

ANEXO IX – PROTOCOLOS OPERACIONAIS

Em cumprimento aos termos da Resolução Normativa RN/ANS nº 305, de 09/10/2012, que estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS, e as que vierem a substituí-la, visando padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação e autorização, e assim evitar falta de clareza ou equívocos quando da emissão de guias, informamos que para atendimento dos pedidos deverão ser observados os seguintes critérios:

PEDIDO MÉDICO LEGÍVEL:

1. Solicitação em Papel Timbrado do Prestador Assistencial;
2. Carimbo e assinatura do médico assistente requisitante;
3. Data de emissão.

GUIA DE SOLICITAÇÃO LEGÍVEL:

1. Nome do Paciente/Beneficiário;
2. Número da Matrícula;
3. Nome do Prestador Executante;
4. Nome do Procedimento com Código TUSS;
5. Carimbo e assinatura do médico assistente requisitante;
6. Data de emissão.

DOCUMENTAÇÃO DIGITALIZADA LEGÍVEL:

1. Solicitação Médica em Papel Timbrado do Prestador Assistencial;
2. Verificação de Elegibilidade do Beneficiário;
3. Demais documentos complementares ao feito (relatório médico, resultado de exames, laudos, cotação de OPME, etc.).

ENCAMINHAMENTOS:

Para: pr.sereh@conab.gov.br

PRAZOS DE AUTORIZAÇÃO:

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA – Até 48 horas: O prestador deverá solicitar a autorização por meio do envio da solicitação médica, bem como do relatório médico, no 1º (primeiro) dia útil subsequente ao atendimento, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, devendo a Conab responder no mesmo prazo.

ATENDIMENTO ELETIVO – Até 3 dias úteis: O prestador deverá solicitar a autorização por meio do envio da solicitação médica, bem como do relatório médico, devendo a Conab responder em até 3 (três) dias úteis.

ATENDIMENTO ELETIVO COM COTAÇÃO DE OPME – Até 5 dias úteis: O prestador deverá solicitar a autorização por meio do envio da solicitação médica, bem como do relatório médico, acompanhado das especificações técnicas e, no mínimo, 3 (três) cotações, da OPME, devendo a Conab responder em até 5 (cinco) dias úteis.

ROL DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA EMPRESA DE AUDITORIA TÉCNICA CONTRATADA PELA CONAB:

Internações clínicas e cirúrgicas de qualquer natureza, exceto nos casos de emergência e/ou urgência, quando a autorização deverá ser providenciada obrigatoriamente no 1º (primeiro) dia útil após a admissão hospitalar;

Hemodinâmica;

Eletroneuromiografia;

Cintilografia;

Mamotomia;

Todos os procedimentos por vídeo;

Todos os procedimentos em dermatologia;

Assistência Hospitalar Psiquiátrica;

Assistência em Clínica Dia;

Tratamento de dependência química;

Terapia Ambulatorial (Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Quimioterapia, Radioterapia e Hemoterapia, Litotripsia, Escleroterapia;

PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA CONAB

Tratamentos fisioterápicos;

Tratamentos fisiátricos;

Tratamento de fonoaudiologia;

Terapia Psicológica;

Terapia Ocupacional;

Polissonografia;

Tomografia Computadorizada;

Ressonância Magnética;

Densitometria óssea, exceto para mulheres a partir de 50 anos;

Mapeamento cerebral com potencial evocado;

Mapeamento cerebral com eletroencefalograma;

Ecocardiograma com mapeamento de fluxo a cores, doppler colorido de vasos;

Dermatologia – exéreses de sinais.

ENTREGA DE FATURAMENTO – DIAS, HORÁRIOS E LOCAIS

1. Os prestadores de serviços assistenciais em saúde deverão entregar o faturamento, exclusivamente, na Companhia Nacional de Abastecimento - CONAB – Rua Mauá, nº 1.116 - Bairro Alto da Glória - CEP 80030-200 – Curitiba/PR, das 8h às 11h e das 13h às 17h. Com efeito, o envio do Arquivo XML deverá ser realizado por meio do Portal do Prestador, disponível em www.conab.gov.br

Em caso de dúvidas, manter contato com os nossos colaboradores, conforme segue:

CONAB – Sr. Deusdete – (41) 3313-1712; ou Sra. Elizabeth – (41) 3313-1722; ou Sr. Vitor (41) 3313-1705.

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

1. Todo Tratamento Odontológico, independentemente do valor, não deverá ser iniciado sem a prévia autorização expressa da CONAB, exceto os atendimentos de urgência ou emergência. Para tanto, sempre, encaminhar os pacientes ao Setor de Autorização da Conab.
2. Para tratamentos odontológicos que sejam iguais ou superior a 750 Unidades de Serviço Odontológico – USO, os pacientes deverão ser encaminhados ao Setor de Autorização da Conab, para posterior redirecionamento ao Perito Odontológico.
3. Não será computada no cálculo para fins de realização da Perícia Inicial, a quantidade de USO correspondente aos procedimentos de Consulta e Profilaxia.
4. A Perícia Final deverá ser realizada em até 08 (oito) dias úteis, após o término do tratamento.

PROTOCOLO OPERACIONAL – PROCEDIMENTOS SERIADOS FISIOTERAPIA (acupuntura, hidroterapia e RPG); FONOAUDIOLOGIA; PSICOLOGIA CLÍNICA; e PSIQUIATRIA.

Em cumprimento às Normas da Organização – NOC 60.105, aprovadas na Reunião do Conselho de Administração, ocorrida em 12/01/1993, e alterações (Resolução CONSAD nº 009, de 24/05/2021), visando, sobretudo, corroborar as disposições contidas no Comunicado, referente aos “Protocolos Operacionais” aplicável no âmbito dos tratamentos seriados, damos amplo conhecimento aos envolvidos nos serviços em epígrafe, acerca dos ajustes que ora se mostraram necessários ao bom fluxo dos trabalhos, a saber:

*** Para o caso dos procedimentos músculo-esqueléticos:**

1. Mediante solicitação médica, o beneficiário escolherá a clínica de sua conveniência e após a avaliação do fisioterapeuta e relatório clínico, e emissão de Guia SP/SADT na página (<http://www.conab.gov.br/conteudos.php?a=1622&t=2>), preenchido com os códigos disponíveis nas Tabelas Referenciais – Códigos Próprios e CBHPM 2008 (<http://www.conab.gov.br/conteudos.php?a=1590&t=1>), encaminhar o paciente para autorização da CONAB pelo setor de atendimento do Setor de Recursos Humanos - SEREH;
2. O Setor de Recursos Humanos - SEREH, uma vez de posse da solicitação médica original; do relatório clínico fisioterápico, e da Guia SP/SADT, devidamente preenchida pelo prestador, com os códigos e procedimentos, indispensáveis ao atendimento, deverá analisar e só então autorizar o início do tratamento;
3. Em observância aos preceitos das normas que regem o benefício concedido pela Companhia, cada beneficiário tem direito a, no máximo, **10 (dez) sessões/mês**, aplicáveis aos casos de reabilitação nas patologias músculo-esqueléticas, independentemente do código do procedimento;

*** Para as demais especialidades de FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA CLÍNICA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOMOTRICIDADE e PSIQUIATRIA:**

1. As Guias SP/SADT deverão ser preenchidas pelas clínicas especializadas, obedecidos os limites de **8 (oito) sessões por beneficiário/mês**, por especialidade, não cumulativas, ininterruptas ou não, mediante solicitação do psicólogo assistente, do fonoaudiólogo ou do psiquiatra;
2. De posse da Solicitação do psicólogo/psiquiatra original; do Relatório Clínico, e da Guia SP/SADT, devidamente preenchida pelo prestador, com os códigos e procedimentos, indispensáveis ao atendimento, encaminhar o paciente para autorização da CONAB pelo setor de atendimento do Setor de Recursos Humanos – SEREH para só então autorizar o início do tratamento;
3. A entrega das faturas deverá ser feita diretamente no Setor de Recursos Humanos - SEREH - impreterivelmente, do 1º ao 5º dia útil de cada mês, no horário de 8h as 11h30, e de 14h as 16h, no endereço, sito na Rua Mauá, nº 1.116 - Bairro Alto da Glória - CEP 80030-200 – Curitiba/PR;
4. A Transmissão de arquivo XML deverá ser pelo Portal da CONAB, (disponível em: http://sisdep.CONAB.gov.br/sitiss_portal/?tipo_acesso=P). Para mais esclarecimentos sobre o portal, entrar em contato por meio do Telefone (41) 3313-1712;

Note-se, por importante, que para o segmento em epígrafe, somente serão autorizados os pedidos que apresentarem os códigos e procedimentos, contidos nas Tabelas Referenciais adotadas pela CONAB – Padrão TUSS.

NUTRIÇÃO

1. A legislação afeta à Saúde Suplementar determina que é necessário o encaminhamento do médico assistente para o atendimento com nutricionista.
2. Com efeito, a cobertura para as consultas com o especialista em nutrição estão limitadas a **06 (seis)** por beneficiário/ano, não cumulativas, mediante solicitação médica e respectiva autorização prévia da CONTRATANTE.
3. O limite de 06 (seis) consultas iniciais pode ser ampliado **até 12 (doze)** consultas, por beneficiário/ano, não cumulativas, mediante solicitação médica, combinado com laudo consubstanciado, desde que preenchido pelo menos um dos critérios adiante delineados e previamente autorizados pela CONTRATANTE:
 - crianças e adolescentes em risco nutricional
 - idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional
 - pacientes com diagnóstico de insuficiência renal crônica
 - pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC >25Kg) com mais de 16 anos
 - pacientes ostomizados
 - após cirurgia gastrointestinal
 - para gestantes, puérperas e mulheres em amamentação até 6 meses após o parto
 - para pacientes com diabetes mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

MODELOS DE RESPOSTAS COM AS PRINCIPAIS NEGATIVAS

1. Trata-se de “DEPENDENTE ATÍPICO(A)”, que segundo o item 01 do Subtítulo IV do Capítulo VII das Normas da Organização – NOC 60.105, aprovadas pela Resolução nº 004, de 12/01/1993, prevê cobertura para esse tipo de beneficiário somente para os seguintes eventos: consultas médicas; exames laboratoriais e radiológicos de rotina e eletrocardiogramas, mediante solicitação médica; tomografias computadorizadas; e ressonâncias magnéticas. Por essa razão não aprovamos a cobertura do evento assistencial pelo SAS.
2. Além do parecer conclusivo de auditoria médica, o texto deverá ser acrescentado com a seguinte redação: Ademais, trata-se de procedimento com “finalidade estética” não autorizado pelas Normas da Organização – NOC 60.105, aprovadas pela Resolução nº 004, de 12/01/1993, consoante dispõe a alínea “f” do item 01 do Subtítulo III do Capítulo VI.
3. Trata-se de “materiais e medicamentos não compreendidos na fatura hospitalar” não autorizados pelas Normas da Organização – NOC 60.105, aprovadas pela Resolução nº 004, de 12/01/1993, consoante dispõe alínea “i” do Subtítulo III do Capítulo VI.
4. Trata-se de procedimento de “transplante de ...” não autorizados pelas Normas da Organização – NOC 60.105, aprovadas pela Resolução nº 004, de 12/01/1993, consoante dispõe alínea “k” do Subtítulo III do Capítulo VI.
5. Trata-se de evento assistencial, cuja especialidade e/ou procedimento não está contemplado nas tabelas referenciais adotadas pelo SAS, que segundo o item 01 do Subtítulo II do Capítulo V, c/c item 01 do Subtítulo II e o item 01 do Subtítulo III, ambos do Capítulo IX, das Normas da Organização – NOC 60.105, aprovadas pela Resolução nº 004, de 12/01/1993, razão pela qual não aprovamos a cobertura do evento assistencial pelo SAS.
6. Trata-se de “ex-beneficiário”, que por atingir a idade limite em 00/00/0000, encontra-se desabilitado no Serviço de Assistência à Saúde – SAS, mantido pela Conab, assim estabelecido no Subtítulo V do Capítulo II das Normas da Organização – NOC 60.105, aprovadas pela Resolução nº 004, de 12/01/1993, razão pela qual não aprovamos a realização do evento.
7. Trata-se de “ex-beneficiário” desde 00/00/0000, portanto, excluído do rol de beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde – SAS, mantido pela Conab, na forma do Subtítulo V do Capítulo II das Normas da Organização – NOC 60.105, aprovadas pela Resolução nº 004, de 12/01/1993, razão pela qual não aprovamos a cobertura do evento assistencial ora requisitado pelo prestador.
8. Além do parecer conclusivo de auditoria médica, o texto deverá ser acrescentado com a seguinte redação: Ademais, trata-se de “Aparelho de Marca-passo” não autorizado pelas Normas da Organização – NOC 60.105, aprovadas pela Resolução nº 004, de 12/01/1993, cuja regra acha-se consignada na alínea “k” do item 01 do Subtítulo III do Capítulo VI, razão pela qual não aprovamos a cobertura do evento assistencial pelo SAS.