela Rede Credenciada.

1.7.2 Os beneficiários, sempre que necessitarem de atendimento médico e/ou hospitalar na Rede Credenciada deve dirigir-se ao órgão da ECT localizado na Sede ou no interior da Regional designado para emissão das guias de atendimentos, onde será emitida a Guia de Consulta, Guia Ambulatorial, a Guia de Exame e Tratamento e/ou a Guia/Conta de Internação Hospitalar, conforme o caso.

1.7.2.1 O responsável pela emissão da guia deve certificar-se de que o paciente é beneficiário do CorreiosSaúde.

1.7.2.1.1 Em se tratando de paciente de outra localidade ou de outra Diretoria Regional, o responsável deverá observar, no que couber, o disposto no MANPES 16/2 ou contatar o Setor responsável pela Área de Saúde da Regional.

1.7.3 A utilização da Rede Credenciada pelo beneficiário, em localidade que não disponha de Ambulatório da ECT, obedecerá ao disposto no MANPES 16/2 e 16/3, observadas, ainda, as seguintes rotinas:

a) quando se tratar de consulta, exame ou tratamento classificado como especial e/ou cuja liberação seja controlada pelo Serviço Médico, o órgão responsável pela emissão da guia de atendimento deverá submeter o caso à apreciação do Ambulatório da ECT, por meio de fax ou de CI (dependendo da urgência do caso), para obter a necessária autorização para emitir a guia;

b) quando se tratar de guia para internação, a emissão deverá ser feita pelo órgão indicado pela área de saúde, assinada por pessoa designada para tal, do quadro próprio da ECT, e após autorização concedida pelo Ambulatório da ECT;

c) o beneficiário solicitará o seu atendimento junto à entidade médico-hospitalar/profissional credenciado, mediante apresentação das duas vias da guia emitida pela Empresa e dos seus documentos de identificação, indicado no MANPES 16/2;

d) em situações de emergência, deverá ser observado o disposto no MANPES 16/2;

e) a emissão das guias para regularização dos atendimentos, conforme MANPES 16/2, poderá ser feita pelo órgão responsável pela emissão de guia na localidade em que o atendimento ocorreu, observado, também, o disposto no MANPES 16/3 .

1.7.4 Nas localidades onde não haja entidades ou profissionais credenciados para realizar determinados procedimentos médicos/odontológicos cobertos pelo CorreiosSaúde; o beneficiário poderá ser encaminhado à localidade mais próxima que conte com aqueles recursos, mediante autorização nos termos do MANPES 16/2.



* 1.7.4.1 Caso a localidade mais próxima tenha Ambulatório da ECT, o atendimento será efetuado de acordo com o MANPES 16/3.

1.7.4.2 Caso a localidade mais próxima não tenha Ambulatório da Empresa, caberá ao responsável pela emissão de guias na localidade de destino emitir a guia própria em duas vias, observando-se o MANPES 16/2.

1.7.5 A efetivação do atendimento deverá ser atestada pelo beneficiário, no ato da prestação do serviço, por intermédio de sua assinatura nas duas vias da guia, sem o que ela não deverá ser paga.

1.7.5.1 Nos casos de tratamento que requerem várias sessões, além de assinatura nas duas vias, o beneficiário deverá atestar no verso quando da realização de cada sessão (datando e rubricando ao lado), nas duas vias da Guia de Exames e Tratamento.

1.7.5.2 O credenciado ficará de posse das duas vias da guia referente ao serviço prestado, para posteriormente enviar a 1ª via, juntamente com o pedido médico, para fins de conferência e pagamento da fatura.

2 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

2.1 Nas Localidades que dispõem de Ambulatório Odontológico da ECT

2.1.1 Os Ambulatórios da Empresa funcionarão como unidade de atendimento e triagem dos casos a serem encaminhados às entidades ou profissionais credenciados em odontologia, e deverão estar registrados no Conselho Regional de Odontologia - CRO.

2.1.2 Os beneficiários que desejarem utilizar a Assistência Odontológica oferecida pelo CorreiosSaúde devem dirigir-se primeiramente ao Ambulatório da Empresa, a fim de receber atendimento inicial e/ou orientação quanto aos demais procedimentos, com a seguinte documentação:

a) carteira Funcional (crachá) ou Carteira/Cartão de Identificação do CorreiosSaúde;

b) carteira de Identidade;

c) requisição do serviço odontológico credenciado que solicitou o exame complementar, a internação hospitalar (no caso de procedimentos cirúrgicos) ou a Ficha de Tratamento Odontológico (FTO) para a realização de auditoria, contendo CID ou HD.

2.1.3 Consulta

2.1.3.1 Nos casos de consulta, o beneficiário será atendido pelo dentista do Ambulatório da ECT por ordem de chegada ou de agendamento. No Ambulatório, poderão ser utilizados os formulários:

a) receituário;

b) guia de Exames e Tratamento Odontológico (GETO);



- * c) guia/Conta de Internação Hospitalar (GCIH);
- d) solicitação de Exames Radiográficos Odontológicos;
- e) ficha de Tratamento Odontológico (FTO).
- 2.1.3.1.1** Caso o dentista do Ambulatório da Empresa conclua pela necessidade de encaminhar o beneficiário para atendimento na Rede Credenciada, será emitido o formulário Guia de Exames e Tratamento Odontológico (GETO), autorizando a realização da consulta.
- 2.1.3.2** A 2ª consulta dentro da mesma especialidade que for requisitada dentro do próprio mês, somente será autorizada mediante justificativa do dentista assistente e homologação pelo dentista do Ambulatório da ECT.
- 2.1.3.2.1** A justificativa do dentista assistente poderá ser apresentada por meio de relatório ou da indicação do Código Internacional de Doenças (CID).
- 2.1.3.3** Por ocasião do primeiro atendimento do beneficiário pelo Ambulatório da Empresa será aberto Prontuário Odontológico, nos quais deverão ser registrados, a partir de então, a sua história clínica, bem como os exames, os diagnósticos e tratamentos a que ele for submetido no do Ambulatório da ECT. ou na Rede Credenciada.
- 2.1.4 Exames e Tratamentos Ambulatoriais**
- 2.1.4.1** Os pedidos de exames e de tratamentos odontológicos especiais deverão vir acompanhados das justificativas do profissional solicitante, preferencialmente do especialista, para análise e aprovação pelo dentista do Ambulatório da ECT, observando-se o indicado no MANPES 16/3.
- 2.1.5 Cirurgias Odontológicas**
- Os pedidos de cirurgias deverão vir acompanhados das justificativas do dentista solicitante, preferencialmente do especialista em cirurgia buco-maxilo-facial, para análise e aprovação pelo dentista do Ambulatório da ECT, como indicado no MANPES 16/3 – 2.1.3.2.1
- 2.1.5.1 Critérios para autorização:**
- a) dores na Articulação Têmporo Mandibular (ATM), acompanhada de:
- I – dificuldade de realização de movimentos mandibulares (cêntricos e excêntricos);
 - II – dificuldade de realizar o movimento de abertura da boca (trismo);
 - III – ausência de intercuspidação dentária entre as arcadas superior e inferior com projeção do mento (prognatismo);
 - IV - ausência de intercuspidação anterior, considerado “mordida profunda” acompanhado ou não de micrognatia.
- b) os pedidos para realização de cirurgias ortognáticas deverão vir acompanhadas de laudo radiográfico como meio auxiliar de diagnóstico.



* 2.1.5.2 A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou depois da cirurgia, não possui cobertura financeira por parte dos CorreiosSaúde.

2.1.6 Tratamento Odontológico

2.1.6.1 O atendimento odontológico próprio da ECT é prestado nos Ambulatórios Internos que possuem instalações específicas para isso, realizando apenas os procedimentos elencados no MANPES 16/2.

2.1.6.2 O dentista do Ambulatório da ECT, na 1ª consulta, fará a avaliação do caso, agendando o tratamento que será realizado no próprio Ambulatório ou encaminhando o paciente para a Rede Credenciada.

2.1.6.2.1 No caso de encaminhamento do paciente para a rede credenciada deve ser observado o disposto no MANPES 16/3.

2.2 Localidades que não Dispõem de Ambulatórios da ECT

2.2.1 Nas localidades onde não houver Ambulatórios da ECT, os beneficiários serão atendidos pela Rede Credenciada.

2.2.2 Para atendimento na Rede Credenciada o beneficiário deverá adotar os procedimentos a seguir:

a) o beneficiário deverá escolher o dentista de sua preferência, através da relação de credenciados que estará à disposição na sua unidade de trabalho, e solicitar à Unidade de Emissão de Guia a GETO de consulta em 2 (duas) vias;

b) deverá agendar a consulta com o dentista credenciado para fazer o plano de tratamento somente nos serviços cobertos pelo CorreiosSaúde, onde será preenchida a FTO (Ficha de Tratamento Odontológico), em 3 (três) vias, sendo que a 3ª via deverá ficar em poder do profissional credenciado, para seu controle;

c) se na localidade houver dentista credenciado como perito, de posse das duas vias da FTO (Ficha de Tratamento Odontológico) devidamente preenchidas com o plano de tratamento, assinadas e carimbadas, o beneficiário deverá agendar uma consulta com este profissional para realizar a auditoria inicial. Após a aprovação pelo auditor, o beneficiário enviará a FTO para o ponto de emissão da GETO (Guia de Exame e Tratamento Odontológico) do plano de tratamento;

d) se na localidade não houver dentista credenciado como perito, as duas vias da FTO (Ficha de Tratamento Odontológico) devidamente preenchidas com o plano de tratamento, assinadas e carimbadas, deverão ser encaminhadas pelo chefe imediato quando titular ou dependente de empregado ativo ao Ambulatório da ECT, para análise e emissão da GETO (Guia de Exame e Tratamento Odontológico) do plano de tratamento, através de CI constando nome, matrícula, lotação do empregado e código do dependente (se for o caso). Após a análise pelo auditor, o Ambulatório enviará à unidade de lotação do empregado a 1ª via da FTO (Ficha de Atendimento Odontológico) e a GETO em 2 (vias), que deverão ser entregues ao empregado; o atendimento para os beneficiários ex-empregados aposentados e seus



* dependentes seguirá a mesma rotina, os documentos serão entregues na unidade mais próxima de sua residência que encaminhará ao Ambulatório;

e) somente de posse da FTO e da GETO de tratamento em 2 (duas) vias, o beneficiário deverá iniciar o tratamento num prazo máximo de 15 dias. O dentista auditor poderá convocar o paciente, caso julgue necessário, a qualquer momento, durante a realização do tratamento;

f) ao término do tratamento, o beneficiário deverá assinar a guia (GETO) e realizar a perícia final;

g) nas localidades onde houver perito credenciado, o usuário deverá, de posse da 1ª via da FTO e da 1ª via da GETO de tratamento, agendar a auditoria final no prazo máximo de 5 dias úteis a contar do término do tratamento;

h) nas localidades onde não houver perito credenciado, o usuário deverá entregar a 1ª via da FTO e a 1ª via da GETO de tratamento à chefia imediata (para os beneficiários ex-empregados aposentados e seus dependentes seguirá a mesma rotina) para a realização da perícia final no prazo máximo de 5 dias úteis ao término do tratamento no ambulatório dos Correios mais próximo.

2.2.3 Os beneficiários sempre que desejarem utilizar a Assistência Odontológica oferecida pela ECT deverão dirigir-se à Agência local ou ao Chefe da Região Operacional ou a outra pessoa designada para este fim, a qual emitirá a Guia de Consulta Odontológica, a Guia de Exame e Tratamento Odontológico e/ou a Guia/Conta de Internação Hospitalar, conforme o caso.

2.2.4 O responsável pela emissão da guia na Agência local ou na REOP deve certificar-se de que o paciente possui direito ao benefício CorreiosSaúde.

2.2.5 Em se tratando de paciente de outra localidade ou de outra Diretoria Regional, a Agência local/REOP deverá observar o disposto no MANPES 16/2.

2.2.6 Quando se tratar de exame ou tratamento classificado como especial e/ou cuja liberação seja controlada pelo Serviço Médico, a Agência local/REOP deverá submeter o caso a apreciação do Ambulatório, por meio de fax ou de CI (dependendo da urgência do caso), para obter a necessária autorização para emitir a guia.

2.2.7 Nos casos de atendimentos de urgência odontológica a emissão das guias para regularização dos atendimentos poderá ser feita pela Agência local/REOP, observado o disposto no MANPES 16/2.

2.2.8 Nas localidades onde não haja entidades ou profissionais credenciados para realizarem determinados procedimentos odontológicos, o beneficiário poderá ser encaminhado à localidade mais próxima que conte com aqueles recursos, mediante autorização nos termos do MANPES 16/2.

2.2.8.1 Caso a localidade mais próxima tenha Ambulatório da ECT, o atendimento será efetuado de acordo com o MANPES 16/3.

2.2.8.2 Caso a localidade mais próxima não tenha Ambulatório da Empresa, o atendimento será efetuado de acordo com o MANPES 16/3 - 2.2.

*** 2.3 Tratamento Odontológico na Rede Credenciada**

2.3.1 Primeiramente, o titular ou dependente deve dirigir-se à Rede Credenciada para a Consulta Inicial, na qual serão identificados os problemas e obtido o plano de tratamento, mas somente dos serviços cobertos pela ECT.

2.3.2 O dentista credenciado emitirá a FTO - Ficha de Tratamento Odontológico em 3 (três) vias, assinando-as e entregando ao beneficiário a 1ª e a 2ª vias (a 3ª via ficará em poder do dentista, para controle).

2.3.3 De posse das 2 (duas) vias da FTO, o beneficiário deverá agendar ou comparecer ao Ambulatório Interno ou a um dos dentistas-peritos credenciados, para a realização da Perícia Inicial.

2.3.4 Realizada a Perícia Inicial, o beneficiário obterá a GETO - Guia de Exame e Tratamento Odontológico no local da perícia, em 2 (duas) vias, com os procedimentos autorizados. A 2ª via da FTO ficará com o dentista-perito. O beneficiário deverá retornar ao credenciado portando as duas vias da GETO e a 1ª via da FTO.

2.3.5 Somente com a apresentação das duas vias da GETO e da 1ª via da FTO o tratamento poderá ser iniciado.

2.3.6 O beneficiário, cada vez que comparecer a uma sessão odontológica deverá rubricar no verso da FTO, ao lado das anotações do dentista credenciado, onde devem necessariamente constar a data, o nº do dente, a face e o tipo de serviço executado.

2.3.7 A partir da data de término do tratamento, o beneficiário terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para procurar o Ambulatório Interno ou o dentista-perito credenciado, portando a 1ª via da FTO, para realizar a Auditoria Final, sob pena de vir a arcar integralmente com as despesas correspondentes. Dentro deste prazo, o beneficiário deverá retornar ao credenciado e devolver-lhe a FTO, ocasião em que assinará a GETO.

2.3.8 Se o prazo mencionado no subitem anterior não for cumprido, o valor integral do tratamento será descontado do titular. O desconto integral deverá ser feito no mês seguinte ao mês de pagamento ao credenciado ou em parcelas, a critério do Diretor Regional.

2.3.9 Também serão descontados integralmente os tratamentos interrompidos por iniciativa do paciente, sem justificativa.

2.3.10 Não será autorizado que o paciente troque de dentista, a menos que, durante o tratamento, se verifique que esse dentista não está habilitado a realizar determinado procedimento ou que haja algum impedimento por razões alheias à vontade do paciente (falecimento do profissional, transferência do empregado para município distante e outras).

2.3.11 Cada GETO emitida vale para todas as etapas do tratamento nela mencionadas e deve ser assinada, pelo titular ou dependente, somente quando essas etapas estiverem concluídas. O tratamento deverá ter uma duração máxima de 6 (seis) meses, salvo os casos devidamente justificados.



* 2.3.12 O prazo de carência para realização de um novo tratamento será de 1(um) ano, exceto para os tratamentos considerados como urgência.

Exemplo: fratura de um dente, quebra de uma restauração e em casos que o paciente esteja realmente sentindo dor.

2.3.13 As restaurações, em qualquer material, deverão ter garantia mínima de 2 (dois) anos.

2.3.14 Os sulcos pigmentados, assim como as manchas brancas e lesões de cáries inativas (em silêncio clínico) deverão ser mantidas sob controle. Sulcos pigmentados profundos, retentivos e com desmineralização adjacente deverão ser restaurados.

2.3.15 Aplicação tópica de flúor poderá ser realizada em pacientes de todas as idades.

2.3.16 O selamento de cicatrículas e fissuras só poderá ser indicado para dentes permanentes posteriores recém-erupcionados, cujos sulcos oclusionais apresentam-se profundos e/ou retentivos.

2.3.17 Os procedimentos de periodontia só poderão ser realizados por profissionais com título de especialização em periodontia (na primeira fatura deverá ser encaminhado cópia do título de especialização, no caso de profissionais do interior).

2.3.18 a 2.13.19 REVOGADOS

2.4 Não serão permitidos:

a) o uso de Resina Fotopolimerizável em dentes posteriores e nem a substituição de restaurações antigas, mesmo por motivo de estética, exceto quando autorizado pelo dentista do Ambulatório da ECT, ou dentista-perito nas localidades onde não existe Ambulatório;

b) Rasuras na FTO e qualquer alteração no plano de tratamento feito após o início do mesmo. O credenciado deverá enviar novamente a FTO com a alteração e justificativa, para a nova aprovação.

2.5 A relação de procedimentos odontológicos cobertos pelo CorreiosSaúde será distribuída e atualizada, quando necessário, pela Área de Saúde da Administração Central, para todas as Diretorias Regionais.

2.6 Auditoria Odontológica – Padronização da Rotina de Atendimento

2.6.1 Ao realizar uma auditoria, o auditor deve manter imparcialidade frente ao plano de tratamento apresentado, de acordo com o Código de Ética, e seguir as orientações contidas nos Manuais de Auditoria da Área Odontológica, e do Credenciamento sob pena de sofrer processos diversos na área cível.

2.6.2 Ao detectar algum procedimento que não esteja dentro dos critérios estabelecidos pelo Convenio, solicitamos que seja adotada a rotina de preenchimento de duas vias, do Relatório de Auditoria (anexo do Manual de Auditoria da Área Odontológica). Depois de preenchido, não são permitidas as substituições de códigos por meio de rasuras por tratar-se de documento pertencente ao Credenciado.



- * 2.6.3 Depois de preenchido, a primeira via do Relatório de Auditoria deverá ser enviada ao Credenciamento, juntamente com as duas vias da FTO; a segunda via deverá ser arquivada.
- 2.6.4 As glosas deverão ser identificadas no campo destinado para tal, localizado na FTO, de preferência marcando um (x) em caneta vermelha e preenchendo o Relatório de Auditoria com o código correto.
- 2.6.5 As auditorias com valores entre R\$ 80,00 e R\$ 150,00 poderão ser aprovadas através de exame único, onde o auditor libera o paciente da auditoria final.
- 2.6.6 Sempre que existirem dúvidas com relação ao diagnóstico, o auditor poderá solicitar radiografias para esclarecimento.
- 2.6.7 Todo plano de tratamento e autorizado (Auditoria inicial) deverá ser transportado para o Prontuário de Registro Odontológico (PRO) e arquivado juntamente com a segunda via da FTO.
- 2.6.8 Ao realizar a Auditoria Final, o auditor deverá registrar no PRO (data, nome da clínica e assinar), arquivando-o em seguida, além de fazer o controle dos valores de prótese liberados para aqueles.
- 2.6.9 Orientamos às Regionais que realizem entre os Auditores Regionais a fim de uniformizar os procedimentos. Finalmente, caso permaneçam dúvidas com relação à rotina adotada, o Departamento de Saúde está à disposição para os esclarecimentos necessários.
- 2.6.10 A regional deverá encaminhar ao DESAU, mensalmente, o Relatório de Procedimentos Odontológicos, que apresentam os dados estatísticos referentes ao atendimento odontológico realizado no ambulatório e na rede credenciada, para efeito de controle e acompanhamento gerencial.

3 PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO PAGAMENTO DAS CONTAS MÉDICAS

3.1 A conferência dos documentos de cobrança da prestação dos serviços ao CorreiosSaúde pelo credenciado será efetuada pelo Setor de Contas Médicas de cada uma das Diretorias Regionais.

3.1.1 O faturamento das despesas médicas deverá ser realizado por intermédio do sistema informatizado aprovado pelo Departamento de Saúde.

3.2 A cobrança da prestação dos serviços deverá ser feita por intermédio de Nota Fiscal para as pessoas jurídicas e de Recibo de Pagamento a Autônomos - RPA para as pessoas físicas.

3.2.1 No caso de cobrança de prestador de serviços pessoa física, o RPA – Recibo de Pagamento de Autônomos deverá seguir o modelo aprovado pela ECT, em razão das determinações da Previdência social.

3.3. Conferência do Faturamento

3.3.1 O Setor de Contas Médicas receberá os documentos encaminhados:

- a) pela Rede Credenciada;



- * b) pelos empregados que utilizaram o Sistema de Livre Escolha;
c) pelas demais Diretorias Regionais.

3.3.1.1 Os documentos recebidos da Rede Credenciada deverão ser devidamente protocolados no Sistema Informatizado da ECT.

3.3.2 Os documentos encaminhados pela Rede Credenciada são compostos da 2ª via das guias utilizadas, da Nota Fiscal ou do Recibo de Pagamento a Autônomos - RPA, da relação de pacientes atendidos e de relatórios médicos, pedidos médicos e laudos de exames e, ainda, quando se tratar de tratamento odontológico, das correspondentes Fichas de Tratamento Odontológico (FTO).

3.3.3 Nos atendimentos de urgência ou emergência não regularizados pelo beneficiário, ou seja, aqueles para os quais não foram emitidas as correspondentes guias, os credenciados deverão informar na cobrança, obrigatoriamente:

- a) dados do titular (nome completo e matrícula);
- b) dados do paciente (nome completo, código do dependente e grau de parentesco);
- c) tipo de atendimento prestado, descrito pelo médico assistente;
- d) relatório da cirurgia e ficha da anestesia, se for o caso;
- e) relação de serviços, exames, materiais, medicamentos e taxas, se for o caso.

3.3.4 Não podem ser aceitas guias contendo qualquer tipo de rasura ou inclusões de procedimentos não autorizados pelo CorreiosSaúde.

3.3.5 Não podem ser aceitas as guias apresentadas na cobrança, por determinado credenciado, se tiverem sido emitidas em nome de outro credenciado, situação em que deveriam ter sido substituídas previamente pelo beneficiário.

3.3.6 A Área de Contas Médicas deverá conferir minuciosamente as faturas apresentadas pelos credenciados, somente liberando-as para pagamento quando não restar qualquer dúvida sobre a sua propriedade.

3.3.6.1 Realizar, como norma de trabalho, visitas, por médicos da Regional, nos hospitais onde possuem empregados/dependentes internados, para a constatação da propriedade ou não dos procedimentos aplicados e dos equipamentos, medicamentos e materiais utilizados. Deverá se informado ao setor de contas médicas quais os hospitais e pacientes visitados naquele mês, para que o próprio médico visitante acompanhe a conferência da fatura.

3.3.6.2 Conferir principalmente o seguinte:

- a) se as guias estão assinadas pelo beneficiário ou por seu responsável (em caso de menor ou de paciente impossibilitado de assinar);
- b) valores dos serviços prestados, materiais, medicamentos, contrastes e taxas discriminados nas faturas e demais documentos que acompanham as guias, comparando-as com os valores constantes das tabelas adotadas pelo CorreiosSaúde;



* c) se os atendimentos prestados estão relacionados com as especialidades para as quais o credenciado se cadastrou na Área de Contas Médicas, não cabendo cobranças de procedimentos em especialidades diferentes das cadastradas;

d) se o credenciado solicitou autorização prévia ao CorreiosSaúde para a realização de exames de alto custo, aquisição de materiais/medicamentos de alto custo, prótese e órteses, tratamentos especiais ou procedimentos não codificados na Tabela de Honorários Médicos da UNIDAS;

e) se as quantidades de materiais, medicamentos e contrastes estão compatíveis com os procedimentos realizados/autorizados pelo CorreiosSaúde, bem como se o uso de importados, se for o caso, é decorrente da inexistência de similar nacional;

f) se existe duplicidade de cobranças, principalmente no caso de terceirizados que atuam dentro de hospitais credenciados.

Exemplo: um hospital credenciado cobrar honorários médicos e a equipe assistente cobrar os mesmos honorários diretamente ou através de uma Associação;

g) se foram cobrados procedimentos não autorizados pela Empresa, com base na relação constante do MANPES 16/2;

h) se o beneficiário utilizou os serviços durante a vigência da guia como também se está legalmente cadastrado e durante a vigência do benefício;

i) se existe cobrança de prótese, stent, marcapasso, L.I.O. e outros materiais/medicamentos de alto custo e/ou controlados pela Empresa que não tenham sido autorizados previamente pelo CorreiosSaúde ou que tenham sofrido majoração com base em taxas de comercialização não praticadas pela Regional; e

j) se o período de internação ultrapassou a quantidade de diárias autorizadas pelo CorreiosSaúde.

3.3.6.3 No caso das guias relativas a tratamentos odontológicos, a análise será realizada previamente pela Área Odontológica do Ambulatório da Regional, antes do processamento pela Área de Contas Médicas.

3.3.7 Após a análise mencionada, a Área de Contas Médicas verificará se os valores cobrados são maiores do que o determinado pelo convênio.

3.3.7.1 Em caso negativo, armazenará os valores a serem pagos para compor a folha de pagamento da Rede Credenciada.

3.3.7.2 Em caso afirmativo, fará a correção das não conformidades, ou seja, dos valores incorretos, os quais serão adaptados às tabelas vigentes para liberação e, se necessário, acionará o médico encarregado da auditoria na Regional para verificação junto aos credenciados envolvidos e regularização das tabelas de preços por eles utilizadas.

3.3.7.2.1 Os valores liberados, após a correção, serão armazenados com aqueles mencionados no MANPES 16/3, para compor a folha de pagamento da Rede Credenciada.



* **3.3.8** As guias serão processadas/liberadas no sistema informatizado autorizado pelo DESAU, pela Área de Contas Médicas, para que se obtenham os dados necessários ao faturamento e ao compartilhamento das despesas médicas, inseridos em arquivos gerados, separadamente, para esses fins.

3.3.9 No caso dos Recibos e Notas Fiscais apresentados no Sistema de Livre Escolha, os procedimentos de conferência tomarão por base o disposto no MANPES 16/2.

3.3.10 No processo de conferência do faturamento, o Setor de Contas Médicas deverá observar o disposto nas Diretrizes Técnicas da Área de Saúde.

3.4 Pagamento

3.4.1 Com base nos dados armazenados, a Área de Contas Médicas gerará arquivos para o pagamento dos credenciados e de co-participação dos empregados e os demais listados no sistema SASMED, as cartas/notificações de glosas e os demonstrativos de pagamentos à Rede Credenciada.

3.4.1.2 A classificação, o registro orçamentário e a liberação dos pagamentos serão realizados pelas áreas competentes, na Regional.

3.4.2 Quando o período de uma internação ultrapassar o período de determinado mês, o credenciado deverá encerrar a conta daquele mês e o Serviço Médico prorrogará o prazo da guia original, cabendo o pagamento daquele mês ao credenciado e o conseqüente compartilhamento dessas despesas pelo beneficiário.

3.4.2.1 Em hipótese alguma as guias originais poderão ser substituídas por cópias (xerox, fax, scanner ou outro meio de reprodução).

3.4.2.2 REVOGADO

3.4.3 Os prazos de pagamento são os definidos regionalmente e constarão do Edital de Chamamento Público e do Termo de Credenciamento, divulgados aos interessados e aos credenciados, respectivamente.

3.4.4 Os Recibos e as Notas Fiscais apresentados pelos titulares empregados ativos da ECT no Sistema de Livre Escolha, serão reembolsados pela Área de Recursos Humanos da Regional, após remessa do arquivo específico pela Área de Contas Médicas.

3.4.4.1 O prazo para reembolso obedecerá ao disposto no MANPES 16/2.

3.4.5 As Regionais deverão informar ao titular, mensalmente, os valores gastos por ele e por seus dependentes na Rede Credenciada, através da emissão de Extrato de Despesas Médicas ou documento similar.

3.4.6 A Área de Contas Médicas deverá emitir, mensalmente, as CIs de despesas de titulares de outras Regionais, informando os gastos e as lotações de cada um deles, encaminhando-as para a Área Financeira, que, sendo o caso, efetuará a transferência das despesas.



* **3.5** Deverá ser aprimorado o processo de Negociação com a Rede Credenciada, incentivando a negociação de “Pacotes” cirúrgicos e outros com o objetivo de baratear as despesas cirúrgicas/internações. Promover negociações de Próteses, Órteses e Materiais de Alto Custo. Controle de Internações Prolongadas. Intensificar acompanhamento do paciente com longo período de internação.

3.5.1 a 3.5.4 REVOGADOS

3.6 SASMED – o processo de Faturamento no SASMED deverá seguir as normas constantes no Manual de “Procedimentos Operacionais - SASMED”.

3.7 Carta de correção nos pagamentos na área de saúde. Deverá ser cancelado e procedido a substituição de notas fiscais de prestação de serviço, quando essas apresentarem erros, considerando que a legislação do ISS, na maioria dos municípios brasileiros, não prevê a utilização da Carta de Correção.

3.7.1 Não deverá ser utilizada a Carta de Correção para compensar glosas que porventura ocorram no processo de faturamento das contas médicas/odontológicas, no âmbito dessa Regional.

3.8 Regras que deverão ser observadas sobre o preenchimento da Nota Fiscal:

a) a legislação tributária, em geral, quando admite a utilização de “Carta de Correção”, ou é para informar procedimentos fiscais levados a efeito e/ou a serem iniciados ou concluídos, ou seja, a carta de correção, nas hipóteses permitidas, e comentadas a diante, não é a solução em si, mas apenas a informação de que providências foram iniciadas e devem ser concluídas à luz da legislação estadual;

b) o RIPI – regulamento do IPI (legislação federal) prevê que, havendo constatação de erro no preenchimento do documento fiscal antes da remessa da mercadoria, o mesmo deverá ser cancelado e substituído por outro com dados corretos. Se a constatação ocorrer após a saída da mercadoria o remetente fará anotações no livro de ocorrências, informando imediatamente ao destinatário o fato e as providências a cargo de cada um;

c) por outro lado, se a irregularidade for detectada pela empresa destinatária da mercadoria, esta deverá creditar-se pelo valor correto do IPI – o direito ao crédito só acontece quando o adquirente for contribuinte desse imposto, que não é o caso da ECT – e comunicar o fato ao remetente no prazo de oito dias, contados da data do recebimento, ou antes de iniciar o uso ou venda dos produtos, se o início ocorrer antes dos oito dias do recebimento. Caberá ao remetente, de posse da comunicação tomar as providências cabíveis junto ao fisco de seu Estado. Na verdade carta de correção é como se fosse “carta para que sejam feitas as correções”;

d) para evitar problemas com o fisco, os órgãos da ECT deverão fazer rigorosa conferência dos documentos fiscais, à luz da legislação estadual conforme anexos, cotejando os produtos recebidos, no ato da entrada destes, e também com o documento interno que originou o pedido;

e) as orientações valem também para os serviços abrangidos pelo ICMS (de transporte intermunicipal, interestadual e de comunicação). Em qualquer situação de erro, deve-se



- * atentar para o regulamento do ICMS do respectivo Estado, porquanto divergentes em muitos detalhes.

3.9 Liquidação de Despesas Médicas por meio de Autorização de Pagamento (AP)

3.9.1 Poderá ser utilizada, excepcionalmente, em casos emergenciais ou para cobertura de procedimentos especiais que não sejam oferecidos pela Rede Credenciada da ECT ou nas localidades que não possui rede credenciada.

3.9.2 É necessário a apresentação da Nota Fiscal ou Recibo e que o procedimento seja caracterizado como pagamento efetivo.

3.9.3 Tal procedimento deverá ser autorizado após análise criteriosa por 2 (dois) médicos do Ambulatório da ECT e após avaliação pela Área de Contas Médicas quanto à vantagem financeira entre o pagamento por "AP" na rede particular e o encaminhamento do paciente para outra Regional (Rede Credenciada da ECT ou Rede Oficial); com autorização do Diretor Regional.

3.9.4 As despesas médico-hospitalares e odontológicas pagas através de "AP" deverão ser compartilhadas pelo titular nos mesmos moldes de co-participação citados no MANPES 16/2.

4 GENERALIDADES

4.1 Guias

4.1.1 A avaliação de exames complementares efetuada pela rede credenciada não será considerada consulta, sendo desnecessária a emissão de guia quando essa avaliação ocorrer dentro de 15 (quinze) dias após a consulta ou do prazo acordado regionalmente.

4.1.2 As consultas realizadas pelo mesmo médico, no mesmo paciente e relativa à mesma patologia (mesmo CID), no prazo de 15 (quinze) dias a contar do atendimento anterior ou no prazo acordado regionalmente, são consideradas pela ECT como retorno e, nesse caso, as guias não são autorizadas.

4.1.3 Todas as guias emitidas pelo responsável no Ambulatório da Empresa ou nas Agências/Regiões Operacionais autorizadas terão prazo de validade de 15 (quinze) dias a contar da data de sua emissão.

4.2 Ambulatório

As Diretorias Regionais deverão enviar ao Departamento de Saúde:

a) proposta devidamente justificada quando da necessidade de aumento de efetivo dos Ambulatórios;

b) a previsão de material permanente, necessária para os Ambulatórios da ECT que, após apreciação e homologação dos pedidos, enviará à Área responsável pela Aquisição e Administração de Material, para as providências cabíveis;



- * c) semestralmente, até o dia 5 (cinco) dos meses de janeiro e julho, o quadro de pessoal e de instrumental/móveis/equipamentos existentes em cada Ambulatório.

4.3 Controle de Despesas

4.3.1 O médico/auditor do Ambulatório da Diretoria Regional deverá, quando determinado pelo Diretor Regional ou pelo Gerente responsável pela Área de Saúde, fazer inspeção e fiscalização nas situações em que a incidência de consultas, de exames complementares e de hospitalizações, inclusive casos de natureza emergencial, revelarem indícios de anormalidade.

4.3.2 Até o dia 15 (quinze) de cada mês, impreterivelmente, as Diretorias Regionais deverão transmitir ao Departamento de Saúde os dados de atendimento e financeiros da Área de Saúde (Relaten – Relatório de Atendimento), referente ao mês anterior.

4.4 Procedimentos quando do Desligamento de Titulares

4.4.1 Para evitar o uso indevido do CorreiosSaúde por titulares/dependentes desligados do quadro de pessoal da ECT ou do próprio CorreiosSaúde, deverá ser adotado o seguinte procedimento:

a) O Setor responsável pela área de saúde deverá, em caráter de urgência:

I - providenciar a inclusão da data de desligamento do empregado no sistema informatizado de atendimento da área de saúde;

II) - recolher os prontuários do empregado demitido e de seus dependentes, apondo nos mesmos o carimbo de “desligado”, encaminhando-os ao arquivo morto; e

III) - comunicar, no caso do ex-empregado possuir beneficiário dependente que resida em localidade fora da sua jurisdição, à área de saúde da jurisdição onde reside o beneficiário dependente.

4.4.1.1 e 4.4.1.1.1 REVOGADOS

4.4.2 O titular poderá ter a cobertura das despesas médico-hospitalares e odontológicas até a data do desligamento.

4.4.3 O órgão responsável pelas atividades de desligamento do empregado, ao ser informado da extinção do contrato de trabalho, deverá solicitar ao órgão responsável pela operacionalização do benefício CorreiosSaúde, a pendência de despesas médicas do ex-empregado na Rede Credenciada.

4.4.3.1 Na hipótese de internação hospitalar do dependente, a cobertura das despesas médicas dar-se-á até a data da alta do paciente, mesmo que tenha ocorrido o desligamento do titular, o qual deverá ressarcir à ECT os valores pagos.

4.4.3.2 As despesas médico-hospitalares e odontológicas realizadas e aferidas até o desligamento terão a co-participação cobrada do ex-empregado, sempre que possível, por ocasião do acerto rescisório.



* **4.4.3.3** As despesas médico-hospitalares e odontológicas realizadas antes do desligamento do empregado e que somente puderem ser aferidas após o acerto rescisório, bem como aquelas não cobradas no acerto rescisório, serão objetos de carta de cobrança do valor da respectiva co-participação, a ser recolhido por intermédio de Comprovante.

4.4.3.4 As despesas médico-hospitalares e odontológicas realizadas indevidamente, após o desligamento do empregado, serão cobradas integralmente do mesmo, que será notificado para pagamento do débito, a ser recolhido por intermédio de Comprovante.

4.4.3.5 As cartas de cobrança e a notificação mencionada no Capítulo 16/3 - 4.4.3.3 e 4.4.3.4. serão emitidas pela Área de Saúde da jurisdição do ex-empregado, com cópia para a Área Financeira e para a Assessoria Jurídica da mesma jurisdição.

4.4.3.5.1 Se o recolhimento dos valores devidos pelo ex-empregado não for efetuado no prazo estabelecido, o assunto deverá ser encaminhado à Assessoria Jurídica para as medidas cabíveis.

4.4.3.6 Quando o titular for um ex-empregado da ECT, aposentado, a área de Saúde da Diretoria Regional deverá:

a) comunicar a exclusão, de imediato, à área de Recursos Humanos para que esta providencie a exclusão dos beneficiários no sistema POPULIS;

b) retirar todos os beneficiários do CADSAUDE e do SASMED; e

c) verificar possíveis pendências de despesas a serem compartilhadas.

4.4.4 No caso de falecimento do titular, eventuais débitos de co-participação pendentes serão cancelados automaticamente, não cabendo cobrança à família do "de cujus".

4.5 Diretrizes Técnicas da Área de Saúde

4.5.1 As informações técnicas do CorreiosSaúde, necessárias ao controle das despesas médicas, inclusive para as auditorias pré e pós-eventos e de contas médicas, constam das Diretrizes Técnicas da Área de Saúde, encaminhadas pelo Departamento de Saúde a todas as Diretorias Regionais.

4.5.2 Os critérios definidos nas Diretrizes Técnicas da Área de Saúde, serão rigorosamente observados para as autorizações de consultas, exames, tratamentos ambulatoriais, internações e cirurgias.

4.5.2.1 a 4.5.3 REVOGADOS

4.6 Os casos não previstos neste Capítulo deverão ser encaminhados ao Departamento de Saúde, que os analisará e os submeterá, se couber, à apreciação e decisão do Diretor de Recursos Humanos.

4.6.1 e 4.6.2 REVOGADOS

4.7 O cadastramento dos materiais/serviços/medicamentos no ERP, agora a cargo do DECAM, tem como objetivo padronizar os procedimentos de compra.



IF 4.8 Para que este cadastramento seja realizado, deverá ser adotada a seguinte rotina:

a) a Área de Saúde ao solicitar o cadastramento deverá obedecer aos padrões definidos pelo DECAM, utilizando o formulário disponibilizado na Intranetec – DECAM – Cadastrado ERP. O preenchimento deverá ser feito em conjunto com o GERAD. Na solicitação deverá ser preenchido o tipo, modelo, dimensão. No que se refere à medicação devem ser cadastrados o princípio ativo e também o nome comercial;

b) a GERAD deverá realizar consulta ao “Cadastro Mestre”, verificando se algum item genérico poderá atender a necessidade específica da DR, em caso negativo formular o pedido de inclusão e encaminhar para o DESAU- desau-caixa@correios.com.br para avaliação; e

c) o DESAU analisará os pedidos de inclusão e solicitará ao DECAM seu cadastramento no ERP; o DECAM processará a inclusão; e a Área Médica e a GERAD da Regional adotaram as providências com vistas ao cumprimento destas orientações, objetivando a busca da melhoria e agilização do processo de compra.

4.9 CARTÃO DE COMPRA

4.9.1 Orientações a serem observadas:

a) adquirir por intermédio do cartão somente os itens específicos de uso médico e de alto custo, tais como: prótese de complementação cirúrgica, cateteres, marca passos, sondas, válvulas, stent, laminas e outros utilizados nas intervenções cirúrgicas;

b) manter um controle minucioso das aquisições realizadas;

c) cumprir os procedimentos de utilização do cartão de compras, de acordo com o MANLIC, Módulo 8;

d) Não ultrapassar, em hipótese alguma, o limite de R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais) mensais;

e) não utilizar, em hipótese alguma, o cartão para aquisição de outros materiais/medicamentos utilizados pela área de saúde;

f) encaminhar mensalmente ao DESAU, a relação discriminada (descrição, quantidade, valor, etc) das aquisições realizadas pelo referido cartão, bem como a redução de despesas ocorridas com as compras. Ao final de cada ano de utilização, apresentar relatório justificando a manutenção do cartão.

4.10 CUSTO DA ÁREA DE SAÚDE

4.10.1 Deverá ser elaborado relatório que possibilite a apuração do real custo do CorreiosSaúde e que complemente o RELATEN, que deverá ser enviado mensalmente ao DESAU.

4.10.2 Os referido relatório deverá conter as despesas com pessoal dos órgãos administrativos da estrutura regional que administra a Área de Saúde, despesas com a



IF manutenção de equipamentos dos ambulatórios, aquisição de materiais, medicamentos e outras despesas relativas à área.

4.10.2.1 As despesas realizadas com a finalidade de atender a Assistência Médica Hospitalar e Odontológica, nem sempre são alocadas aos órgãos vinculados a área de saúde.

4.10.3 As despesas realizadas com a Área Médica serão encontradas no BDCR – Banco de Dados de Custos e Receitas, desde que devidamente registradas com o código do STO - Sistema de Tabela do(s) Órgão(s) da Área de Saúde da Regional.

4.10.4 O(s) Órgão(s) da Área de Saúde da Regional, sede da Regional e do interior, deverão ser cadastrados no STO, onde a despesa ocorreu, adotando, para isto, os seguintes procedimentos:

a) verificar se os órgãos administrativos, conforme módulo 40 do MANORG, Capítulo 2,3,4,6,7 e 8, que administram a Área de Saúde da Regional, até o nível de seção, e todos os ambulatórios em efetivo funcionamento, estão corretamente cadastrados no STO, com o STATUS “CRIADO E INSTALADO”;

b) caso os órgãos citados no subitem imediatamente anterior não estejam cadastrados, a Regional providenciará o imediato e devido cadastramento dos mesmos;

c) alterar, no STO, o STATUS dos órgãos/ambulatórios extintos ou desativados para “Fechado em definitivo” ou “Fechado Provisoriamente”;

d) enviar ao DESAU o código, nome e situação de cada órgão/ambulatório cadastrado, em efetivo funcionamento, inclusive aquele que futuramente vier a ser criado, conforme exemplo a seguir:

Código do STO	Nome do Órgão/ Ambulatório	Situação (STATUS)
50270214	Seção de Administração de Convênios	Criado e Instalado
28800028	Ambulatório Centro Operacional	Criado e Instalado

e) mencionar o código do STO do Ambulatório ou do Órgão da Área de Saúde, que foi o gerador da despesa, em todos os documentos relativos às despesas realizadas a seguir especificadas, entre outras:

I - transporte aéreo ou terrestre de beneficiários do CorreiosSaúde, para tratamento em outras localidades;

II - remoção em ambulância;

III - ranslado de copos;

IV - aquisição de material médico, hospitalar e odontológico e/ou medicamentos;

V - serviços de conservação/manutenção das instalações, móveis e/ou equipamentos da área de saúde;



IF

VI - serviços de atendimento médico/odontológico nos ambulatórios;

VII - serviços de auditoria médica (visita hospitalar ou de contas médicas); e

VIII - despesas com ordenados e salários dos empregados que executam atividades diretamente vinculadas com o Serviço de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica, seja nos ambulatórios ou nos demais órgãos da estrutura da Área de Saúde. A captação dessa despesa será efetuada do banco de dados de pessoal, fazendo-se o link entre a matrícula do empregado e o STO de seu órgão de lotação, razão pela qual a lotação do empregado, no cadastro de pessoal, deverá ser realmente aquela em que o empregado exerce sua atividade.

5 CREDENCIAMENTO

5.1 Credenciamento Pessoa Física

5.1.1 As Diretorias Regionais somente estão autorizadas a realizar o credenciamento de Pessoa Física quando, comprovadamente, inexistir na localidade pessoa jurídica que possa prestar os serviços nas especialidades requeridas.

5.1.2 Com a finalidade de atender a Legislação vigente do INSS as Áreas de Saúde de todas as Regionais que deverão buscar junto a seus atuais credenciados novas informações cadastrais para acrescentar ao SASMED, tais como Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal e data de nascimento (apenas para pessoa física).

5.3 Cartão do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

5.3.1 Procedimentos a serem adotados para efeito de credenciamento, deverá ser aceito, em substituição ao Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, a “Comprovação da Condição de Inscrito” no CNPJ e da Situação Cadastral emitida pela Internet, nos termos estabelecidos pela Instrução Normativa da SRF nº 2000/2002, de 13 de setembro de 2002, da Secretaria da Receita Federal:

a) a aceitação do citado documento ficará condicionada a confirmação na Internet, pelo responsável na ECT, no endereço www.receita.fazenda.gov.br, serviço “Emissão de Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral”;

b) com relação a validade, esta fica condicionada à situação cadastral que constar no citado documento, que poderão se apresentar em 5 (cinco) situações:

I – ativa Regular;

II – ativa Não Regular;

III – suspensa;

IV – inapta;

V – cancelada.



IF

c) somente deverá ser aceito para o cadastro/credenciamento, e/ou licitação/contratação, a comprovação de inscrição que trouxer discriminada no campo SITUAÇÃO CADASTRAL do formulário a informação ATIVA REGULAR.

5.4 Certidão Negativa de Débito – CND

5.4.1 A Regional deverá exigir dos credenciados da Área de Saúde, pessoa jurídica, a Certidão Negativa de Débito - CND, por ocasião do credenciamento, sem a qual a entidade não poderá ser credenciada;

5.4.2 O DEJUR posicionou-se, com fundamentação no caráter de excepcionalidade para a Área médica, devido à natureza dos serviços prestados aos beneficiários da ECT, pela não exigibilidade da CND, exclusivamente para efeito de pagamentos mensais, considerando a peculiaridade e a natureza da situação, por tratar-se de preservação e proteção à saúde e a vida do trabalhador ecetista;

5.4.3 A excepcionalidade a que se refere o subitem imediatamente anterior está condicionada à inexistência de prestador de determinada modalidade de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica, em condições de substituir, sem prejuízo da eficácia do atendimento, aquele credenciado em situação de inadimplência com a previdência social;

5.4.4 Considerando que a validade da CND é de 60 (sessenta) dias, a entidade deverá ser notificada, no ato do credenciamento, se o documento apresentado estiver fora do prazo de validade;

5.4.5 A Área de Saúde deverá informar à GECOF as entidades que estão com a CND irregular e que continuarão a prestar os serviços de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica, por se enquadrarem na recomendação do DEJUR, conforme consta desse Manual.

6 Pagamento a fornecedores credenciados amparados por medida judicial

6.1 A ECT adotará os procedimentos estabelecidos nos subitens seguintes, quando se tratar de pagamento a fornecedores credenciados amparados por medida judicial liminar, ante as disposições do artigo 27 da Instituição Normativa – SRF 306/2003.

6.1.1 Não mais poderá ser aceita declaração de credenciamento e sim deverá ser exigida a apresentação da certidão expedida pela Vara Judicial onde tramita o processo, sendo que tal documento tem validade de 30 (trinta) dias.

6.1.2 Deverá estar anexada à nota fiscal, a cada pagamento, certidão expedida pela Vara Judicial onde tramita o processo, denominada “Certidão de Objeto e Fé”.

6.1.3 No âmbito da ECT, esta certidão terá um prazo de validade de trinta dias, a contar da sua data de emissão, e após este prazo, o contratante deverá apresentar nova certidão que demonstre o estágio atual do processo na justiça.

7 LEGISLAÇÃO



IF 7.1 Legislação Previdenciária e Tributária deverão ser observadas todas as recomendações da Área Financeira.

7.2 Comprovante de Rendimento e Retenção Anual. Haverá comprovante de rendimentos e retenção anual que será encaminhada pela ECT (área de pagamentos) aos credenciados até o dia 28 de fevereiro de cada ano.

8 DIVULGAÇÃO DE PROFISSIONAIS CREDENCIADOS E SOBRE TEMAS DE SAÚDE – CORREIOSAÚDE.

8.1 Deverá ser dada ampla divulgação de toda a rede credenciada pela ECT para prestação de Assistência Médico/Hospitalar e Odontológica aos empregados da ECT e seus respectivos dependentes, com o objetivo de orientar e proporcionar facilidade aos beneficiários do CorreiosSaúde, quando de sua utilização.

8.2 Temas de Saúde. Procedimentos a serem adotados pela Regional:

a) submeter, previamente e obrigatoriamente, ao crivo da área médica local, a profissional credenciado para tanto, toda e qualquer matéria destinada à veiculação interna (BI/Regional, BI/ECT, jornal informativo interno) ou externa (jornal, revista, Imprensa local ou nacional) deverá ser submetida ao DESAU para aprovação;

b) as mensagens devem estar sedimentadas nos seguintes aspectos:

I - ética Médica;

II - respeito a relação médico-paciente;

III - observância fidedigna ao código de Ética Médica/Conselho Federal de Medicina, quando da divulgação de medicações, terapias e citações de entidades;

IV - fundamentação técnica/científica dos dados, inclusive citação da fonte;

V - coerência com os valores preconizados pelo Programa Nacional de Qualidade dos Correios;

VI - desenvolver ações integradas com todas as áreas da empresa, sobretudo com a Área de Comunicação, com o objetivo de aproveitar a grande influência que a mídia possui junto à coletividade em favor de um processo de aprimoramento cultural da comunidade ecetista.

9 GESTÃO DE CUSTOS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

9.1 Deverá ser realizada Auditoria em todos os Processos da Área.

9.1.1 Todos os procedimentos do CorreiosSaúde devem estar rigorosamente, sem qualquer tipo de execução, consubstanciados nas normas vigentes sobre o assunto.



IF 9.1.2 Deve ser feita uma avaliação da situação atual e, caso seja detectada alguma divergência, providenciar, de imediato, as devidas adequações. Para tal, deve-se avaliar o fiel cumprimento dessas normas.

10 ARQUIVO DE COMPARTILHAMENTO

10.1 Procedimentos a serem adotados pela Regional:

a) o Arquivo de Compartilhamento deve ser feito adequadamente e enviado na data preestabelecida;

b) para cada arquivo importado haverá, obrigatoriamente, um arquivo de validação. Este arquivo demonstrará a correta importação ou apresentará alguma divergência, como, Empregados demitidos, matrículas inválidas e outros. O arquivo de crítica se encontra no mesmo endereço onde foi registrado o arquivo de compartilhamento;

c) para os erros apresentados deverão ser adotadas as devidas providências cabíveis;

d) para os arquivos de importação, verifique se está correto e a necessidade ou não de importá-lo novamente ou, de apenas, correção de algum item;

e) é importante o acompanhamento desse processo, pois se o arquivo não for importado corretamente e se não houver correção das irregularidades não ocorrerão às co-participações e, conseqüentemente, haverá evasão de receitas;

f) neste caso, a área de saúde deverá acertar com as áreas responsáveis por essas despesas, para que a área médica seja informada, mensalmente, por relação nominal com o valor gasto com os beneficiários, para que possa incorporar as despesas pertinentes para efeito de co-participação.

10.2 Inserir despesas para co-participação:

10.2.1 Inserir na co-participação do beneficiário titular comandando no SASMED as despesas com transporte, hospedagem e alimentação do beneficiário e do acompanhante e demais despesas, nos casos de deslocamento para tratamento médico em outras localidades, encaminhado pela Empresa.

11 Prontuário Médico

11.1 Adotar o preenchimento obrigatório e completo do prontuário eletrônico nos Ambulatórios Internos da ECT, por se tratar de uma ferramenta essencial para se obter um escopo de situações epidemiológicas dentro da nossa Empresa e, com isso, direcionar as ações preventivas, em função da real situação constatada.

11.1.1 Ressalta-se também a importância de alguns itens do prontuário eletrônico, os quais não têm sido corretamente preenchidos:

a) CAMPO DE "CRÔNICOS" – especificar a patologia e o quadro clínico do paciente nos casos de doenças crônicas, indicando o CID correspondente;



IF

b) CID – sempre, a cada novo atendimento médico, colocar o CID dentro do item “Diagnóstico Realizado”.

11.2 Com a implantação do prontuário eletrônico, o prontuário físico, tradicional, não receberá nenhum registro. Pode ser utilizado para arquivar determinados documentos do paciente, considerando sua natureza e necessidade de guarda.

11.3 Encaminhamento de Prontuário Médico

11.3.1 Procedimentos a Serem Adotados na Origem

11.3.1.1 A Área de Pessoal informará à Área de Saúde a transferência de empregado para a jurisdição de outra DR ou da AC.

11.3.1.2 A Área de Saúde de origem do empregado transferido encaminhará o prontuário médico/odontológico à Área de Saúde de destino do empregado, oficialmente, por intermédio de CI, a qual deverá ser assinada pelo responsável pela Área Médica de origem.

11.3.1.3 O encaminhamento do prontuário médico/odontológico deverá ser feito levando-se em consideração os seguintes procedimentos: Encaminhar o Prontuário Médico em envelope colado, carimbado e assinado pelo responsável pela área de saúde remetente, com menção de “Prontuário Médico/Odontológico”, “Confidencial”.

11.3.1.3.1 Remessa do prontuário será feita com a utilização de AR (aviso de recebimento) exclusivo (separado dos demais documentos da área de pessoal), em malote de serviço.

11.3.2 Procedimentos a Serem Adotados no Destino

11.3.2.1 A Área Médica de destino informará, por intermédio de CI, o recebimento do prontuário médico/odontológico à Área de Saúde da DR remetente do prontuário.

11.3.2.2 A Área de Saúde de destino ao receber o prontuário, o encaminhará ao ambulatório, para arquivo em local adequado, correspondente à lotação do empregado.

11.3.2.3 Por se tratar de documento sigiloso e por questão ética, somente a Área de Saúde da DR de destino poderá receber o prontuário e somente médico do ambulatório de destino poderá abri-lo.

12 Controles

12.1 Implantar, perícia médica obrigatória para todos os casos de cirurgias eletivas nas cidades que dispõem de ambulatório médico. Para as demais cidades, essa análise poderá ser feita com base na documentação fornecida pelo médico assistente, podendo o paciente ser convocado para perícia, caso seja necessário, observando o custo benefício do deslocamento.

12.2 O prazo para realização da perícia/avaliação dos documentos e deliberação sobre o procedimento eletivo é de 10 dias úteis, devendo haver uma conscientização dos beneficiários/pacientes sobre esse procedimento.



IF 12.3 Intensificar a perícia médica, pré e pós realização dos eventos, analisando todos os procedimentos de alto custo e as cirurgias eletivas.

12.4 Exames Laboratoriais e Radiológicos. Não existe a aceitação de requisição de exames em formulários pré-impressos ou pré-definidos em meio eletrônico.

13 MEDICAMENTOS

13.1 Remédios Genéricos e Similares

13.1.1 Prescrição. Os profissionais médicos e odontólogos que atendem nos Ambulatórios da Empresa, bem como os que atendem na Rede Credenciada, deverão ser orientados quanto à rotina de prescrição de medicamentos, utilizando a denominação genérico, fórmula química, e/ou medicamentos similares que contêm o mesmo princípio ativo (fórmula farmacêutica) que normalmente apresentam preços mais baixos e qualidade equivalente àqueles de marca mais conhecida no mercado.

13.2 Deverá ser anexado nas guias médicas o seguinte lembrete: “orientar-se com seu médico sobre os medicamentos genéricos e similares”.

13.3 Essa medida tem o objetivo de beneficiar os empregados dos Correios e seus dependentes legalmente inscritos, quanto à aquisição de medicamentos a preço mais reduzidos, além de contribuir para o exercício de seu direito de escolha como consumidor.

13.4 A Regional deverá encaminhar carta a todos os profissionais médicos credenciados da ECT, com o objetivo de sensibilizá-lo sobre o assunto.

14 DIRETRIZES TÉCNICAS DA ÁREA DE SAÚDE

14.1 Entre os diversos objetivos desse documento, um deles é o de ampliar os controles das despesas realizadas com o CORREIOSSAÚDE, sem, contudo, afetar a qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários desse sistema, de fundamental importância para a política de Recursos Humanos da ECT.

14.1.1 As Diretrizes estão assim configuradas:

a) Módulo 1 – Conceitos e definições de termos mais utilizadas na área de Saúde;

b) Módulo 2 – Tabela comentada;

c) Módulo 2 – Manual sobre Análise de contas, contendo parâmetros para liberação e pagamento, etc.

14.2 Foram estabelecidos parâmetros para liberação de guias, inclusive detalhamento de materiais e medicamentos utilizados na maioria dos procedimentos cirúrgicos, Cobertura, definições e as associações indesejáveis, Termos Técnicos e Exames pouco solicitados.

14.3 Utilização das Diretrizes Técnicas. A área médica utilizará as Diretrizes Técnicas no dia-a-dia da Regional, (médicos, atendentes, faturistas, etc.) considerando que pretendemos



IF

conhecer e acompanhar todas as despesas realizadas pela citada área, com o objetivo de reduzirmos os custos sem prejudicar a qualidade dos serviços prestados.

15 NORMAS CONSOLIDADAS

15.1 As normas consolidadas do DESAU são atualizadas trimestralmente e têm vigência durante todo o trimestre a que as mesmas se referem e devem ser observados os seguintes itens:

a) aplicar as orientações contidas nas Normas Consolidadas ou no MANPES. Quando determinada orientação constar das Normas Consolidadas ou do MANPES e não existir nenhuma CI com data de expedição posterior à expedição desses documentos (Normas Consolidadas e MANPES), prevalece, neste caso, as orientações contidas nos citados documentos, até que os mesmos sejam atualizados;

b) aplicar as orientações contidas em CIs CIRCULARES. Quando determinado assunto, constante das Normas Consolidadas ou do MANPES, for tratado por intermédio de CI CIRCULAR, portando novas orientações, ajuste de texto ou inclusão de novos assuntos, prevalecem, neste caso, as orientações constantes das CIs expedidas sobre cada assunto, até que os citados documentos sejam atualizados.

16 RESÍDUOS DE SAÚDE

16.1 Deverão ser adotadas todas as orientações sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde constantes na Intranet, na página do DESAU.

17 SUBSTITUIÇÃO DE FUNÇÃO DE CONFIANÇA NA ÁREA DE SAÚDE

17.1 É comum, no âmbito da Empresa, a mudança de ocupante de função de confiança.

17.1.1 O novo ocupante de função de confiança na área médica deverá ser acompanhado pelo antigo titular da função, por determinado tempo, com o objetivo de transferir seus conhecimentos de forma a proporcionar segurança ao novo gestor, principalmente nas tomadas de decisões mais complexas.

17.1.2 É também de fundamental importância que qualquer profissional detentor de conhecimentos mais profundos sobre o CorreiosSaúde, principalmente sobre o sistema informatizado da área, repasse esses conhecimentos aos colegas do setor de trabalho, a fim de evitar solução de continuidade das atividades relativas ao CorreiosSaúde, em caso de mudança de lotação e, com isso, afetar a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários do sistema.

* * * * *