

versão full

# Análise Auditoria



Recurso essencial de aperfeiçoamento  
profissional na arte de analisar  
dados complexos

**Marco Antonio Salles**

# **MANUAL DE ANÁLISE E AUDITORIA DE CONTAS MÉDICAS**

Marco Antonio Salles

## **Pesquisa**

*Marco Antonio Salles*

## **Versão**

*Manual Análise e Auditoria - Full - 707-1*

© 2016, Marco Antonio Salles

Não é permitida a duplicação ou reprodução deste volume, ou partes do mesmo.

“A Saúde Suplementar apresenta  
muitas oportunidades para os profissionais  
capacitados e inovadores.

Aproveite-as!”

# Sumário

Prefácio	05
Introdução	06

## Seção I

### Gestão Operacional

Cenário da Saúde Suplementar	10
Gestão Operacional – Credenciamento	13
Definição de Preços dos Serviços	15
Controlar Serviços Auxiliares Diagnósticos	16
Mecanismos de Regulação	16
Parâmetros de Rede de Prestadores	17
Classificação Hospitalar	21
Regras de Seleção e Credenciamento	32
Processos Operacionais – Credenciamento	35
Tabela de Remuneração dos Serviços Credenciados	38
Condições Técnicas e Operacionais	39
Análise de Tabelas Hospitalares	42
Objetivos do Sistema de Informatização do Credenciamento	43
Negociação	44
Gestão Operacional – Auditoria	46
Perfil do Auditor	47
Prontuário Médico	49
Níveis de Auditorias	50
Normas Técnicas de Auditorias	51
Gestão Operacional – Auditoria de Enfermagem	66
Tipos e Princípios das Auditorias	67

## Seção II

### Gestão Análise e Custos

Controles de Regulação Médica	70
Ação Regulatória	71
Organização do Controle da Regulação e Avaliação	72
Análise de Contas Médicas e Hospitalares	74
Tabelas de Remuneração	75
Área Médica e Enfermagem	77
Processos e Conceitos de Análise de Contas Médicas	79
Rotinas de Recurso de Glosas – Contas Médicas	81
Rotinas de Análise de Contas Médicas	82
Processos – Considerações da Análise de Contas	97
Glosas – O que você precisa saber!	105

Autorizações Prévias	109
Responsabilidades Administrativas e do Auditor	111
Auditoria e Contas Médicas	113
Gestão de Custos	123
Controlar Serviços Diagnósticos	127
Redução de Custos – Rumos e Alternativas	128
Compartilhamento de Risco e Mecanismo de Regulação	129
Normatização na Prática de Auditoria	130
Screening – Mapeamento de Risco	133

---

Seção III  
Tecnologia

Uso da Informática em Saúde	137
Parâmetros de Necessidades de Serviços	138
Necessidades de Estatísticas Médicas	139
Indicadores de Desempenho e Qualidade	140
Críticas e Consistências – Mapa de Regras	141
Tabela de Críticas e Consistências	142
Glossário	154

## Prefácio

A presente obra tem nas páginas um verdadeiro manual passo a passo, impulsionador para todos aqueles que desejam atingir conhecimento. Em minha carreira sempre incentivei e acompanhei todos meus funcionários, tenho orgulho de ajuda-los a crescer, desenvolvendo talentos, às vezes escondidos, tanto pessoal como profissionalmente, num estimulante efeito multiplicador. Sempre gostei de ser criativo e experimentar, aplicando lições que aprendi ao longo do meu caminho com paixão e inquietude.

Decidi juntar todos os escritos que identifiquei como relevantes ao logo de uma trajetória de erros e acertos, que fundamentei as responsabilidades de uma função pouco desconhecida e de extrema importância no segmento. Muitas anotações de profissionais que tive oportunidade de trabalhar e conceituar estratégias, revelar formas simplificadas de análise e inovar um setor resistente à tecnologia e simplificação de processos. O intuito é compartilhar informações e estratégias em análise e auditoria nos serviços de saúde, adotando formas inovadoras e diversificadas de atividades, assim, contribuir para uma ação pró ativa voltada para um desempenho técnico e ético, considerando as peculiaridades, as circunstâncias particulares e contextuais.

Neste guia, são abrangidas todas as etapas para uma eficaz gestão de documentos, cadastro, sistema, análise técnica, auditoria médica, de enfermagem e uma introdução ao mapeamento de risco, até treinamentos em equipe, dentre tantos indispensáveis requisitos. Faço diversos exercícios e reflexões, contribuindo para o autoquestionamento e aprendizado, apresentando estratégias e planos de ação, perfeitamente exequíveis, que ficam à disposição para serem colocados em prática.

Nas próximas páginas, serão revelados caminhos para o aprimoramento profissional. O manual, na verdade, procura chamar a atenção para as necessidades e oportunidades que se abrem com pioneirismo e inovação.

# Introdução

## O porquê deste Manual

Amigo leitor,

As pesquisas mostram que o mercado de medicina suplementar sofre com enormes perdas e consequentes prejuízos, resultantes da falta de controle e informação sobre as utilizações dos serviços prestados.

Estima-se que as utilizações indevidas são responsáveis por 25% do total das despesas médicas, laboratoriais, clínicas e hospitalares. Este uso indevido (fraudes, entre outros fatores) atinge cifras significativas, colocando em risco a economia da atividade.

Constatam também a total impossibilidade de exercer um controle eficaz sobre as utilizações no momento em que ocorrem os serviços, efetuando esse controle posteriormente, através de um processo de auditoria que manipula milhares de planilhas e guias preenchidas, às vezes há mais de 60 dias. As pouquíssimas glosas decorrentes desse processo dificilmente se transformavam em cortes efetivos nos pagamentos.

Esses fatos levam a inviabilidades em gerenciar o fluxo de caixa e de manter orçamentos e previsões confiáveis, bem como de gerar resultados positivos nas operações, com foco no atendimento ao paciente.

Outro fator importante com reincidências por vários anos, é que mais de 60% das empresas nos diversos segmentos da medicina suplementar tem custos médico-hospitalares (sinistralidade) acima de 90% em relação ao faturamento total, quando esse percentual não deveria ultrapassar 75%.

A minha intenção, ao escrever este manual, foi poder dividir com você leitor uma parte do que aprendi nestes 35 anos de atuação no segmento de saúde, focado na operação de contas médicas, administração, inovação administrativa e implantação de novas tecnologias, desenvolvendo ao longo dos anos vários projetos de consultoria.

Esta publicação tem o objetivo de ajudá-lo a nortear sobre uma série de fatores que são óbvios e simples, mas ao mesmo tempo, são essenciais para o entendimento e sucesso

do negócio. Ele também pretende servir de guia para a administração de áreas de fundamental importância na gestão do negócio saúde.

**Não tenho aqui a pretensão de querer ensinar a você como administrar o seu negócio. Afinal quem sou eu para querer “ensinar o padre a rezar a missa”. Apenas quero lhe auxiliar na reflexão de uma série de aspectos adicionais e importantes na gestão técnica da análise e auditoria de contas médicas.**

**Compartilhe com a sua equipe os objetivos propostos e verifique se existem novas sugestões de ações que podem ser incluídas.**

Se existirem dúvidas, acione-me pelo *e-mail*:

[contato@saudeonnet.com.br](mailto:contato@saudeonnet.com.br)

**Boa leitura!**

**Sucesso ainda maior!**



VOCE SABIA QUE SISTEMATICAMENTE A GESTÃO TEM QUE AVALIAR INDICADORES DA BASE DO NEGÓCIO DE SUA EMPRESA. CUSTO, QUALIDADE, EFICIENCIA DA CONTRATAÇÃO DE CLIENTES X REDE CREDENCIADA COM A OTIMIZAÇÃO DA REGULAÇÃO E CONTAS MÉDICAS



SUA EMPRESA COMETE ERROS BÁSICOS NO PAGAMENTO DE CONTAS MÉDICAS?



RELATÓRIOS GERENCIAIS..... SUA EMPRESA GERA QUANTOS? SEUS GESTORES TEM CONCEITOS CLAROS DE IMPACTO NO NEGÓCIO? QUAIS INDICADORES GERAM TOMADAS DE DECISÃO?



11 LIÇÕES PRIMORDIAIS PARA O CONTROLE DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS.....



O QUE SÃO TRILHAS DE AUDITORIA? VOCE SABE COMO APLICA-LAS NA REGULAÇÃO, CONTAS MEDICAS, REEMBOLSO, RECURSO DE GLOSAS, SISTEMA DE GESTÃO, FORNECEDORES.....?

**TERCEIRIZAR CONTAS MÉDICAS**  
Reduz custos operacionais? Porque fazer? Porque não? Quais os riscos e reformas no negócio?



RES... TO SUS

...a pode ECONOMIZAR até 20%

**COMO REDUZIR OS CUSTOS ASSISTENCIAIS? VOCE CONHECE SCREENING? COMO É O CONCEITO DE ANALISE?**



**HOME CARE..... MEDICINA PREVENTIVA**  
CONHEÇA NOSSO CASE DE ANALISE DE RETORNO DESTES SERVIÇOS PARA O SEU NEGÓCIO. NOSSA METODOLOGIA DE CUSTOS, RESOLUTIVIDADE E RETORNO.

SEU SISTEMA DE GESTÃO ATENDE AS NECESSIDADES DA EMPRESA? ESTA ADEQUADO AO PROCESSO OU O PROCESSO ESTA SENDO SISTEMATIZADO? VOCE IDENTIFICA VARIOS SUB-SISTEMAS DE CONTROLES? IDENTIFICA INUMERAS CUSTOMIZAÇÕES? TEM MUITAS OCORRENCIAS DE SUPORTE, TREINAMENTO E PERFORMANCE?



VOCE SABIA QUE OS CRITÉRIOS DE CONTRATUALIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA, CONTRATOS COM FORNECEDORES, DEFICIENCIAS DE CADASTRO NO SISTEMA DE GESTÃO E METODOLOGIAS E CONCEITOS DE PAGAMENTOS E REGULAÇÃO SEM MANUAIS TECNICOS IMPACTAM CONSIDERAVELMENTE NA SINISTRALIDADE?

# SEÇÃO I

---

**Cenário da Saúde**  
**Gestão Operacional – Credenciamento**  
**Processos Operacionais – Credenciamento**  
**Gestão Operacional – Auditoria**  
**Gestão Operacional – Auditoria de Enfermagem**

---

## Cenário da Saúde Suplementar

É importante começar a refletir sobre uma visão da atual situação do setor de Saúde Suplementar, enumerar vários fatores como os que citamos abaixo, além de muitos outros que poderíamos acrescentar, demonstrando que precisamos entender e inovar esta área complexa.

- A regulamentação ampliou a cobertura e conseqüentemente riscos e custos;
- Custos operacionais crescentes com preços acessíveis;
- Maior exigência do Cliente;
- Maior acesso à Informação e Tecnologia;
- Código de Defesa do Consumidor;
- Concentração do sistema em poucas Operadoras de Planos de Saúde;
- Operadoras com carteiras pequenas ou carteira com faixa etária alta;
- A regulamentação não reduziu as liminares;
- Pressão das operadoras para redução de despesas;
- Glosas;
- Limitação de utilização e Restrição de Acesso;
- Atrasos de pagamento e Inadimplência;
- Baixa produtividade aliada ao índice de investimento agregado;
- Baixo investimento em Tecnologia da Informação;
- Resolutividade não é sinônimo de reconhecimento;
- Intervenção direta e indireta da Operadora na prática médica;
- Crescente número de inadimplência de Planos de Saúde;
- Endividamento dos Hospitais;
- Fatores cambiais nos insumos;
- Honorários médicos congelados;
- Excesso de oferta, principalmente SADT, para alta renda;
- Demanda reprimida para a baixa renda;
- Comportamento do paciente privilegia a cura em detrimento da prevenção;
- Geração de altos índices de realizações de procedimentos concomitante ao despreparo e ação mercadológica dos médicos perante o sistema de atendimento e remuneração - Alta Sinistralidade;
- Redução sistemática do número de usuários do sistema de saúde suplementar;
- Gastos excessivos com auditoria;
- Pressão governamental;
- Aumento de custos gerais decorrentes de exigências da ANS com base na ampliação da cobertura assistência;
- Lei 9656/98, não contempla os interesses dos prestadores de serviços;
- Integração precária entre as áreas operacionais dos Prestadores de Serviços e Operadoras de Saúde;
- Incorporação Tecnológica;
- Elevados custos administrativos e operacionais;
- Inflexibilidade para novos produtos;
- Escassez de gestores capacitados na área;
- Modelo Comercial “esgotado” entre Operadoras e Prestadores de Serviços;
- Existência de uma série de procedimentos que não garantem consistência pertinente ao negócio e segurança das informações;

- Dificuldade na obtenção de informações confiáveis sobre os pacientes, prestadores, operadoras, custos, faturamento, contas médicas e financeiro;
- Sistemas focados nos controles financeiros, sem visão para o atendimento;
- Extensão de serviços e coberturas definidos pela ANS;

### **Consequências para o Prestador de Serviços:**

- Concentração de Operadoras;
- Baixo poder de negociação no reajuste dos preços;
- Alto nível de glosas;
- Inadimplência e ou quebra de contrato;
- Aumento do custo em contra auditoria e para gerenciar glosas;
- Descredenciamento e distanciamento;
- Impossibilidade de acompanhar os custos do sistema;
- Hospitais não conseguem repassar os aumentos de custos para os operadores;

### **Vantagens para as Operadoras:**

- A Operadora transfere parte do risco dos altos custos das intercorrências para o prestador de serviços;
- Atenua o impacto negativo de sinistros sobre a carteira;
- Fracionamento do risco entre várias fontes pagadoras;
- Fácil comercialização, operacionalização, e entendimento para as empresas compradoras;
- Melhor controle do fluxo de caixa e redução da flutuação;
- Operadoras com dificuldades em repassar os aumentos hospitalares;
- Governo - controle dos reajustes nos planos individuais;
- Concorrência ou incapacidade de pagamento dos clientes;

### **Vantagens para os Prestadores:**

- Viabiliza os serviços a um número maior de planos e clientes;
- Facilita a previsão de faturamento;
- Facilita o acesso das Auto-Gestões e Planos B e C;
- Simplificação das contas hospitalares e redução do número de glosas;
- Facilita a venda de outros produtos;

### **Premissas de Negociação:**

Como planejar e aproveitar da melhor forma a situação atual de mercado e obter sucesso no futuro.

- Solução envolve parceria;
- Compartilhar Riscos, integração de Operadoras, Médicos e Hospitais;
- Protocolos de conduta elaborados pelo Corpo Clínico e monitorados pelos médicos;
- Avaliar a qualidade dos serviços prestados;
- Criar mecanismos de realinhamento de insumos sem controle de preços;

- Protocolos de Atendimento – Metas Referenciais;
- Sistemas de acompanhamento e revisão de Custos e Utilização;
- Planejamento em Gestão da Saúde – Medicina Preventiva;
- Auditoria voltada para a qualidade e aprimoramento do sistema;
- Estabelecer mecanismos para incorporação de novas tecnologias;
- Desenvolver Protocolos assistenciais, baseados na evidência clínica como garantia de atualização técnica e competitividade comercial;
- Transformar as Auditorias Médicas punitivas em educativas;
- Educar o Paciente, co-responsabilizando e recompensando pela utilização adequada;
- Desenvolver Novo Modelo Comercial entre Operadoras e Prestadores de Serviços;
- Compartilhar Gestão de Informações;
- Programas de Atenção à Saúde;

---

## Gestão Operacional - Credenciamento

O Departamento de Relacionamento com a Rede Credenciada tem por finalidade coordenar, orientar e executar as atividades de registro e controle de contratos, convênios e outros acordos de interesse da operadora, competindo-lhe:

- Organizar e controlar o registro de contratos e convênios firmados;
- Manter os arquivos dos contratos e convênios originais, fornecendo cópias autenticadas dos mesmos aos interessados;
- Manter cadastro e controle de prazos referentes a contratos e convênios, acionando oportunamente os setores interessados;
- Manter registro histórico dos contratos em vigor e já cumpridos;
- Analisar e conferir a documentação exigida nos processos para a sua correta instrução;
- Controlar e fiscalizar o cumprimento dos contratos, zelando pela sua execução nos termos convencionados;
- Propor normas referentes à tramitação de contratos, convênios e outros ajustes e zelar pela sua observância;
- Orientar as unidades executoras de contratos quanto ao acompanhamento e gerenciamento da sua execução;
- Controlar o fluxo dos processos, acompanhar as respectivas tramitações e proceder à orientação das unidades, tendo em vista o cumprimento dos prazos previstos na legislação vigente;
- Notificar e autuar as partes envolvidas quando não cumprida a legislação vigente;
- Propor a aplicação de penalidades em caso de inadimplência contratual, zelando por sua execução nos termos vigentes;
- Exercer a cobrança de garantias devidas oriundas de obrigações contratuais convencionadas;
- Organizar e manter atualizado o registro dos índices de desempenho contratual das empresas contratadas;
- Responsabilizar-se pela orientação às partes interessadas sobre as normas vigentes aplicáveis aos contratos, convênios e instrumentos congêneres;
- Zelar pela qualidade e eficiência dos serviços prestados;
- Executar atividades correlatas no âmbito de sua competência;

Salvo particularidades de alguns pagadores de serviços, entende-se como processo operacional condicional na negociação e efetivação algumas referências que podem ser aplicadas:

A Operadora poderá substituir a, qualquer tempo, a entidade hospitalar mediante comunicação aos beneficiários, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar, durante período de internação de qualquer beneficiário, o estabelecimento manterá a internação nas mesmas condições, sendo pago pela Operadora, todas as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente.

Excetuam-se os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a Operadora deverá arcar com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para os beneficiários.

A notícia de irregularidade ou inadequação de qualquer dos serviços credenciados, poderá, implicar na instauração de sindicância, visando à constatação do fato noticiado, que se confirmado poderá dar ensejo à penalidade, inclusive, rescisão contratual.

Os credenciados poderão deixar de ser por ato unilateral, sem qualquer formalidade, se for comprovado justo motivo, devendo ser objeto de comunicação aos beneficiários.

O prestador de serviço, pessoa física ou jurídica habilitado para atendimento, não estará autorizado a cobrar diretamente do beneficiário qualquer valor, independente do título ou da razão, salvo as despesas sabidamente não cobertas pelo plano de saúde.

Para efeitos do regulamento do plano, considerar-se-á infração passível de multa ou suspensão de contrato:

- Recusa de atendimento aos beneficiários pelos prestadores contratados credenciados da empresa prestadora de serviço;
- Discriminação dos beneficiários em relação aos pacientes dos demais planos;
- Não cumprimento das regras contratuais que regem o presente e alterações legais posteriores;
- Cobrança de quantias suplementares aos beneficiários a título de diferença de honorários ou custo operacional;
- Cobrança de despesas inexistentes ou superfaturadas;
- Cobrança de coparticipação sobre valores não pagos aos prestadores de serviço;
- Irregularidades comprovadas;

O prestador será notificado da abertura de processo administrativo para que o mesmo exerça o seu direito de ampla defesa, num prazo de 15 (quinze) dias contados a partir do recebimento de comunicação oficial.

Ações de perícias médicas, auditoria técnica e administrativa, exames e inspeções também poderão ser realizadas com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados.

### **Gestão Integrada dos Serviços Assistenciais:**

Níveis de rede de prestadores:

- I) **Nível Primário de Atendimento:** Prestado por uma rede de profissionais focado no atendimento nas clínicas básicas (clínica médica, cirúrgica, obstétrica, ginecológica e pediátrica) e por hospitais ou clínicas de média complexidade e laboratórios credenciados.
- II) **Nível Secundário de Atendimento:** Atendimento especializado realizado por

rede credenciada devidamente contratualizada conforme critérios técnicos específicos. Será prestado por uma rede de profissionais devidamente qualificados, sempre que possível com título de especialista em sua área de atuação e por hospitais de alta complexidade. Estas deverão ser previamente definidas de acordo com sua densidade demográfica e capacidade de atendimento.

Assim como a rede primária, será devidamente supervisionada e auditada por profissionais alocados, que terão ainda como função estimular, supervisionar e implantar, fazendo parte de equipes multiprofissionais, ações de prevenção e promoção à saúde.

É obrigatório o “título de especialista” e o atendimento em laboratórios e hospitais secundários será prestado por estabelecimentos devidamente credenciados.

A gestão de todo o programa de atenção e prevenção à saúde será desenvolvido pela rede credenciada especializada, assim como a auditoria médica.

- III) **Nível Terciário de Atendimento:** Prestado prioritariamente por Hospital de referência e em alta complexidade designado, e com capacidade de atendimento nas unidades de tratamento intensivo, bloco cirúrgico, exames especializados e com foco em determinadas especialidades.

### **Definição de Preços dos Serviços:**

A garantia de um relacionamento ético, compartilhado e honesto com a rede credenciada e os processos internos de auditoria e análise, fundamenta-se na contratualização detalhada dos serviços prestados pelo prestador e de comum acordo contratados pela operadora, ressalvado que serviços, equipamentos, materiais e medicamentos, bem como técnicas mudam com o passar dos tempos, assim importante sempre uma revisão de estado geral. Normalmente o próprio prestador irá comunicar a evolução, porém uma análise comparativa de procedimentos e preços, utilizando metodologias estatísticas e conceitos práticos, é importante no balizamento de custos.

Desta forma será imprescindível a participação de processos sistêmicos de TI e composição de profissional capacitado para cruzamento de dados para conceituação:

- Análise dos Atendimentos:
  - Por Patologia - CID-10;
  - Por Procedimento – Tabela De Honorários Médicos;
- Análise do Custo:
  - Por procedimento;
  - Por paciente (custo total da internação);
  - Por paciente por dia (custo geral por dia de cada paciente);
  - Por paciente por dia no hospital (custo por dia de um paciente internado);
  - Por faixa etária;

- Por tipo de tratamento;
- Análise da Despesa Gerada:
  - Por médico e prestador;
  - Por especialidade;
  - Por equipe e hospital;
  - Por internação;
  - Por tipo de plano contratado;
- Permanência hospitalar média:
  - Por patologia;
  - Por hospital;
  - Por médico;
  - Por tipo de tratamento (clínico, cirúrgico, obstétrico e pediátrico);
- Análise de procedimento:
  - Dos 150 mais frequentes (procedimentos, diárias e taxas);
  - De custo mais elevado;
- Custo da consulta:
  - Por médico;
  - Por especialidade;
  - Geral;
- Análise das empresas:
  - Custo Operacional;
  - Acompanhamento: Déficit e Superávit;

### **Controlar os Serviços Auxiliares Diagnósticos:**

- Especialidade Clínica:
  - Definir as especialidades correlatas que poderão solicitar o exame;
- Incidência:
  - Qual deve ser a incidência na massa total de beneficiários?
  - Qual deve ser a incidência % sobre as consultas da especialidade?
  - Qual o comportamento de outros colegas de igual especialidade?
- Custo:
  - Calcular seu custo unitário e custo total (= custo unitário x número de exames), para avaliar o impacto econômico na empresa;
- Indicação:
  - Definir critérios para autorização prévia;
- Guia de Solicitação de Exame:
  - Avaliar sua necessidade;
  - Incluir, no mínimo, dados do paciente, quadro clínico, exames prévios, justificativa da solicitação e identificação do médico solicitante;
- Laudo:
  - Definir os dados mínimos necessários que deverão estar contidos no laudo.
  - Avaliar índices de qualidade (padrão técnico, apresentação, prazo de entrega, satisfação do beneficiário);
  - Avaliar o percentual de “normais”, incidências de patologias e exames com laudos inconclusivos;
- “Credenciamento” dos Serviços:
  - Curriculum Vitae dos médicos e paramédicos;

- Inspeção das instalações físicas para avaliação e cadastramento de equipamentos;

### **Mecanismos de Regulação:**

São recursos adotados para controlar a demanda ou utilização dos serviços assistenciais prestados aos beneficiários.

As modalidades de mecanismos de regulação mais comuns são:

- Autorizações prévias;
- Direcionamento - o paciente só pode realizar os procedimentos previamente determinados no credenciado ou referenciado escolhido pela operadora;
- Porta de entrada – o paciente tem de passar por um médico avaliador que irá ou não autorizar a realização de um determinado procedimento, antes de dirigir-se a um especialista;

Em conformidade com as necessidades de informações necessárias para análise dos departamentos controladores, institui-se a obrigatoriedade das informações abaixo:

- Código do CID-10 especificadamente para os atendimentos:
  - Tomografias;
  - Ressonâncias;
  - Ultrassonografias;
  - Radiografias contrastadas;
  - Angiografias;
  - Procedimentos Ambulatoriais;
  - Internações Clínicas e Cirúrgicas;
- Carimbo com Nome e CRM do médico solicitante e executante do procedimento ou SADT.

### **Parâmetros da Rede de Prestadores:**

Definição de parâmetros e critérios de produtividade, qualidade, cobertura, eficiência e eficácia para todos os tipos de serviços próprios ou contratados.

- Acreditação:

Para que uma instituição receba a acreditação em relação à qualidade dos serviços por ela prestados, deverá cumprir regras e padrões relacionados a:

- Eficiência:  
Recursos físicos, Recursos humanos, Organização e Funcionamento;
- Indicadores Hospitalares:  
Indicadores de qualidade (Taxa de Mortalidade Hospitalar, Taxa de Cesáreas, Taxa de Infecção Hospitalar);  
Indicadores de produtividade (Taxa de Ocupação, Média de Permanência, Índice de Rotatividade);

As normas, regras e padrões são definidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas, pelas Normas Técnicas do Ministério da Saúde, Normas de Qualidade.

## **Principais Aspectos a Serem Observados:**

Na avaliação de Estrutura:

- Alvará de utilização, projeto físico aprovado em conformidade com os requisitos exigidos pela legislação, como dimensões das áreas, fluxos, iluminação, ventilação, exaustão, número de leitos planejados, número de leitos operacionais, sistema de abastecimento de água, limpeza dos reservatórios e caixas d'água, destinação dos dejetos e tratamentos, destinação dos resíduos sólidos, vetores, condições de higiene e limpeza;
- Devem ser observadas as condições da área física como pronto-socorro, unidade de internação, centro cirúrgico e obstétrico, berçário, unidade de terapia intensiva, centro de esterilização de material, serviço de nutrição e dietética, lavanderia, Almoxarifado, farmácia ou dispensário de medicamentos, laboratório, banco de sangue, serviço de radiologia, de medicina nuclear, serviço de diálise e outros;
- Verificar a licença de funcionamento e data da expedição, registro no órgão ambiental e data de expedição, especialidades realizadas, número de leitos que constam no alvará;
- Verificar os equipamentos existentes, se registrados no Ministério da Saúde, em conformidade com requisitos técnicos e finalidades, condições de funcionamento, manutenção;
- Recursos humanos existentes, quantidade e qualificação, por unidade, escala de médicos e de enfermagem para as unidades de internação, UTI, CC, CO, berçário, pronto-socorro, e a escala de pessoal de apoio, como lavanderia, limpeza e serviço de nutrição e dietética;
- Meios de transporte: ambulância adequada, documentação;
- Existência de comissões como CIPA, Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Óbitos, CCHI, SCIH;
- Verificar o Setor de Registro de Estatística – SAME do Hospital;
- Verificar a existência e condições de funcionamento e conservação de geradores, caldeiras;
- Condições de esterilização e desinfecção – procedimentos, métodos utilizados (físicos e ou químicos), produtos e equipamentos utilizados, controle de qualidade do processo, acondicionamento dos materiais;
- Operacionalização da CCHI, relatório de indicadores, manuais de condutas, técnicas utilizadas nos procedimentos médicos, nas várias unidades, se dentro dos padrões científicos, em conformidade com a legislação;

- Procedimentos de rotina como executados pelos serviços de limpeza, desinfecção terminal e concorrente em todas as unidades do hospital: lavanderia; centro de esterilização de material, SND;
- Procedimentos de enfermagem quanto a materiais e medicamentos utilizados, formas de aplicação ou uso, cuidados com sondagem vesical, entubação orotraqueal, intracath, nutrição parenteral, cuidados com recém-nascidos;
- Treinamentos realizados;
- Verificar as condições do almoxarifado, da farmácia ou dispensário de medicamentos, se há controle de estoque e de prazos de validade, condições de limpeza e higiene, armazenamento;

Na avaliação de resultados, analisar:

- Número de leitos existentes, leitos operacionais, relatório dos últimos 3 (três) meses com número de internações por mês, taxa de ocupação, total de saídas (altas e óbitos), taxa de mortalidade geral, taxas de mortalidade perinatal, total de partos por tipo, número de recém-nascidos vivos e natimortos, taxa de mortalidade materna, morbidade hospitalar, número de cirurgias realizadas e número de atendimentos realizados no pronto-socorro e morbidade, taxas de infecção hospitalar, número de doentes que contraíram infecção hospitalar e morbidade;
- A absorção pelos prestadores das recomendações e exigências técnicas feitas pela Vigilância Sanitária, nas visitas sucessivas;
- A incorporação por parte dos prestadores de programas de controle e garantia de qualidade;

### **Roteiro Inspeção de Serviços de Fisioterapia:**

- Unidade e Ambiente
  - Box de terapias;
  - Sala para turbilhão;
  - Piscina;
  - Salão para cinesioterapia e mecanoterapia;
- Quantificação
  - O número de boxes e salas depende das atividades e da demanda de pacientes;
- Dimensão
  - Boxes de Terapia - 3,5 m<sup>2</sup> com dimensão mínima = 2,2 m<sup>2</sup> (cada), a depender dos equipamentos utilizados;
- Ambiente de Apoio
  - Área para registro de pacientes;
  - Sala de espera de pacientes e acompanhantes;
  - Sanitários com vestiário para pacientes;
  - Rouparia;
  - Depósito de equipamentos;
  - Depósito de materiais de limpeza;
  - Sala Administrativa;

- Área para guarda de macas e cadeiras de roda;
- Copa;
- Consultórios in loco ou não;
- **Recursos Humanos**
  - Médico fisiatra;
  - Fisioterapeuta;
  - Enfermeiro:
    - Profissionais de nível médio para sala de espera e terapia com supervisão de profissional especializado de nível superior;
  - Pessoal administrativo;
  - Serviços gerais;

### **Internação Intensiva – UTI - CTI Adulto:**

A unidade deve existir em estabelecimentos assistenciais de saúde com capacidade maior ou igual a 100 (cem) leitos com mínimo de 5 (cinco) leitos.

UNIDADE / AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO
Posto de enfermagem e Prescrição médica	01 para cada 12 leitos	8 m <sup>2</sup>
Área para prescrição médica	01	2 m <sup>2</sup>
Área de serviços	Cada posto de enfermagem deve ser servido pelo menos por 1 (uma) área	8m <sup>2</sup>
Quarto de adulto ou de adolescente (isolamento)	01	12 m <sup>2</sup> com distância de 01 m entre paredes e leito, exceto cabeceira
Área coletiva de adulto ou de adolescente	01	10 m <sup>2</sup> com distância de 1 m entre paredes e leito, exceto cabeceira, e de 2 m entre leitos (área individualizada mínima com 9 m <sup>2</sup> para cada leito)

### **Ambiente de Apoio:**

- Sala de utilidades;
- Laboratório (in loco ou no laboratório central);
- Rouparia;
- Depósito de equipamentos e materiais;
- Sala de preparo de equipamentos e materiais;
- Banheiros para pacientes (geral e isolamento);
- Quarto de plantão para funcionários;
- Sala de espera para acompanhantes e visitantes (anexo à unidade);
- Sala administrativa;
- Depósito de materiais de limpeza;
- Copa;
- Sanitário para público (sala de espera);
- Sanitários com vestiários para funcionários;

### **Recursos Humanos – Materiais – Critérios Mínimos:**

- Carro Ressuscitador com Desfibrilador e material de entubação endotraqueal (ambu, cânulas de Guendel grande, média e pequena, laringoscópio com lâminas curvas e retas, luvas e cânulas endotraqueais);
- Respirador - 01 (um) para cada leito;

- Eletrocardiógrafo portátil;
- Aparelho de Raio X móvel (próprio do hospital);
- Monitor de beira de leito com visoscópio - 01 (um) para cada leito;
- Bandejas:
  - Traqueostomia;
  - Diálise peritoneal;
  - Drenagem torácica;
  - Sondagem vesical;
  - Punção lombar;
  - Punção subclávia;
  - Curativo;
  - Acesso venoso profundo;
- Um ponto de oxigênio, 01 de vácuo e 01 de ar comprimido, para cada leito;
- Máscara de oxigênio - diferentes tamanhos;
- Negatoscópio;
- Oftalmoscópio;
- Cama de UTI, com grades - 01 (uma) para cada paciente;
- Hemogasômetro (próprio do hospital);

#### **Recursos Humanos para cobertura 24 horas por dia – Critérios Mínimos:**

- Um médico plantonista exclusivo da UTI para máximo de 10 (dez) leitos.
- Um auxiliar de enfermagem exclusivo para cada 02 (dois) leitos.
- Um Auxiliar Operacional de Serviços Diversos exclusivo para cada 10 (dez) leitos.
- Um servente.
- Um enfermeiro responsável para cada unidade.

Obs: Os profissionais de nível superior deverão ter experiência comprovada de no mínimo 01 (um) ano em serviço de UTI.

#### **Classificação Hospitalar:**

A classificação hospitalar tem como objetivo propiciar o pagamento diferenciado e justo para os prestadores de serviços em função de recursos disponíveis (humanos, físicos e materiais), condições de atendimento, investimentos tecnológicos, sua resolutividade, organização e dinamismo, aplicados na área da saúde. Muito se utiliza os Certificados Hospitalares em suas pontuações realizadas pelas auditorias de qualidade das entidades reconhecidas.

Para efeito de pontuação, grau de satisfação dos requisitos considera também os aspectos abaixo, Indicadores de Qualidade, adequando-os a cada item do presente Modelo de Inspeção e Classificação Hospitalar:

- Organização;
- Higiene das instalações e do paciente;
- Manutenção dos equipamentos e instalações;
- Resolutividade;
- Conforto, Ambientação, Apresentação, Funcionalidade;

- Confiabilidade e Profissionalismo;
- Segurança;
- Rapidez no atendimento e Presteza;
- Satisfação do paciente e acompanhantes (pesquisa);
- Exceção ao RH que, por características próprias, possuem pontuação fixa;

A atribuição dos pontos referentes a cada item poderá variar de 0 (zero) à pontuação máxima (03), de acordo com o grau de preenchimento do requisito avaliado.

#### **Crítérios de Satisfação dos Itens:**

- Não satisfatório - Atende no máximo 02 indicadores de qualidade;
- Pouco satisfatório - Atende no máximo 04 indicadores de qualidade;
- Médio grau de satisfação- Atende no máximo 06 indicadores de qualidade;
- Plenamente satisfatório - Atende 07 ou mais indicadores de qualidade;

#### **Pontuação:**

- Se inexistente ou não satisfatório = 0 (zero);
- Se existe, mas pouco satisfatório = 01 (um);
- Se existe com médio grau de satisfação = 02 (dois);
- Se existe e preenche totalmente o requisito = 03 (três);

#### **Comissão de Inspeção:**

Deverá ser constituída por membros escolhidos, de forma consensual, pelas partes, de idoneidade inquestionáveis e, preferencialmente, isentos de cargo de Diretoria nas instituições a serem classificadas. Composição considerada ideal: Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Administrador Hospitalar, Sanitarista ou Técnico da Vigilância Sanitária

#### **Categoria Hospitalar:**

Todos os prestadores de serviços serão submetidos aos critérios de classificação geral de hospitais. Não considerar os serviços terceirizados para fins de pontuação ou classificação, exceto quando houver participação societária do hospital no serviço e não seja necessário o deslocamento do paciente, materiais ou peças para a realização de procedimentos. Neste caso não poderá ser cobrado taxas adicionais aos pacientes de qualquer natureza ou pretexto.

- Categoria E - 86 a 100% da pontuação máxima;
- Categoria A - 71 a 85% da pontuação máxima;
- Categoria B - 61 a 70% da pontuação máxima;
- Categoria C - 50 a 60% da pontuação máxima e
- Não classificado - Inferior a 50% da pontuação máxima;

A classificação obtida por ocasião da avaliação terá validade mínima de 01 (um) ano, quando então a entidade poderá requerer a reclassificação em função de melhorias ocorridas nas instalações, aquisição de novos equipamentos e ou abrangência maior em nível de atendimento.

Os percentuais de diferenciação de remuneração entre as Categorias E, A, B, C e Não classificado, deverão ser estabelecidos, de acordo com as suas disponibilidades e das condições de negociação com a rede contratada e valerão somente para o pagamento de diárias e taxas de sala de cirurgias. Partindo da Categoria C (Remuneração básica), consideramos de bom padrão a seguinte diferenciação:

- Não Classificado = Remuneração da Categoria C - 50%;
- Categoria C = Remuneração Básica;
- Categoria B = Remuneração da Categoria C + 10%;
- Categoria A = Remuneração da Categoria C + 20%;
- Categoria E = Remuneração da Categoria C + 30%;

### **Itens Avaliados e Pontuados na Edificação:**

#### **Planta Física**

- Específica para hospital;
- Adaptada;
- Aspecto externo;
- Adequação ambiental;
- Escadas;
- Rampas com declividade máxima de 10% nos hospitais até 2 andares;
- Elevadores Paciente;
- Pessoal administrativo;
- Visitantes;
- Sinalização;
- Área própria para estacionamento - 01 vaga para 5 leitos;
- Abastecimento de água suficiente para caixa cisterna;
- Portas com vão mínimo de 1 metro para circulação;
- Saída isolada para lixo e material contaminado;
- Corredores com largura igual ou superior a 2 metros;
- Subestação geradora (transformador);
- Gerador próprio (emergência);
- Telefonia com mesa e telefonista 24 horas;
- Número de linhas telefônicas - verificar adequação às necessidades;
- Meio interno de comunicação (chamadas terminais postos de enfermagem);
- Dispositivos de segurança na enfermagem e quartos;
- Para-raios;
- Quadro demonstrativo e mapa de risco;
- Dispositivos contra incêndio (extintores e sprinklers);
- Conservação Geral (goteiras, infiltrações, paredes mal conservadas);
- Informatização;

#### **Administração:**

- Portaria e Recepção (espaço de circulação e informatização);
- Sala de Admissão;
- Salas de espera amplas e confortáveis (mínimo de 12 m<sup>2</sup>);
- Sanitários para o público;
- Sanitários para o pessoal;

- Registro e matrícula de pacientes;
- Unidade de Administração - Proporcional ao Hospital;
- Áreas individualizadas para instalação dos serviços administrativos;
- Secretaria;
- Área adequada para almoxarifado;
- Locais de recepção, estocagem, distribuição e controle de mercadorias;
- Sala de Diretoria;
- Sala de Reuniões;
- Sala para Diretor Administrativo;
- Sala de Serviço Social;
- Sala de chefia de enfermagem;
- Auditório com capacidade para 30 pessoas para cada 100 leitos;
- Centro de Estudos com funcionamento regular;
- Área externa igual ou superior a ocupada nas Unidades Internação (crônicos);
- Biblioteca chefiada por profissional com diploma universitário;
- Desenvolvimento de Programa de Qualidade;
- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO;
- Fardamento gratuito para todo o pessoal técnico-administrativo;

#### **Recursos Humanos:**

- Médicos por Turno:
  - Médicos plantonistas nas 24 horas - de 01 a 3;
  - Médicos plantonistas nas 24 horas - 04 ou mais;
  - Médicos intensivistas (UTI);
  - Médico Radiologista 24 horas de plantão no hospital;
  - Médico plantonista Obstetra;
  - Médico plantonista Cirurgião;
  - Médico plantonista Traumatologista;
  - Médico plantonista Pediatra;
  - Médico chefe da Clínica;
- Enfermeiros por Turno:
  - Enfermeiro (a) diplomado (a) - de 1 a 3;
  - Enfermeiro (a) diplomado (a) - 04 ou mais;
  - Enfermeiro (a) diplomado (a) para UTI - 01 para cada 04 leitos;
  - Enfermeiro diplomado para cada 20 leitos;
  - Supervisor de enfermagem diplomado nos serviços noturnos;
- Auxiliares de Enfermagem por Turno:
  - Das unidades na proporção (leito - auxiliar) de 10/01;
  - Das unidades na proporção (leito - auxiliar) de 06/01;
  - Na UTI - 01 auxiliar para cada 04 leitos;
- Farmacêutico:
- Assistente Social:
  - 01 para 120 leitos;
  - 01 para 60 leitos;
  - 01 para 30 leitos;
- Nutricionista inscrita no Conselho da profissão - mínimo 08 horas:
  - 01 para mais de 80 leitos;
  - 01 entre 40 e 80 leitos;

- 01 para menos de 40 leitos;
- Administrador Hospitalar
  - Diretor com curso de Administração e Organização Hospitalar;
  - Diretor com curso de especialidade;
- Auxiliares Administrativos:
- Bioquímicos:
- Fisioterapeutas:
- Arquivista:
- Bibliotecário:
- Psicólogo:
- Serviços gerais - 02 serventes para cada unidade:

#### **Conforto e Higiene:**

- Vestiário com banheiro para funcionários do sexo feminino;
- Vestiário com banheiro para funcionários do sexo masculino;
- Vestiário para médicos com banheiro separados por sexo;
- Área definida para expurgo e limpeza do setor;
- Paredes com revestimento lavável até o teto;
- Piso impermeável;
- Setor de recreação (música ambiente, sala de jogos, televisão);
- Estado de conservação de móveis e utensílios;

#### **Arquivo Médico e Estatística:**

- Área física individualizada e adequada para arquivo médico organizado;
- Pessoal suficiente;
- Arquivo móvel;
- Estatística de produtividade do hospital e dos médicos;

#### **Ambulatório:**

- Sala de espera;
- Recepção e registro;
- Sanitário para o público (separação por sexo);
- Consultórios médicos

#### **Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia:**

- Serviço de Radiologia:
  - Paredes revestidas de chumbo;
  - Instalação fixa (300 ou mais MA e 100 KV), fluoroscópio e Patte-Hucky;
  - Aparelho de instalação fixa com menos de 300 MA e 100 a 125 KV;
  - Aparelho móvel de 15 a 50 MA e 80 KV;
  - Aparelho de instalação fixa com 500 ou mais MA e 100 KV;
  - Aparelho móvel de 50 a 100 MA e 80 KV;
  - Intensificador de imagem;
  - Tomógrafo convencional;
  - Tomógrafo computadorizado;
  - Aparelho de Ressonância Nuclear Magnética;
  - Aparelho de Ultra-sonografia;
  - Dosímetro e demais equipamentos de proteção individual;

- Laboratório de Análises Clínicas:
  - Capacitado a realizar exames de bioquímica, hematológicos,
  - Bacterioscópicos, urinálises, parasitológicos e gasometria arterial;
- Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia:
- Laboratório de Radioisótopos:
- Serviço de Eletroencefalografia:
- Serviço de Eletrocardiografia:
- Serviço de Medicina Nuclear:
- Serviço de Endoscopia:
  - Laparoscopia;
  - Videolaparoscopia;
  - Endoscopia Digestiva alta e ou baixa;
  - Broncoscopia;
  - Retosigmoidoscopia;
- Serviço de Hemoterapia:
  - Refrigerador específico para a guarda de sangue e seus derivados;
  - Processo de coleta apropriado;
  - Seleção de doadores e exames preventivos;
  - Higiene das instalações e padrão técnico dos profissionais;
  - Sistema de controle e qualidade;
- Serviço de Fisioterapia:
- Serviço de Nefrolitotripsia extra-corpórea:
- Serviço de Radioterapia:
- Serviço de Cardiodiagnóstico:
- Serviço de Hemodiálise:
- Serviço de Hemodinâmica:

#### **Unidade de Internação Geral e Especializada:**

- Gerais
  - Quantidade de enfermarias
  - Espaçamento entre os leitos em m<sup>2</sup>;
  - Quantidade de Quartos semi-privativos;
  - Quantidade Apartamentos;
  - Posto de Enfermagem;
  - Atender o máximo de 20 leitos com área para secretaria;
  - Sala de exames e curativos;
  - Sala de material contaminado;
  - Sanitário para o pessoal (ambos sexos);
  - Sala para prescrição médica, relatórios e descrição de procedimentos;
  - Livro de ocorrências;
  - Escala de serviços por turno;
  - Oxigênio, ar comprimido e aspiração centrais;
  - Condições de higiene e conservação das acomodações;
  - Sistema sonoro de chamada (alarme);
  - Iluminação;
  - Ventilação e insolação;
  - Sala de diálise peritoneal;
  - Acomodação com sonorização ambiente;

- Banheiros:
  - Higiene, piso antiderrapante, box, utensílios e campainha;
- Apartamento com 02 leitos:
  - Acompanhante, banheiro, ar condicionado, televisão, Frigobar, telefone;
- Quarto com 02 leitos:
  - Sendo 1 para acompanhante, banheiro com sanitário e sem ar condicionado;
- Quarto com ar condicionado, acompanhante, banheiro:
- Quarto sem ar condicionado, acompanhante, banheiro:
- Enfermaria acima de 2 leitos com sanitários, banheiro e lavatório:
- Enfermaria acima de 3 leitos com sanitários, banheiros e lavatório:
- Enfermaria com piso e revestimento laváveis:
- Quantidade de leitos de Isolamento:
- Antecâmara com lavatório e visor:
- Sanitário anexo ao quarto de isolamento:
- Unidade de queimados:

#### **Unidade de Tratamento Intensivo - UTI:**

- Quantidade de Leitos e Área Individual por leito;
- Adulto (geral);
- Pediátrica;
- Neo-Natal;
- Coronariana;
- Separação por divisórias;
- Leitos para isolamento com antecâmara - 20% dos leitos existentes;
- Ar condicionado ou refrigeração central;
- Sala de serviço;
- Depósito de materiais e equipamentos;
- Área de repouso com sanitário e individualizada;
- Expurgo;
- Respirador de pressão (Bird ou Takaoka) para cada leito;
- Respirador de volume;
- Monitor (01) para cada leito;
- Hemogasômetro;
- Aparelhagem completa para parada cárdio-respiratória, tensiômetro, estetoscópio, laringoscópio, tubos endotraqueais, otoscópio, ambús, oftalmoscópio e todos os medicamentos necessários;
- Bandejas: Traqueostomia, Diálise Peritoneal, Drenagem Torácica, Sondagem Vesical, Punção Lombar, Punção Subclávia, Curativo e Acesso Venoso Profundo;
- Aparelho de Raio X móvel;
- Oxigênio central;
- Materiais para nutrição enteral e parenteral;
- Materiais para diálise peritoneal;
- Camas com proteção lateral;
- Negastoscópio;
- Oxímetro;
- Bomba de infusão;
- Mesa central de monitores;

- Somente para UTI-Neo-Natal ou infantil - mínimo de 04 leitos:
  - Fototerapia, Incubadora e Berço aquecido;
  - Tenda de oxigênio, CPAP e Hood;
- Laboratório exclusivo;
- Vestiário para visitantes;
- Secretaria;
- Copa;

#### **Centro Cirúrgico:**

- Vestiário com sanitário para ambos os sexos;
- Sala para os médicos com vestiário e sanitário;
- Sala com materiais e medicamentos suficientes;
- Sala de expurgo;
- Sala para recuperação pós-operatória equipada;
- Mínimo 2 leitos para cada sala de operação;
- Lavabo;
- Salas de Cirurgia - 01 sala para cada 30 leitos:
  - Sala de Cirurgia Geral;
  - Sala de Cirurgia Especializada;
  - Sala de Cirurgia Contaminada;
  - Sala de Cirurgia Cardíaca;
  - Sala de Cirurgia Neurológica;
  - Sala de Cirurgia ortopédica e traumatológica;
  - Sala de Cirurgia ginecológica-obstétrica;
- Foco fixo;
- Focos portáteis com baterias;
- Microscópio cirúrgico binocular (microcirurgias);
- Desfibrilador;
- Monitor cardíaco;
- Oxímetro de pulso;
- Capinógrafo;
- Negatoscópio;
- Oxigênio e Aspiração centrais;
- Respirador automático para insuficiência respiratória prolongada;
- Mesas cirúrgicas reguláveis conforme necessidade;
- Livro de Registro de Cirurgia;
- Mapa Cirúrgico;
- Refrigeração central ou aparelho de ar condicionado;
- Estado de conservação das instalações e equipamentos;
- Área definida e individualizada para serviços de anestesiologia;
- Área definida radiodiagnóstico câmara escura dentro do bloco cirúrgico;
- Área definida para serviços de anatomia patológica;

#### **Centro de Esterilização:**

- Área física adequada;
- Área para recepção e expurgo;
- Área para preparo de material;
- Área para esterilização;

- Área para guarda e distribuição de material;
- Equipamentos e utensílios adequados e suficientes;
- Área distinta de circulação de materiais contaminados e esterilizados;
- Área específica para o preparo de luvas;

#### **Centro Obstétrico:**

- Unidade isolada de circulação;
- Sala de médicos com vestiário e sanitário;
- Sala de enfermagem com vestiário e sanitário;
- Sala para admissão e higienização com sanitário;
- Salas para pacientes trabalho de parto:
  - Com sanitário (02 salas para cada sala trabalho de parto);
- Sala para materiais de limpeza;
- Sala para relatórios, descrição de procedimentos e prescrição médica;
- Alojamento conjunto;
- Sala para estocagem de material esterilizado e outros;
- Sala de expurgo;
- Lavabo;
- Sala de parto com comunicação para o berçário internamente;
- Sala de Cirurgia;
- Duas (2) salas de preparo e primeiros atendimentos ao recém-nascido;
- Refrigeração central ou aparelho de ar condicionado;
- Oxigênio e aspiração centrais;
- Foco fixo;
- Foco móvel com baterias;
- Sala de recuperação equipada;
- Instrumental, aparelhos e equipamentos, ressuscitador, berço aquecido;
- Livro para o registro de ocorrências;
- Área individualizada para secretária e supervisão do Centro Obstétrico;

#### **Neonatologia:**

- Unidade comunicando-se diretamente com o Centro Obstétrico;
- Número de berços igual aos destinados às parturientes;
- Berçário isolamento com 5% do mínimo total dos berços da unidade;
- Berçário prematuros, incubadora, área de 2 m<sup>2</sup> de 10% do total de berços;
- Sala de assistência ao recém-nascido;
- Área para lactário;
- Fototerapia;
- Berço aquecido;
- Incubadora - 2 m<sup>2</sup> por incubadora;
- Posto de enfermagem especializado;
- Vestiário no vestíbulo da unidade para médicos e enfermagem;
- Lavabo;
- Sala para exangüíneo transfusão;
- Área para Recém-Nascido patológico;
- Berçário RN normais com 60% do n<sup>o</sup> de berços e área de 2 m<sup>2</sup> por berço;
- Oxigênio e vácuo com manômetro;
- Antecâmara para sala de observação;

**Unidade de Emergência:**

- Acesso independente;
- Especialidades:
  - Clínica Médica;
  - Cardiologia;
  - Cirurgia Geral;
  - Cirurgia Neurológica;
  - Pediatria;
  - Traumatologia;
  - Ginecologia e Obstetrícia;
- Recepção e espera - funcionalidade;
- Livro de registro de ocorrência;
- Sanitários para o público separados por sexo, acesso para deficientes;
- Sala de registro de pacientes;
- Sala equipada para recuperação e reanimação vital;
- Sala para gesso;
- Sala para pequenas cirurgias com área para lavabo;
- Posto de enfermagem;
- Expurgo;
- Rouparia;
- Área distinta de circulação de material;
- Sala de repouso e observação de pacientes com sanitário por sexo;
- Sala para isolamento;
- Ambulância equipada e área de estacionamento;
- Bebedouros com água filtrada;
- Instrumental e equipamentos adequados e suficientes;
- Estado de conservação e higiene das instalações;

**Nutrição e Dietética:**

- Cozinha setorização de preparo, cocção e distribuição e higienização;
- Sala para nutricionista;
- Pessoal suficiente;
- Refeitório para funcionários;
- Refeitório para o público;
- Distribuição de refeições em carro térmico ou bandeja térmica;
- Avaliação quantitativa e qualitativa das refeições;
- Máquina de lavar louça industrial;
- Sistema de exaustão e renovação do ar;
- Aparelhagem para esterilização de louças;
- Fogão industrial;
- Caldeira;
- Paredes impermeáveis até o teto;
- Piso anti-derrapante;
- Câmara frigorífica de congelação;
- Câmara frigorífica de refrigeração;
- Limpeza e manutenção;
- Área para o lixo;
- Banheiro para funcionários;

**Rouparia e Lavanderia:**

- Máquina de lavar, centrifugar, secar e passar, 4 quilos de roupa-leito;
- Barreira de contaminação na lavanderia;
- Seção de separação da roupa suja;
- Seção de costura;
- Área definida para expurgo;
- Sala de chefia;
- Pessoal em quantidade suficiente e treinado;
- Controle bacteriológico periódico;
- Higiene e Segurança do Trabalho;
- Banheiro para funcionários;
- Caso serviço terceirizado, referencias do fornecedor;

**Farmácia:**

- Chefia por profissional diplomado;
- Pessoal em quantidade suficiente e treinado;
- Controle de psicotrópico e entorpecente;
- Localização junto às clínicas;
- Ventilação e iluminação naturais;
- Estocagem de medicamentos eficiente;
- Sortimento de materiais e medicamentos atendendo;
- Farmácia “dose unitária” implantada;

**Comissão de Infecção Hospitalar:**

- Constituição Mínima:
  - 01 Médico;
  - 01 Enfermeiro;
  - 01 Administrativo;
- Atuação:
  - Reuniões periódicas confirmadas através de Atas e Relatórios;
  - Estatística de casos de Infecção Hospitalar;

**Transporte:**

- Ambulância equipada própria;
- Ambulância CTI própria;

**Almoxarifado:**

- Área física adequada;
- Ventilação e iluminação naturais;
- Estocagem e controle eficientes;
- Pessoal treinado;

**Manutenção:**

- Área física adequada;
- Pessoal em quantidade suficiente;
- Máquinas e equipamentos - quantidades e estado de conservação;
- Utilização de Equipamento de Proteção Individual - EPI;

### **Câmara Mortuária:**

- Escadas;
- Rampas declividade máxima de 10% nos hospitais até 2 andares;

### **Classificação:**

- A - xx da tabela - Acima de 120 pontos
- B - xx da tabela - De 80 a 119 pontos
- C - xx da tabela - De 40 a 79 pontos
- D - xx da tabela - De 01 a 39 pontos

### **Regras de Seleção e Credenciamento:**

Para atendimento aos beneficiários deve-se estipular o recurso necessário para o total de vidas assistidas em cada agrupamento de município e constante revisão do índice de crescimento e perspectivas da Operadora, bem como perdas contratuais legais. Se considerarmos uma Operadora com proposta de 600.000 mil vidas, encontraremos a média de suficiência atentando à área de abrangência:

- **Médicos**, observando-se todas as especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia geral) 2000 médicos;
- **Clínicas de Diagnose e Terapia:** (tais como: clínicas de diagnose por imagem e fisioterapia) e laboratórios: 400 (quatrocentos);
- **Hospitais e Maternidades:** 150 (cento e cinquenta): A subcontratação pela contratada para a execução dos serviços. Os serviços prestados deverão atender aos beneficiários com estrita observância à legislação que trata da relação de consumo e a ética profissional, utilizando os padrões de conforto dispensados, independente se o atendimento for realizado através de médicos, clínicas, hospitais, laboratórios contratados ou credenciados.

A princípio, qualquer entidade ou profissional pode ser credenciado, desde que preencha os requisitos e as condições legais de habilitação e documentação e capacidade da especialidade no local sediado.

Entende-se por credenciados, os hospitais, clínicas, maternidades, casas de saúde e laboratórios públicos, privados ou filantrópicos, bem como profissionais da área médica, para prestação de serviços de assistência à saúde.

O credenciamento de hospitais, laboratórios, clínicas de exames de diagnóstico e tratamento ou de qualquer serviço especializado é condicionado à comprovação de existência de profissional legalmente habilitado, que se responsabilizará pela execução do serviço de assistência.

Para o credenciamento dos prestadores de serviços, deve ser considerado, dentre outras definidas no credenciamento:

- Interesse do prestador de serviço em atender a Operadora;

- Necessidade dos serviços a serem prestados;
- Número de médicos e serviços de saúde já credenciados na especialidade;
- Localidade do consultório médico ou estabelecimento de serviço de saúde;
- Qualidade da estrutura física;
- Número de beneficiários residentes na cidade ou localidade.

A Operadora poderá manter “convênio de reciprocidade” com outras entidades a fim de proporcionar a ampliação da rede de credenciados a outros locais em que não possua rede de credenciados próprios.

Outra prática, não tão fundamental mas importante pelo registro do atendimento e excepcionalmente celebrar convênio com entidades da área da saúde de outra unidade da federação, não assistidas pelo grupo de município do plano contratado, consideradas de interesse dos beneficiários, a custos superiores aos da tabela padrão praticada junto aos demais prestadores credenciados, visando atendimento médico-hospitalar especial ou extra-territorial cujos beneficiários atendidos se responsabilizarem pelo pagamento dos valores que excederem os custos calculados com base na referida tabela padrão.

**Importante:** Os serviços de assistência prestados por entidades ou profissionais credenciados serão remunerados de acordo com tabelas fixadas. Estabelecer critérios contratuais para atendimento, autorização e faturamento eletrônico, condições e prazos necessários para apresentação de faturas e ou contas referentes aos serviços prestados por entidades e profissionais, liquidará as contas e ou faturas mensais apresentadas, estarão sujeitos aos processos de auditoria e análise de contas.

É vedada a cobrança de qualquer adicional, taxa ou complementação não prevista no contrato, por entidade credenciada, profissional convocado por esta, bem como a integrante de seu corpo clínico, paramédico, auxiliar, individualmente ou em equipe.

O Manual de Orientação da Rede Credenciada é parte integrante do processo de credenciamento e habilitação do atendimento pelo recurso credenciado contratado, sendo este divulgado em Manual de Credenciados a ser entregue a cada beneficiário.

#### **Sumário Básico do Manual do Credenciado:**

- Normas de Atendimento:
  - Carteira de Identificação;
  - Formulários de Atendimento;
  - Consultas Médicas Eletivas;
  - Exames e Procedimentos;
- Solicitação de Internação;
- Autorização Eletrônica;
- Remessa de Faturamento Eletrônico;
- Recurso de Glosas;

#### **Portal WEB Credenciados:**

Estabelecer condição de relacionamento com a rede credenciada através de sua sede e unidades regionalizadas e recurso de integralização de dados através do portal de

serviços na WEB para alterações cadastrais, solicitação de extensão de recursos, autorização, faturamento eletrônico, extrato de pagamento e recurso de glosas.

- Informações para Credenciamento;
- Disponibilização para consulta dos manuais para credenciados;
- Módulo de solicitação de formulários Descritivos de Serviços;
- Consulta e impressão de 2ª via do termo de quitação em forma de extrato;
- Consulta e impressão de 2ª via do informe de rendimentos anual e extrato;
- Disponibilizar as informações de INSS – Recolhimento de INSS;
- Disponibilizar consulta as informações de assistência médica, plano, situação, data de adesão, cancelamento, coberturas, carências do titular como dos dependentes;

---

## Processos Operacionais - Credenciamento

Ao Setor de Credenciamento compete formatar a estrutura da rede credenciada de atendimento médico, hospitalar, diagnose e paramédica, agregando contratações exclusivas dentro da necessidade do plano na região de atuação da Operadora.

### **Dentre as obrigações e deveres do setor destacam-se:**

- Controlar e guardar os contratos e respectivos aditivos dos prestadores credenciados;
- Mapear a rede credenciada, regionalizada por especialidade e por vidas;
- Realizar a manutenção cadastral dos locais de atendimento, procedimentos e itens de aspectos legais, mantendo o cadastro atualizado;
- Fornecer dados fidedignos para a elaboração e a publicação do Manual da Rede Credenciada e o encaminhamento para atualização do Portal Web;
- Efetuar o atendimento telefônico e pessoal à rede credenciada de forma a obter resolutividade nos questionamentos de ordem administrativa e conceitual ao processo de contratação;
- Manter o cadastro de serviços e especialidades contratadas com os prestadores de serviços;
- Cadastrar prestadores para atendimentos esporádicos;
- Responder formalmente os questionamentos direcionados pelos prestadores e beneficiários por intermédio de correspondência, meio magnético ou central de atendimento;
- Efetuar análise técnica dos índices de reajustes solicitados pelos prestadores, considerando a área de impacto para a região, especialidade e plano das Patrocinadoras, estabelecendo índices padrões para a negociação;
- Efetuar visitar técnica às instalações dos prestadores, para a confirmação das informações prestadas, documentalmente, ou por intermédio dos beneficiários;
- Receber e cadastrar as propostas de credenciamento, analisando a necessidade de novas inclusões, conforme estudo de rede, respondendo a todos os proponentes;
- Realizar implantação do sistema de atendimento aos beneficiários e respectivas condições contratuais com os prestadores de serviços;
- Encaminhar as propostas de credenciamento de acordo com as necessidades de extensão e prioridades para aprovação junto aos responsáveis, colhendo assinaturas nos contratos e aditivos;
- Encaminhar e negociar os ajustes de tabelas e condições contratuais, junto aos credenciados as alterações sugeridas;
- Analisar solicitações de atendimentos especiais na rede credenciada e encaminhar a análise administrativa, intermediando o relacionamento, credenciado e beneficiário;
- Gerenciar, concomitante a Central de Regulação as necessidades de utilização de materiais de alto custo, elaborando orçamentos, submetendo à análise e aprovação administrativa;
- Analisar e conferir as documentações básicas para a aprovação do credenciamento:
  - CRM;
  - CPF ou CNPJ;
  - Alvará de Funcionamento;
  - Alvará do CNEN (Imagens);
  - Diplomas;

A contratação e o credenciamento de serviços ou de profissionais estão relacionados não somente ao beneficiário, mas a todos setores da Operadora. Ao credenciar um serviço estaremos delegando a ele o dever de atender nosso beneficiário, sendo, portanto, o executor do nosso compromisso com o beneficiário.

Através dele o cliente vai avaliar a marca da Operadora do Plano de Saúde. Daí a importância de um credenciamento responsável, preocupado com a qualidade dos serviços.

O credenciamento define a relação contratante e prestador, normas claras podem ser a garantia de um bom relacionamento comercial. O contrato deve ser completo, claro e não deixar dúvidas quanto aos serviços credenciados, preços, tabelas, apresentação e cronograma de encaminhamento das contas.

É muito frequente a apresentação de novas taxas ou mudanças unilaterais de regras sem que o setor comercial ou jurídico seja formalmente comunicado para propor uma revisão do contrato. Desta forma, o credenciamento não se extingue no momento de incorporação do novo serviço; deve ser contínuo, permanente, acompanhando todas as modificações ou eventos que impliquem em atualização de dados. Se havia responsabilidade no ato de credenciar, a responsabilidade persiste ao manter o credenciado na rede.

É do credenciamento o dever de captar as informações dos diversos setores e encaminhar os dados para atualização em sistema.

#### **Instrumentos Essenciais para o Credenciamento:**

- Ficha Cadastral;
- Relatório de Acreditação;
- Diplomas e Certificados;

Itens importantes para as atividades de Controle, como, quando e quanto cada item será pago, horários em que uma nova diária será cobrada, fracionamento de medicamentos e do tempo de utilização de oxigênio, equipamentos.

#### **Informações importantes além dos dados cadastrais:**

- Tabelas (Serviços e Taxas Hospitalares, Procedimentos, Honorários, Materiais e Medicamentos);
- Parâmetros (Sociedades de Especialidades);
- Fluxos (Documentos e Beneficiários);
- Horários (atendimentos, exames, visitas hospitalares);
- Rituais de Admissão: Internação e Agendamento;
- Pessoas para contatos nos setores de atendimento e faturamento;
- Tipos de Impressos utilizados;

Alguns serviços merecem informações mais detalhadas, como os serviços de Traumatologia e Ortopedia, UTI e outros. Exemplificando, devem ser definidos inclusive conceitos, como urgências, retornos e consultas em Trauma e Ortopedia, e a retirada ou entrega de resultados de exames anátomo-patológicos.

Em algumas especialidades recomenda-se a padronização de materiais, como em Ortopedia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Cardíaca. Todas as informações decorrentes do credenciamento devem ser disseminadas, conforme sua especialidade, nos diversos setores e para os beneficiários.

As especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas são as seguintes:

Acupuntura	Infectologia
Administração Hospitalar	Mastologia
Alergia e Imunologia	Medicina do Trabalho
Anestesiologia	Medicina do Tráfego
Angiologia	Medicina Esportiva
Broncoesofagologia	Medicina Geral Comunitária
Cancerologia	Medicina Intensiva
Cardiologia	Medicina Interna ou Clínica Médica
Cirurgia Cardiovascular	Medicina Legal
Cirurgia da Cabeça E Pescoço	Medicina Nuclear
Cirurgia da Mão	Medicina Sanitária
Cirurgia do Aparelho Digestivo	Nefrologia
Cirurgia Geral	Neurocirurgia
Cirurgia Pediátrica	Neurofisiologia Clínica
Cirurgia Plástica	Neurologia
Cirurgia Torácica	Neurologia Pediátrica
Cirurgia Vascular	Nutrologia
Citopatologia	Obstetrícia
Dermatologia	Oftalmologia
Eletroencefalografia	Ortopedia e Traumatologia
Endocrinologia e Metabologia	Otorrinolaringologia
Endoscopia Digestiva	Patologia
Fisiatria	Patologia Clínica
Foniatría	Pediatria
Gastroenterologia	Pneumologia
Genética Clínica	Proctologia
Geriatría	Psiquiatria
Ginecologia	Radiologia
Hansenologia	Radioterapia
Hematologia	Reumatologia
Hemoterapia	Sexologia
Homeopatia	Terapia Intensiva
Urologia	Tisiologia

### Órteses e Próteses:

Ambas são peças ou aparelhos e possuem cobertura contratual, apenas quando relacionados ao ato cirúrgico, desde que não tenham finalidade estética.

A prótese substitui de forma artificial uma parte do corpo danificada por doença ou acidente (por exemplo, pinos metálicos, válvulas cardíacas). Já a órtese auxilia o desempenho de um órgão do corpo (por exemplo, marca-passo).

**Reembolso:**

A priori o beneficiário tem direito a reembolso de despesas com assistência fora da rede credenciada somente nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.

**Tabelas de Remuneração dos Serviços Credenciados:****Protocolos de Especialidades:****“Pacotes”:**

- Elaborar protocolo de Normatização - Atenção especial para a qualidade;
- Objetivos:
  - Simplificar a cobrança;
  - Reduzir Custos – Viabilidade;
  - Simplificar a Análise e pagamento;
  - Redução de glosas e querelas pertinentes;
- Preferencialmente não incluir Honorários Médicos;

**Diárias - Conceito:**

É a permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar. A definição de hora início e fim do período é de competência da instituição hospitalar.

**Descrição Básica das Acomodações:**

- Apartamento luxo: aposento com banheiro privativo, acomodação para acompanhante, telefone, televisão;
- Apartamento Simples: composto de quarto com acomodação para acompanhante e banheiro privativo;
- Apartamento Standart: composto de quarto com acomodação para acompanhante, banheiro privativo, com telefone;
- Suíte: aposento com banheiro privativo, ante-sala, acomodação para acompanhante, telefone, televisão;
- Berçário: quarto com berços comuns para recém-nascidos (mãe-internada);
- Berçário patológico: quarto para atendimento a recém-nascidos, que requeiram cuidados especiais;
- Enfermaria: composto de quarto coletivo para 3 ou mais pacientes, sem acompanhantes, com banheiro comum;
- Hospital-Dia: acomodação de pacientes para cirurgia ou exame, com permanência de um dia no hospital, não corresponde a uma diária convencional;
- Isolamento: alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da comissão controle de infecção hospitalar;
- Quarto coletivo (2 leitos): composto de quarto coletivo com banheiro comum, sem acompanhante;
- Quarto privativo: composto de quarto com acomodação para acompanhante e banheiro semi-privativo;

- Unidade de Terapia Intensiva - UTI: acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente;
- Unidade de Terapia Semi-Intensiva: acomodação com instalações para mais de um paciente, para tratamento intensivo, sem a presença médica permanente;
- Alojamento Conjunto: acomodação do recém-nascido no aposento da mãe;

**Classificar:**

- Composição das diárias;
- Equipamentos;
- UTI;
- Itens não incluídos na composição das Diárias;
- Taxas de Sala fora do Centro Cirúrgico;
- Composição de Taxas Hospitalares;
- Centro Obstétrico;
- Recuperação Pós Anestésico;
- Taxas de Sala Pequena Cirurgia e Ambulatorial;
- Pronto Socorro;
- Taxa de Observação e Repouso;
- Taxa de hemodinâmica;
- Taxa de Sala de emergência;
- Itens não Incluídos na Composição de Taxas;
- Taxas de Serviços;
- Taxas de usos de Equipamentos;
- Gasoterapia;
- Materiais e Medicamentos;
- Taxas de Serviços de Governança e Hotelaria;

**Condições Técnicas e Operacionais:**

**Parâmetros para Elaboração dos Contratos de Prestação de Serviços:**

- Premissas Básicas:
  - Existência de normatizações;
  - Conhecimento de distribuição geográfica da massa cliente;
  - Conhecimento da realidade local;
  - Tipos de planos contratados;
  - Especialidade médicas a serem contratadas;
  - Visita à locais credenciados;
  - Confirmação – autenticidade;
- Estudo de Impacto sob tabela de preços:
  - Projeções;
  - Simulações;
  - Comparações;
- Critérios de Avaliação:
  - Técnicos;
  - Úteis;
  - Viáveis;
  - Isentos;

- Critérios de Pontuação:
  - Consultório:
    - Localização;
    - Estacionamento;
    - Aspecto – Limpeza;
    - Número de Salas;
    - Número de Banheiros;
    - Com Escada;
    - Com Elevador;
    - Com Rampa;
    - Segurança;
  - Curriculum:
    - Mínimo tempo de especialidade;
    - Título de especialista;
    - Residência;
    - Pós-Graduação;
    - Mestrado – Doutorado;
- Ao solicitar um credenciamento o prestador Pessoa Física deve:
  - Enviar sua documentação de forma organizada, clara e objetiva
  - O Curriculum Vitae deve ser resumido:
    - Escolaridade superior;
    - Cursos de pós-graduação (Especialização - Mestrado - Doutorado - Pós-doutorado);
    - Residência Médica - Estágios - Experiência Profissional;
    - Títulos de Especialista;
    - Atividade Didática;
    - Cursos de Atualizações nos últimos dois anos;
    - Carta de Apresentação;
    - Apresente sua instituição;
    - Quais as especialidades e condições que deseja credenciar;
    - Descrever espaço físico – Ilustrar com algumas fotos de locais estratégicos;
- Ao solicitar um credenciamento o prestador Pessoa Jurídica deve:
  - Necessidade de apresentar tabela de preços - diárias e taxas;
  - Atenda todo check-list dos documentos legais;
  - Verificar Alvará de Funcionamento e de Vigilância Sanitária está vigente;
  - Atenção para seu ISS - Verifique legislação de seu Município;
  - Não descuide de nenhum documento nem da organização;
  - INSS - Legislação Municipal;
  - Por Número de Sócios (Apenas profissionais liberais);
  - Pelo Faturamento Bruto;
  - Atenção à carta de apresentação;
  - Observe as especialidades e serviços solicitados;
  - Diretor e Corpo clínico;
  - Avaliação curricular (Padrões);
  - Solicitar visita técnica a instituição;
  - Documentação legal - Departamento Jurídico da Empresa;
    - Avaliação Curricular - Exemplo de padrão:

- Até 02 anos de formado;
- De 02 a 05 anos de formado;
- Mais de 05 anos de formado;
- Curso de Residência Médica;
- Curso de Pós-graduação nível especialização;
- Mestrado;
- Doutorado;
- Pós-doutorado;
- Curso de especialização no exterior;
- Atividade didática;
- Título de Especialista - CRM - Sociedade de Especialidade;
- Domínio de língua estrangeira - Inglês - Espanhol;
- Experiência profissional;
- Participação de cursos e congressos nos últimos dois anos:
  - Como membro efetivo;
  - Palestrante;
  - Presidente de mesa;
- Visita Técnica:
  - Agende visita - Itens de avaliação;
  - Estacionamento - coloque-se no lugar do cliente;
  - Recepção, agradável, arejada, confortável;
  - Recepcionista: Como ela atende aos outros clientes;
  - Consultórios;
  - Salas de pequenos procedimentos - taxas;
  - Salas de cirurgias - taxas;
  - Farmácia;
  - Presença de Enfermeiro;
  - Auxiliares de Enfermagem;
  - Atentar todos os detalhes mesmo os mais prosaicos, a limpeza, organização;
- Clínicas com Equipamentos Especiais:
  - Analisar antes da visita sobre o equipamento - marcas, atualização;
  - Exames - avalie a aplicabilidade - Aprenda a utilizar os guidelines de evidências;
- Hemodiálise:
  - Seguir rotina da Anvisa;
  - Recepção com material de emergência;
  - Tratamento da água - osmose reversa;
  - Máquinas específicas para pacientes com hepatite e AIDS;
  - Reutilização de filtros e linhas arteriais e venosas;
  - Sanitários especiais para portadores de Hepatite;
- Hemoterapia:
  - Seguir rotina da Anvisa;
  - Equipamentos específicos;
  - Tipos de kits utilizados - fenotipagem-rh;
  - Registro de doadores;
  - Máquinas de Aférese;
  - Outros;

- Quimioterapia:
  - Seguir rotina da Anvisa;
  - Salas de quimioterapia ambulatorial;
  - Farmácia;
  - Fluxo laminar - capela;
- Importante ter conhecimento do mercado e segmentos de atuação:
  - Hospitais - Qualificação Técnica;
  - Preços praticados pelo mercado local e nacional;
  - Prestígio do pretense credenciado - agrega valor;
  - O serviço oferecido é novo - Agrega valor ao beneficiário;

### **Análise de Tabelas Hospitalares:**

- Diárias:
  - Apartamento Simples;
  - Apartamento luxo;
  - Suíte;
  - Apartamento com dois leitos;
  - Apartamento com ar condicionado;
  - Apartamento sem ar condicionado;
  - Berçário;
  - Alojamento conjunto;
  - UTI – Semi-Intensiva – Intermediária;
  - Centro de Hemorragia Digestiva – Unidade Coronariana – UTI;
- Para avaliar uma UTI:
  - Use os parâmetros das normativas do Ministério da Saúde;
  - Número de profissionais por leito;
  - Equipamentos necessários;
  - Número de leitos;
  - Disponibilidade de especialistas;
- Taxas de Sala de Cirurgia;
- Sala de Instrumental;
- Equipamentos Especiais;
- Outros Aparelhos;

### **Tendências das Tabelas Propostas:**

- Tabelas “Itenizadas”:
  - Taxa de sala cirúrgica já inclui:
    - Taxa de instrumental cirúrgico;
    - Monitor cardíaco;
    - Oxímetro;
    - Respiradores;
    - Aparelho de anestesia;

### **Cálculo de Taxa de Utilização de Equipamentos:**

Um dos itens bastante discutidos, quando se analisa custos é o pagamento das Taxas de Utilização de Equipamentos. Muitas dúvidas são levantadas, com relação

aos valores cobrados visto condição de depreciação de equipamentos, bem como calcular um valor coerente, para a cobrança dessas taxas.

#### Exemplos de depreciação e Taxa de Utilização de Equipamentos:

##### Monitor Cardíaco:

Valor de Aquisição:	R\$ 10.000,00
Vida Útil:	60 meses
Quantidade de Utilização no Mês:	650 vezes
Despesa Mensal com Manutenção:	R\$ 0,00
Custos Administrativos Mensais:	R\$10,00
Impostos Incidentes Sobre a Cobrança:	18 % (IR)
Margem de Lucro:	20 %

##### Resultados Obtidos:

Depreciação Mensal Unitária:	R\$ 0.26
Custos de Manutenção Mensal Unitário:	R\$ 0.00
Custo Administrativo Mensal Unitário:	R\$ 0.02
Custo Unitário Total:	R\$ 0.21
Valor da Taxa de Utilização do Equipamento:	R\$ 0.49

### **Objetivos do Sistema de Informação em Credenciamento:**

- Identificação do credenciado - Nome x Código;
- Localização: Endereço - Cidade - Bairro - Avenida;
- Especialidades contratadas;
- Tabela de Honorários Médico contratada;
- Tabela hospitalar contratada;
- Negociações especiais;
- Especialidades;
- Prestadores;
- Procedimentos;
- Honorários;

#### Análise Informatizada:

- Cálculo do valor do procedimento realizado;
- Cálculo dos valores das diárias e taxas negociadas;
- Identificação do credenciado pelo sistema;
- Identificação de datas de realização de procedimentos;
- Identificação credenciado x procedimento;
- Relatórios Faturamento;
- Número de consultas realizadas;
- Número de exames realizados e solicitados;
- Consultas interfamiliares;
- Procedimentos mais realizados;
- Módulo de pagamento ao credenciado;
- Cálculo dos impostos retidos;
- Depósito em conta bancária do credenciado;

## **Negociação:**

Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos saúde e prestadores de serviços hospitalares.

Instrumentos Jurídicos:

- Clareza;
- Definição de Direitos;
- Definição de Obrigações;
- Responsabilidades das partes;
- Aplicação dos princípios da Teoria e dos Contratos;

### **Cláusulas Obrigatórias:**

I - Qualificação Específica: Registro da Entidade Hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

II - Objeto e natureza do ajuste, bem como descrição de todo serviço contratado seja:

- Definição detalhada do objeto;
- Perfil assistencial e especialidade contratada, serviços contratados inclusive SADT;
- Procedimento para o qual a entidade hospitalar é indicada, quando a prestação do serviço não for integral;
- Regime de atendimento oferecido pela entidade hospitalar, ambulatorial, emergência 24 horas Padrão de acomodação;

III - Prazos e Procedimentos de faturamento e pagamento:

- Definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
- Definição dos valores dos serviços contratados e insumos utilizados;
- Rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;
- Rotina para habilitação do beneficiário junto a entidade hospitalar;
- Atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora;

IV - Vigência dos instrumentos jurídicos:

- Prazo de início e duração do acordo;
- Regras para prorrogação ou renovação;

V - Critérios e Procedimentos para rescisão ou não renovação:

- O prazo mínimo para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico ou do encerramento da prestação do serviço;
- A identificação por parte da entidade hospitalar dos pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial;

VI - Informação da produção assistencial, com a obrigação da entidade hospitalar disponibilizar os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional;

VII - Direitos e Obrigações contemplando:

- Fixação de rotina para pleno atendimento;

- Prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade;
- Os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;
- Autorização para divulgação do nome da entidade hospitalar contratada;
- Penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas;
- Não discriminação dos pacientes e da vedação de exclusividade na relação contratual;

**Atenção:**

- Atender as necessidades dos beneficiários;
- Procurar sempre a parceria com a rede credenciada;
- Não violar os direitos dos beneficiários;
- Nem sempre a necessidade do beneficiário é a clínica mais sofisticada;

---

## Gestão Operacional - Auditoria

### Conceito

É um conjunto de atividades e ações utilizadas na avaliação independente e de assessoramento na administração de operadoras de planos de saúde voltada ao exame e análise da adequação, eficiência, economicidade e qualidade dos Prestadores de Serviços de Saúde. Instrumento indispensável em todas as áreas administrativas e de produção estruturada sob a forma de organizações.

Sua existência, necessidade e objetivos são plenamente reconhecidos tanto pela Legislação como pelo Código de Ética da área de saúde e Normas Administrativas das Instituições de Saúde.

A Auditoria, antes de ser uma necessidade, é uma questão de qualidade comprometida com a verdade. Sendo assim, o processo de auditoragem respeita sempre os mesmos princípios técnicos e éticos, independentemente da origem do beneficiário.

A equipe de Auditoria deve estar atenta a seus limites, claramente definidos no Código de Ética e embasada em Normas Técnicas próprias e pareceres de Sociedades Científicas.

### Objetivos:

- Orientar os serviços próprios, contratados, credenciados e médicos quanto a padronização dos procedimentos;
- Obter subsídios para a reformulação de procedimentos e antigos processos;
- Identificar distorções e implantar medidas corretivas, visando uma melhor distribuição dos recursos;
- Acompanhamento dos procedimentos frente aos padrões previamente estabelecidos;
- Promover um atendimento racionalizado e humanizado (não “racionado” ou restringido), proporcionando o mais apropriado uso dos recursos disponíveis para o atendimento na constante busca da qualidade e garantindo a viabilidade financeira;
- Tornar possível associar a lógica social com a lógica econômica;
- Promover o andamento justo, adequado e harmonioso dos serviços médicos e hospitalares;
- Avaliar o desempenho médico com relação aos aspectos éticos, técnicos e administrativos, da qualidade, eficiência e eficácia das ações de proteção e atenção à saúde - Art. 4º do C.E.M. - “Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.”;
- Proteger o trabalho dos Médicos, coibindo os desvios ou irregularidade de condutas médicas que venham a ser praticadas por alguns isoladamente;
- Promover o processo educativo com vistas a melhoria da qualidade do atendimento;
- Proteger os beneficiários colocando no local onde acontece a ação (atendimento), conferindo-lhes a ideia de uma 2ª opinião;
- Participação efetiva e periódica no treinamento e reciclagem de atendentes e recepcionistas de consultórios médicos e clínicas;

- Orientar os Médicos sobre os procedimentos de Auditoria a codificação dos serviços dentro da especialidade e advertindo-os quanto a utilização de siglas diagnósticas desconhecidas que deverão ser evitadas;
- Orientar o correto preenchimento das guias de serviços com ênfase para as solicitações sem a identificação do beneficiário ou preenchidas por pessoal não médico, sob a forma de “carimbo” sistematicamente;
- Divulgar e incentivar a Ética Médica;

### **Perfil do Auditor:**

- Independência;
- Soberania, motivação e apoio da diretoria;
- Objetividade;
- Conhecimento técnico na área de cirurgia e capacidade profissional;
- Atualizações dos conhecimentos técnicos;
- Cautela e zelo profissional e ser ponderado;
- Habilidade interpessoal para negociações e influência profissional;
- Comportamento ético e obediência ao código de ética médica;
- Imparcialidade nas aplicações normativas;
- Sigilo e discrição;
- Possuir visão, orientação, senso de realidade e saber se relacionar com os médicos e beneficiários evitando atritos desnecessários;
- Decidir sempre com respaldo técnico e científico;
- Disponibilidade, honestidade e responsabilidade remuneração condigna;
- O auditor ideal deve ser constituído:
- 25% de discrição + 25% de ética + 25% de postura profissional + 25% de conhecimento e 100% de bom senso;

### **Ética Médica – Código de Ética Médica:**

Transcrevemos os itens fundamentais no exercício da atividade:

“Se auditores tiverem claro que todos são honestos até prova em contrário e não partirem do pressuposto de que todos os prestadores de serviços são fraudadores em potencial, e se os prestadores de serviços encararem a auditoria médica como um mecanismo natural de controle para o bom funcionamento de um sistema, e a partir passarem a respeitar o papel do médico auditor, tudo estará resolvido.”

“A função de auditoria não pode ser confundida com atividade policiaisca.”

“Arrogância e prepotência são as marcas do auditor incompetente e inseguro.”

“A atribuição do auditor deve restringir-se a análise dos prontuários médicos, entrevista e exame do paciente nos casos absolutamente necessários, e elaboração do relatório médico.”

“Nenhum auditor poderá, sob qualquer pretexto, prescrever, evoluir, solicitar exames ou dar alta a paciente assistido por outro colega. Entretanto, poderá solicitar que avalie a possibilidade de alta.”

“Discordância de nomenclatura dos atos médicos, da sua codificação através de tabelas, do valor financeiro a ser pago, não constituem em interferência no exercício profissional.”

### **É Vetado ao Médico:**

- Art. 11 - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou comunidade.
- Art. 30 - Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.
- Art. 33 - Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.
- Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.
- Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, ou os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.
- Art. 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.
- Art. 69 - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.
- Art. 79 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.
- Art. 81 - Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.
- Art. 83 - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou seu representante legal.
- Art. 87 - Remunerar ou receber comissões ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

- Art. 88 - Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.
- Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente. Parágrafo único - Permanece essa proibição mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.
- Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional justifique ou que não corresponda a verdade.
- Art. 111 - Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.
- Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.  
Parágrafo único - O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração de honorários.
- Art. 118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competências.
- Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.
- Art. 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.
- Art. 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservado suas observações para o relatório.

### **Prontuário Médico:**

“O Prontuário Médico é um conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos Serviços de Saúde Pública ou Privados.

Elemento valioso para o paciente e a instituição que o atende, para o médico, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública, servindo também como instrumento de defesa legal. É um meio indispensável para aferir a assistência médica prestada.

É documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde. Após decorrido prazo não inferior a 10 (dez) anos, a fluir da data do último registro de

atendimento do paciente, o Prontuário Médico pode ser substituído por métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas”.

**São documentos padronizados que deverão fazer parte do Prontuário Médico:**

- Ficha de anamnese;
- Ficha de evolução;
- Ficha de prescrição terapêutica;
- Ficha de registro de resultados de exames laboratoriais e de outros métodos diagnósticos auxiliares;

Toda anotação em prontuário deverá ser assinada e carimbada por quem a realizou. Para pacientes já internados a prescrição médica deverá ser realizada até às 10:00 horas; para pacientes recém-admitidos, no ato da internação.

“O acesso ao Prontuário Médico, pelo médico perito, para efeito de auditoria, deve ser feito dentro das dependências da instituição responsável pela sua posse e guarda. O médico perito tem inclusive o direito de examinar o paciente, para confrontar o descrito no prontuário. ”

O Prontuário do paciente, contendo dados de interesse médico, não é instrumento de cobrança de serviços e sim repositório da sua vida médica, pertencendo a ele, paciente e a instituição responsável pela sua posse e guarda.

Alguns Conselhos Regionais de Medicina têm permitido a liberação do Prontuário Médico para fins de Auditoria Médica, desde que com expressa autorização do paciente ou do seu responsável legal.

## **Níveis de Auditorias:**

### **Análise - Pré Auditoria - Auditoria Prospectiva:**

Todo o processo de admissão do paciente no hospital deve ser monitorizado pela Auditoria, desde a solicitação do médico assistente até a conclusão do rito de internação.

Cabe ao Auditor responsável pela Pré-Auditoria a análise das solicitações e as autorizações, desencadeando o processo de emissão das guias ou documentos comprovantes de autorizações. A análise das solicitações deve levar em conta a necessidade e a realização das internações em locais adequados e por períodos compatíveis.

Apoiado pelo setor administrativo, o Auditor deve acompanhar todo o processo de hospitalização, garantindo que informações técnicas e administrativas estejam claramente colocadas, como os direitos ou coberturas, situações clínicas ou cirúrgicas.

Devemos lembrar que a falta de informações pode aumentar o tempo de hospitalização: aguardar autorização para realização de algum procedimento pode aumentar o número de diárias, com todos os custos que implica.

As internações eletivas devem ocorrer sempre com o documento de autorização. Aquelas oriundas de situações de urgência, entretanto, deverão ser regularizadas no primeiro dia útil subsequente à internação.

Portanto, nas internações eletivas o beneficiário somente poderá realizá-la se estiver de posse da Guia de Internação e Conta Hospitalar devidamente autorizadas.

### **Finalidade da Autorização Prévia:**

Analisar Dados e Verificar:

- A cobertura e carências contratuais;
- A necessidade da cirurgia ou procedimento;
- A adequação do pedido à Tabela (código correto dentro da especialidade);
- Se o procedimento solicitado é devido, do ponto qualitativo como quantitativo;
- Possíveis utilizações por pessoas indevidas;
- A compatibilidade da especialidade do requisitante com o exame solicitado;
- Abusos na solicitação de SADT;
- Procedimentos autogerados;
- Associação de duas ou mais cirurgias no mesmo ato;
- Cirurgias de alto custo;
- Cirurgias bilaterais;
- Cirurgias ou procedimentos que possam ser caracterizados como estéticos;
- Cirurgias cardíacas;
- Cirurgias ginecológicas;
- Cirurgias urológicas que envolvam o aparelho reprodutor;
- Procedimentos dermatológicos - terapia e cirurgia;
- Cirurgias para a correção de patologias congênitas e ou pré-existentes;
- Exames especiais de custo elevado ou de frequência representativamente elevada: Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Angiografia, Arteriografia, Cintilografia e Cateterismo Cardíaco;

### **Normas Técnicas de Auditoria:**

#### **Conceitos:**

**Normativo:** refere-se a medidas de padronização de condutas, racionalizando-as segundo critérios técnicos, a fim de estabelecer regras a serem seguidas por todos.

**Critério Técnico:** É a aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos reconhecidos, para um determinado fim.

**Conduta:** É a aplicação dos critérios técnicos dentro de protocolos reconhecidos e validados pelas entidades acadêmicas, que podem apresentar variações segundo a formação recebida.

**Código Excludente:** Aplica-se ao ato cirúrgico integrante de um procedimento composto de vários atos, ou decorrente de acidente cirúrgico quando da realização desse procedimento maior pela mesma equipe médica.

### **Normas Aplicáveis em Clínica Cirúrgica:**

Catalogar procedimentos passíveis de realização ambulatorial, atualmente pagos em caráter de internação, para serem autorizados com: Taxa de Observação, Taxa de Sala Porte 0 (zero), Materiais e Medicamentos, Honorários Médicos com complementação 100% para planos especiais (com cobertura para apartamento).

Não remunerar curativos realizados na sala de cirurgia, bem como os de pós-operatório (ambulatoriais). Somente serão liberados curativos para casos de deiscência de sutura, hematoma e infecção. Demais curativos o médico poderá cobrar apenas o material utilizado.

A retirada de pontos tem os honorários inclusos no valor da cirurgia não devendo, portanto, ser remunerada, quando o médico realizar consulta e procedimentos ao mesmo tempo, pagar:

- Quando eletivo – **Consulta + Procedimento;**
- Quando urgência – **Somente o Procedimento;**

Todo relatório de gastos e materiais do Centro Cirúrgico deverá ser assinado pelo cirurgião e, a Ficha de Anestesia, pelo anestesista. Os gastos de sala, quando exagerados (fora do padrão), deverão ser justificados pelo cirurgião na descrição de cirurgia.

### **Auditoria Operacional ou Concorrente:**

A Auditoria Operacional ou Concorrente, tem sido praticada cada vez mais, como forma de analisar previamente às contas médicas. É, na realidade, um acompanhamento contínuo das hospitalizações, focando nos custos e na qualidade dos serviços prestados.

O Auditor faz, inicialmente, a reavaliação da necessidade da internação, agora com observação direta e entrevista do paciente, fornecendo a fotografia do dia-a-dia. Acompanha a realização de procedimentos, terapia e diagnósticos, inclusive os cuidados recebidos pelos pacientes. Observa os prontuários médicos com as prescrições, evoluções médicas e anotações de enfermagem. Acompanha as necessidades de prorrogações ou de alta.

O Auditor, atuando dentro do hospital vai intervir efetivamente nos custos das internações, promovendo correções e ajustes (diárias pagas desnecessariamente em decorrência de suspensão de cirurgias ou no aguardo de resultado de exames, ausência do médico assistente para evoluir o paciente, prescrever ou dar alta, realização de exames e outros procedimentos que poderiam ser realizados ambulatoriamente).

A visita hospitalar é fator de controle de parâmetros éticos e técnicos do tratamento, acompanha de perto o paciente, fornece a fotografia do dia-a-dia, orientando a revisão de contas posteriormente.

Permite o acompanhamento do caso e em algumas situações especiais agiliza procedimentos, pois o Auditor pode autorizá-los no próprio local, evitando o

deslocamento desnecessário de familiares do paciente até a Operadora para a obtenção de autorização ou a retenção de caução prévia no recurso hospitalar.

Este trabalho de Auditoria Médica é importante, também, na medida que coloca a Operadora mais próxima de seu cliente, conferindo-lhe mais segurança e credibilidade.

O objetivo é se antepor as glosas. O trabalho do Auditor nunca deverá ser medido ou valorizado pelos índices de glosa, pois, nem sempre o Auditor que glosa mais é o mais eficiente. Mais importante é a percepção de que os melhores resultados apontam para uma real redução de custos e melhoria da qualidade sentida através da satisfação do cliente.

### **Normas e Condutas do Médico Auditor - Visitador Hospitalar:**

- “A presença do Auditor no hospital é uma ferramenta de acompanhamento da qualidade hospitalar.”;
- Visitar hospitais e clínicas diariamente é a oportunidade que o Auditor tem de tomar conhecimento dos fatos no momento em que estão acontecendo;
- O acompanhamento da internação em tempo real evita o recebimento de “contas-surpresa” e de conflitos de toda natureza;
- Se apresentar na recepção do recurso, solicitar a documentação dos pacientes internados, Pedidos de Internação e dar início ao preenchimento da Ficha de Visitação;
- O Auditor deve conhecer profundamente:
  - Estatuto e regulamento do hospital ou clínica;
  - Rotinas administrativas;
  - Domínio dos formulários;
  - Corpo clínico;
  - Diretor clínico;
  - Serviços complementares;
  - Serviços terceirizados;
- Sugere-se a divisão de “grupos de auditoria médica”, alternando a permanência dos auditores em cada grupo, na modalidade rodízio, por período de 4 a 6 meses. Desaconselha-se auditor fixo para hospitais e clínicas;
- Hospitais ou alas com elevado número de pacientes internados;
- Pacientes internados pelo Pronto Socorro principalmente nos finais de semana;
- Pacientes com tempo de permanência prolongado (> que 7 dias);
- Hospitais e Clínicas com alto faturamento;
- Internações:
  - em UTI;
  - com mais de um médico;
  - de urgências assistidas por médicos não médicos;
  - para exames ou procedimentos de alto custo;
- Locais onde houver suspeita de internações ou procedimentos desnecessários;
- Recursos onde existirem queixas procedentes de familiares, empresas ou do próprio recurso credenciado;

- O Auditor deverá evitar realizar auditoria médica de paciente seu (ou de parentes) ou em hospital e clínica com os quais mantenha vínculo empregatício ou participação societária;
- O Auditor deverá comunicar aos familiares do paciente quando esgotar (ou estiver próximo disto) a sua cobertura contratual anual;
- Verificar com o paciente: motivo da internação e em que situação a mesma se deu (urgência ou eletiva), internações anteriores, médico(s) assistente(s), taxas utilizadas na sala de cirurgia (sempre que possível, monitor, oxímetro, oxigênio), uso de descartáveis, compra de materiais e medicamentos, queixas e grau de satisfação com o atendimento serviços em geral, médico, enfermagem, higiene, alimentação), as condições das acomodações, medicação, alimentação, higiene, enfermagem;
- Realizar a revisão dos prontuários médicos, observando diagnóstico, SADT (verificar excessos), procedimentos realizados (verificar excessos) e os participantes dos mesmos (verificar auxiliares fantasmas), evolução, relatório de enfermagem, materiais e descartáveis utilizados, medicamentos de alto custo;
- Toda requisição de exame complementar deverá conter, de forma legível, nome, hora e data, indicação, assinatura e carimbo de quem os solicitou;
- Formulários de exames do tipo múltipla escolha facilita a solicitação em excesso.
- Avaliar as solicitações de internação e prorrogação de internação. Julgando desnecessário tais solicitações, solicitar do médico assistente que justifique e ou avalie as condições e, se possível, alta hospitalar para o seu paciente;
- Dar apoio ao paciente. Orientar e procurar solucionar problemas com pacientes e familiares;
- Comunicar ao Diretor Clínico qualquer irregularidade encontrada no funcionamento do hospital devendo evitar discussões infrutíferas e conflitos desnecessários; Art. 79 do C.E.M. - É vedado ao médico: “Acobertar erro ou conduta antiética de médico”;
- O contato com o médico assistente deve ser cordial, rotineiro, se possível conseguindo a colaboração do colega. Sugere-se que seja realizado em ambiente restrito, evitando-se desgaste e discussões infrutíferas;
- Agir educadamente, porém sem ser complacente;
- Não temer a glosa, porém deverá fazê-la sempre com respaldo técnico;
- Não comentar com o paciente, em hipótese alguma, detalhes de sua doença, seu tratamento, diagnóstico ou prognóstico. Quando questionado, informar ao paciente que somente o seu Médico Assistente pode esclarecê-lo sobre esses aspectos - Art. 121 do C.E.M.;
- Se julgar que a conduta tomada pelo médico assistente coloca em risco a vida do paciente, comunique imediatamente ao Diretor Clínico. Portanto, o Auditor não prescreve, não evolui, não pede exames e não dá alta;
- Não comentar com enfermeiras, pessoal administrativo e paramédicos as conclusões da Auditoria;
- Se necessário, para esclarecimento de dúvidas, proceder a anamnese e exame físico, sempre com a autorização do paciente;

#### **Rotina nas Internações Hospitalares:**

- **Internações Eletivas:**

- No setor de autorizações após a avaliação administrativa dos direitos do beneficiário e características dos prestadores indicados (médico, hospital e clínica), não havendo impedimentos, o médico auditor avalia a necessidade técnica da internação ou dos procedimentos solicitados.
  - Observar Checagem Mínima Obrigatória para a Autorização de Procedimentos;
  - Caso o auditor considere as informações incompletas ou insuficientes, solicita dados complementares;
  - Considerando a solicitação pertinente, o auditor autoriza e providencia a emissão da Guia de Internação e Conta Hospitalar;
  - O auditor comparece ao Hospital para proceder a Auditoria Operacional;
  
- **Internações em caráter de urgência - emergência:**
  - O cliente chega ao pronto-socorro e é encaminhado ao médico plantonista que o avalia e conclui:
    - Não há necessidade de internação;
    - Encaminha para especialista ou;
    - Interna;

Médico Auditor comparece ao hospital, avalia o caso e autoriza provisoriamente a internação. Caso o Médico Auditor julgue desnecessária a internação, o mesmo deverá solicitar avaliação das condições que justificaram a internação e a possibilidade de tratamento ambulatorial.

O hospital deve providenciar, após a auditoria operacional e visto do Auditor Médico, o envio do Pedido de Internação Hospitalar devidamente preenchido pelo médico requisitante, no 1.º dia útil subsequente à internação.

Caso haja necessidade de diárias de UTI, mudança de procedimento, materiais ou medicamentos de alto custo, acompanhamento clínico nas cirurgias ou 2.º clínico, prorrogação de internação ou outros serviços especiais, o médico assistente (cirurgião ou clínico principal) deve preencher um laudo médico em um prazo de 24 horas após verificada a necessidade dos serviços.

Após a admissão do paciente a auditoria deve acompanhar todos os passos dos processos envolvidos numa hospitalização: os serviços hospitalares (hotelaria, cuidados de enfermagem) a utilização de materiais e medicamentos, necessidade de recursos especiais e equipamentos e avaliar com presteza todos os procedimentos que exigem autorização.

Todos os esforços devem ser feitos no sentido de abreviar a hospitalização, inclusive a valorização de terapias complementares;

O Médico Auditor verificando que a prorrogação não se justifica plenamente, deverá “Solicitar avaliar a possibilidade de alta hospitalar para o paciente e seguimento ambulatorial”. Caso o médico assistente insista na solicitação, enviar ao Conselho Técnico.

**Critérios de Alta Hospitalar:**

- Orientação no tempo e no espaço;
- Ausência de dificuldade respiratória;
- Capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia permitir;
- Os cuidados podem ser ministrados efetiva e seguramente em ambiente extra-hospitalar;
- Temperatura abaixo de 37,5°C nas últimas 24 horas, sem antipiréticos;
- Dieta bem aceita nas últimas 24 horas, sem náuseas ou vômitos;
- Eliminação de gases ou fezes;
- Diurese presente de pelo menos 800ml nas últimas 24 horas;
- Dosagem sérica dos medicamentos mantida em níveis terapêuticos;
- Sem uso de analgésicos ou narcóticos nas últimas 24 horas;
- Incisão cicatrizada;
- Paciente ou familiar apto a cuidados com drenos e curativos;
- Paciente que recuse tratamento;

O Prontuário Médico deve ser avaliado concomitantemente a internação:

- As prescrições (horário de visitas e avaliações, identificação dos profissionais, compatibilidade com terapia proposta);
- As evoluções (completas, legíveis, diárias);
- As anotações de enfermagem (cuidados de higiene, sinais vitais, sondagens, aspirações, administração de medicamentos, NPP);
- Os materiais e equipamentos utilizados devem ser anotados, por exemplo: bomba de infusão (prescrição, motivo da utilização, quantidade e período);
- As transferências e óbitos devem ser monitorizados, pois tratam-se de indicadores importantes da Qualidade Hospitalar;

Ao final da internação, deve elaborar relatório sintético com os subsídios para os setores de contas médicas e Auditoria Analítica e Retrospectiva:

- Período de internação;
- Procedimentos realizados e datas;
- Medicamentos e materiais especiais;
- Sangue e hemoderivados;
- Terapias especiais;
- UTI;
- Intercorrências;

**Auditorias Especiais:**

Tem ainda a Auditoria Médica a função de inspeções técnicas de recursos hospitalares pré-convênio (Acreditação Hospitalar) ou quando for solicitado pelo médico o acréscimo de procedimentos, principalmente de autogerados.

**Auditoria Analítica ou Retrospectiva:**

Possui como atribuição canalizar todas as informações obtidas durante o processo de assistência e desenvolvimento da Auditoria que, finalmente, poderá realizar juízo de valor e apontar resultados.

Cada prestador deve ser focado, considerando o quantitativo e tipos de serviços produzidos, relatório de glosas com motivos e valores, eventuais queixas e informações

de pacientes e ou médicos. Deve ser elaborado um relatório para cada prestador, com sugestões de ações corretivas, quando for o caso.

A Auditoria Analítica realiza a análise de documentos, de relatórios encaminhados por outros setores, como o de credenciamento, a Auditoria Operacional, ou contas médicas. Avalia o desempenho real de cada prestador e da rede como um todo, aplica parâmetros e compara padrões.

#### **Avaliação Global da Conta Faturada:**

Verificação Administrativa:

- Cobertura, carências, autorizações, acomodação, número de diárias autorizadas;
- Preenchimento adequado e completo dos dados do prontuário:
  - Evolução, prescrição, relatório de enfermagem, descrição cirúrgica, ficha de anestesia;
  - Checar as informações por cruzamento:
    - Prescrição médica x relatório de enfermagem;
    - Prescrição médica x medicação cobrada;
    - Evolução x número de visitas cobradas;
    - Descrição cirúrgica x ficha de anestesia;
    - Procedimento médico realizado x material cobrado;
    - Ficha de anestesia x anestésicos, monitorização e O<sup>2</sup> cobrados;

#### **Avaliação Técnica da Conta Hospitalar:**

- Compatibilidade do diagnóstico com a necessidade de hospitalização, tempo de permanência e exames complementares (sem justificativa, fazer glosa parcial ou total);
- Confirmação do diagnóstico (evolução, exames, biópsia);
- Compatibilidade dos materiais e medicamentos utilizados com a patologia;
- Compatibilidade do diagnóstico com os procedimentos médicos realizados;
- Confrontar com dados da análise de procedimento e visita hospitalar;
- UTI - Indicação de internação e permanência. Os honorários de plantonista somente serão pagos quando o profissional for exclusivo da UTI;
- Verificar a quantidade de materiais e medicamentos (inclusive os fracionamentos e as possíveis reutilizações) e seus preços;
- Materiais de alto custo: somente pagar mediante Nota Fiscal do fornecedor (atenção para os superfaturados). Não adicionar margem de comercialização para materiais em consignação;
- Não será paga a visita hospitalar do primeiro dia de internação, quando a consulta for efetuada pelo mesmo médico;
- Nos casos de urgência - emergência, estando o médico não credenciado de plantão, é permitido ao mesmo atender o beneficiário e solicitar a internação.
  - Tratando-se de caso clínico, no dia seguinte, deverá transferi-lo para um médico ou credenciado. Portanto, apenas 01 (uma) visita ao mesmo poderá ser paga, devendo ser cobrada na conta hospitalar;
  - Nos casos cirúrgicos é permitido a realização do ato cirúrgico bem como acompanhar o paciente até o final da internação. Os honorários médicos serão

cobrados na conta hospitalar ficando a cargo do hospital ou clínica o repasse da remuneração do profissional;

- Sempre que possível, não pagar ato médico a não médico, exceto nas urgências - emergências;
- Sempre que possível, apenas um médico deverá ser o médico responsável pelas visitas hospitalares;
- Solicitações de inter-consultas e o acompanhamento por mais de um especialista sempre mediante justificativa detalhada e clara identificação do prestador e autorização da Auditoria Médica;
- Não pagar visitas clínicas durante período que estiver sendo realizada nutrição enteral ou parenteral. Somente autorizar pedidos de NPP para casos agudos, remunerando conforme tabela;
- Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia e as visitas hospitalares não farão jus ao adicional de 30% de atendimento em horário especial (urgência);
- Será pago o valor de uma visita diária aos médicos que evoluem seus pacientes internados em UTI para tratamento clínico, desde que conste na evolução com assinatura do médico e respectiva solicitação justificada do médico plantonista da UTI e autorização da Auditoria Médica;
- Nos casos de evolução clínica ilegível ou não preenchida, atos cirúrgicos não descritos e Ficha de Anestesia incompleta ou preenchida em formulário impróprio, a conta hospitalar será devolvida;
- Não glosar procedimentos previamente autorizados, exceto quando ficar comprovada irregularidade que a justifique;
- Não temer aplicar glosas, mas proceder sempre com critério;

### **Composição das Diárias Hospitalares:**

- Somente pagar diárias autorizadas e prorrogadas;
- As diárias serão pagas por dia de internação, independentemente da hora de admissão e alta do paciente (Exemplo: paciente admitido dia 20/06 qualquer hora e alta dia 25/06 qualquer hora, pagar apenas 05 diárias);
- As diárias, mesmo autorizadas, ficam passíveis de glosas pela Auditoria Médica, quando for verificado na revisão da conta a não necessidade da internação e prorrogação;
- Serão autorizadas máximo de duas diárias por vez, de acordo com a avaliação do médico auditor;
- Quando 02 (dois) ou mais pacientes, com cobertura contratual para apartamento, ocuparem um mesmo apartamento, pagar diária de enfermaria. Os honorários médicos seguirão a mesma regra;
- Diária de Enfermaria somente será paga quando tiver até 02 leitos ou Enfermaria de 03 a 04 leitos;
- Entende-se como Apartamento, acomodações individuais de luxo, com ar condicionado, banheiro privativo, TV e Frigobar;
- No caso de transferência de pacientes para UTI, CTI ou similar, apenas as diárias destas acomodações especiais serão pagas. Caso os familiares permaneçam ocupando outras instalações (apartamento, suíte), será de responsabilidade dos mesmos o pagamento dessas instalações;

- Caso na data da internação o hospital ou clínica não tiver disponibilidade de vaga na acomodação do plano do paciente (enfermaria ou apartamento), tesse terá direito a ocupar instalações superiores sem ônus adicional;
- O hospital ou clínica obriga-se a oferecer todas as condições para o integral atendimento ao paciente, dentro dos atendimentos a que se propõe. Sendo assim, fica sob sua responsabilidade a aquisição de medicamentos e ou materiais de uso hospitalar. Também não é correta a cobrança de taxas de coleta de exames pelo hospital, clínica ou por terceiros;

**Diárias incluem:**

- Leito próprio (cama ou berço);
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante quando em apartamento;
- Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental;
- Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais);
- Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas;
- Cuidados de enfermagem:
  - Administração de medicamentos por todas as vias;
  - Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
  - Controle de sinais vitais;
  - Controle de diurese;
  - Curativos;
  - Sondagens;
  - Aspiração, inalações;
  - Mudanças de decúbito;
  - Locomoção interna do paciente;
  - Preparo de pacientes para procedimentos médicos (enteroclistmas, lavagem gástrica, tricotomia);
  - Cuidados e higiene pessoal dos pacientes;
  - Preparo de corpo em caso de óbito;
- Orientação nutricional no momento da alta;
- Transporte de equipamentos (Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultra-sonógrafo);
- Taxas Administrativa;

**Diárias UTI Incluem:**

- Todos os itens que compõem as diárias normais acrescido de:
  - Equipamentos:
    - Monitor cardíaco;
    - Oxímetro de pulso;
    - Desfibrilador - Cardioversor;
    - Nebulizador;
    - Aspirador a vácuo;
    - Bomba de infusão;
    - Respirador;
    - Incubadora - Berço aquecido (UTI Neonatal);
    - Fototerapia (UTI Neonatal);

**Não Estão Incluído nas Diárias:**

- Materiais e medicamentos;
- Sangue e derivados;
- Curativos (materiais utilizados);
- SADT;
- Oxigênio terapia;
- Intercorrências cirúrgicas;
- Honorários Médicos, exceto plantonista (paciente em enfermaria ou apartamento);
- Leites especiais (Enfalac, Pré Nan, Alfarré);
- Alimentação de acompanhante;

#### **Composição de Taxas Hospitalares:**

- Quando forem realizados duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso ou orifício natural, apenas a taxa de sala da cirurgia de maior porte será paga;
- Quando forem realizados duas ou mais cirurgias por vias de acesso diferentes, será paga 100% da taxa de sala da cirurgia de maior porte e 50% da(s) cirurgia(s) de menor porte. Não pagar carro de anestesia (respirador) ou bomba de infusão utilizados na sala de cirurgia;
- Local;
- Mesa operatória;
- Rouparia;
- Serviços de enfermagem do procedimento;
- Assepsia e antisepsia (equipe e paciente);
- Iluminação (focos);
- Controle dos sinais vitais;
- Instrumental e equipamentos de anestesia;
- Instrumentador;
- Respirador;
- Monitor cardíaco;
- Bisturi elétrico;
- Aspirador elétrico ou a vácuo;
- Oxímetro de pulso;
- Cardioversor;
- Instrumental cirúrgico;
- Hamper;
- Taxa de instalação de oxigênio;
- Locomoção do paciente;

Obs: Os descartáveis de sala de cirurgia somente deverão ser pagos quando for norma do hospital, clínica a sua utilização para todos os pacientes indistintamente e deve se restringir aos usados unicamente pela equipe cirúrgica (cirurgião, auxiliares, anestesista, pediatra e instrumentador).

#### **Recuperação Pós-Anestésica:**

- Local;
- Leito;
- Rouparia;
- Monitorização dos sinais vitais;
- Monitor;
- Oxímetro;

- Desfibrilador;

Obs: A Taxa de Sala de Recuperação Pós Anestésica somente será paga com justificativa médica e após anestesia geral. Deverá conter os horários de admissão e alta da mesma.

#### **Taxa de Observação ou Repouso:**

- Permanência inferior a 06 (seis) horas, independente da acomodação, será pago Taxa de Observação até 6 horas. Incluir neste caso, as cirurgias oftalmológicas, pediátricas, traumatológicas, mamárias;
- É necessário a abertura de prontuário médico, relatório médico justificando sua necessidade, relatório de enfermagem e medicação prescrita que caracterize a emergência. Obrigatório haver constantes reavaliações médicas, devidamente documentadas, bem como conter o horário de início e término da utilização;
- Instalações da sala;
- Serviços de enfermagem;
- Os honorários médicos corresponderão ao de consulta hospitalar;

#### **Taxa de Bisturi elétrico:**

- Observar o excesso na cobrança, principalmente nas pequenas cirurgias ambulatoriais (não deverá ultrapassar os 50% das cirurgias);
- Nas eletrocauterizações de pequenas lesões, nos Partos Normais e nas Cesarianas não é correta a sua cobrança;

#### **Taxa de Fototerapia:**

- Estando o paciente em UTI, é indevida a sua cobrança;
- Deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização;

#### **Taxa de Incubadora:**

- Estando o paciente em UTI, é indevida a sua cobrança;
- Deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização;

#### **Instrumentador:**

- Somente deverá ser paga quando estiver devidamente documentada no Relatório de Sala de Cirurgia a participação do Instrumentador;
- Não deverá ser pago:
  - Nos procedimentos ambulatoriais;
  - Nos Partos Normais;
  - Nas Curetagens Uterinas;

#### **Óxido Nitroso:**

- Toda utilização deverá obrigatoriamente constar na Ficha de Anestesia;
- Atenção para não confundir com OXNE (Oxigênio para Nebulização) e OXIM (Oxigênio sobre máscara ou cateter);

#### **Curativo – Paciente Internado:**

- Deverá constar obrigatoriamente na prescrição médica e relatório de enfermagem.
- Paga-se um só Curativo por dia e, exclusivamente, após cirurgias e inclui todos os materiais e medicamentos utilizados;

- Curativos de escaras, piодermites, paga-se apenas os materiais e medicamentos utilizados;
- Os Curativos realizados nas salas de cirurgias não serão remunerados, pois, estão incluídos nas Taxas de Sala de Cirurgia;
- Curativos ambulatoriais serão autorizados previamente nos casos de processos complicados (abscessos ou deiscência de sutura);

#### **Ar Comprimido:**

- Geralmente utilizado em mistura com Oxigênio (Respiradores, Carros de Anestesia, Hood e CPAP);
- O percentual de cada gás varia de acordo com a necessidade do paciente que, somados, atingem os 100% do administrado. Paga-se apenas o percentual utilizado de cada gás, nunca ambos integrais;

#### **Vídeo-Laparoscopia:**

- Somente deverá ser paga nas Vídeo-Laparoscopias Cirúrgicas, exclusivamente quando o beneficiário possuir direito a procedimentos vídeo-assistidos;
- Nas Vídeo-Laparoscopias Diagnósticas, pacientes com cobertura contratual para procedimentos vídeo-assistidos, paga-se 50% do seu valor;
- Nas Vídeo-Histeroscopias Cirúrgicas, pacientes com cobertura contratual para procedimentos vídeo-assistidos, paga-se 50% do seu valor;

#### **Não Incluído nas Taxas Hospitalares:**

- Roupas descartáveis;
- Materiais de consumo;
- Gases anestésicos e oxigênio;
- Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima;
- Honorários médicos;
- SADT;
- Medicamentos;
- Drenos, catéteres, sondas, coletores de urina ou secreções, ataduras gessadas, de crepon ou de algodão ortopédico;
- Fios cirúrgicos, Luvas, Seringas descartáveis, Agulhas para raquianestesia ou anestesia peridural;

#### **Equipamentos Especiais:**

- Estão incluídos na diária de UTI a utilização de equipamentos tais como: bomba de infusão, aspirador, desfibrilador, monitorização, oximetria;
- Pagamento de monitorização e oximetria nas cirurgias ambulatoriais, somente nos casos necessários;
- Não serão pagos taxa de administração e instrumentador nas cirurgias ambulatoriais;
- Não pagar taxa de oxímetro em endoscopia digestiva alta, exceto quando plenamente justificado;
- Não é pertinente a cobrança de taxa de sala de gesso para imobilizações provisórias não gessadas, remoções de aparelhos gessados e infiltrações ou aplicações de injetáveis;
- As fraturas de dedos dos pés são tratadas com “spica” de esparadrapo. Não cabe a cobrança de gesso nem de taxa para sua colocação;

### **Materiais, Medicamentos e Anestésicos:**

Os medicamentos serão cobrados pela tabela padrão elegida pela Operadora e Contratualizada com o Prestador e servirá de parâmetro para conferência dos valores mês vigente, acrescido de 35% (trinta e cinco por cento) de taxa de comercialização sob o valor de fábrica, salvo contrato específico de valorização, quando se reportar ao preço de fábrica, levando-se em conta a embalagem simples e não a hospitalar.

Os medicamentos, consoante a apresentação, serão assim liquidados:

- Suspensão:
  - Consumo até a metade do frasco - paga metade;
  - Consumo maior que a metade - paga frasco todo;
- Ampola: Indivisível, paga toda;
- Frasco - ampola:
  - Não perecível - paga por ml;
  - Perecível - paga tudo;
- Antibióticos:
  - Líquido e suspensão - segue regra estabelecida em 1;
  - Frasco - Ampola - Será considerado a dosagem administrada e a dosagem contida no frasco. A resultante indicará o número de frascos, sendo indivisíveis para efeito de pagamento;
- Anestésicos:
  - Líquido - Cobrar por ml (Halotano, Etrane, Xylocaína);
- Scalp:
  - Ou outros dispositivos intravenosos, somados, não pode ser maior do que um ao dia, exceto nos casos graves ou de pacientes que usam várias medicações EV ao mesmo tempo ou que estão internados na UTI. Nesses casos poderão ser pagas até duas unidades ao dia;
- Equipos:
  - Sejam eles de qualquer tipo) seguem a mesma regra anterior, ou seja, um equipo por dia, exceto nos casos mais complexos (UTI por exemplo), onde poderão ser pagos até três unidades por dia;
- Incluídos:
  - Não pagar, separadamente, estão incluídos nos valores das taxas de sala de cirurgia, tubo látex, frasco de vidro, gilete, eletrodo (exceto em UTI) e pasta, extensão de urina, saco plástico, abaixador de língua, cânula de Guedel, cloro-hex, fiso-hex, povidine, dermoiodine, germ-hand, sterilderm, álcool iodado, éter, benzina, tintura de iodo, atadura e compressas de gaze, campos operatórios, algodão, esparadrapo;
- Medicamentos:
  - Similares ou genéricos constam no Brasíndice mais de um fabricante deverão ter seus fabricantes discriminados, ficando o hospital sujeito a apresentação da nota fiscal (quando solicitado) e a verificação in loco pela Auditoria Médica. Entretanto não poderão possuir valores superiores aos semelhantes e tradicionais (conceituados). Exemplo: Lincomicina 600 não poderá custar mais que Fradermicina 600; Ampicilina 1g não poderá custar mais que Amplacilina 1g; Gentamicina 80 não poderá custar mais que Garamicina 80 mg;
- Checagem:

- Os horários das medicações devem ser necessariamente checados pela enfermagem. Consequência disto, não serão pagas medicações de horários não checados, bem como dos horários circulados (significam que a medicação não foi administrada). Importante estar atento para anotações como “medicação em falta” e ou “medicação trazida pelo paciente”, de modo que estas medicações não sejam pagas;

#### **Reutilização de Materiais:**

- Equipos para bomba de infusão: vida útil de até 96 horas;
- Luvas estéreis: somente para procedimentos invasivos;
- Catéteres arteriais - Swan Ganz: 1 a cada 4 dias;
- Intra Cath: 1 a cada 7 dias (no mínimo);
- Sonda vesical e coletor de urina fechado: 1 a cada 7 dias ou por sondagem;
- Equipos para Nutrição Parenteral - Enteral: 1 por dia;
- Cateter Nasal: 1 a cada 24 horas;
- Sonda nasogástrica: 1 a cada 3 dias;
- Sonda nasoenteral: 1 por internação;
- Equipos para diálise peritoneal: 1 a cada 24 horas;

#### **Materiais Usados em Estudos Hemodinâmicos**

Possibilidades Máximas de Reutilização:

##### **Cateterismo Cardíaco**

Cateter Sones	04 vezes
Cateter Judkins CD - CD	04 vezes
Cateter Pigtail	04 vezes
Cateter Cobra	04 vezes
Cateter NIH	04 vezes
Cateter Lehmann	04 vezes
Cateter Cournand	04 vezes
Introdutor com ou sem válvula	02 vezes
Dilatador	04 vezes

##### **Angioplastia**

Cateter Balão Convencional	02 vezes
Cateter Balão Especial	02 vezes
Cateter Balão Septostomia	02 vezes
Cateter Balão Valvoplastia	02 vezes
Rotor	04 vezes
Indeflator	04 vezes
Torque device	04 vezes
Torneira 5 vias	04 vezes

##### **Estudo Eletrofisiológico**

Cateter Quadripolar	05 vezes
---------------------	----------

#### **Gasoterapia:**

##### **Oxigênio:**

- Custo por metro cúbico:
  - Cálculo:

1.000 litros = R\$ 8,00 (valor fictício);  
1 (um) litro = R\$ 0,008;  
R\$ 0,008 + 10% (perdas) + 35% (margem de comercialização)  
⇒ **01 litro = R\$ 0,01188**

**Nebulização:**

5 l/min x 15 min = 75 litros ⇒ litros x R\$ 0,01188  
⇒ **1 hora = R\$ 0,89**

**Sob máscara ou cateter**

(UTI, Centro Cirúrgico, Incubadora, Apartamento, Enfermaria)  
5 l/min x 60 min = 180 litros;  
⇒ 180 x R\$ 0,01188 ⇒ **1 hora = R\$ 2,14**

**Respirador:**

(UTI, Centro Cirúrgico, CENTIN);

Adulto:

10 l/min x 60 min = 600 litros  
⇒ 600 x R\$ 0,0118 ⇒ **1 hora = R\$ 7,13**

Pediátrico:

5 l/min x 60 min = 300 litros  
⇒ 300 x R\$ 0,01188 ⇒ **1 hora = R\$ 3,56**

Neonatal:

4 l/min x 60 min = 240 litros  
⇒ 0,01188 ⇒ **1 hora = R\$ 2,85**

**Óxido Nítrico:**

Custo por metro cúbico = R\$ 24,00 – (valor fictício);

Cálculo:

1.000 litros = R\$ 24,00

⇒ **1 litro = R\$ 0,024**

R\$ 0,024 + 10% (perdas) + 35% (margem de comercialização);

1 litro = R\$ 0,03564

Pagamento:

5 l/min x 60 min = 300 litros;

300 l x R\$ 0,03564

⇒ **1 hora = R\$ 10,69**

**Ar Comprimido:**

Custo por metro cúbico = R\$ 8,00 – (valor fictício);

Cálculo: o mesmo utilizado para Oxigênio;

Obs. Quando pagar Oxigênio não pagar Ar Comprimido ou pagar ambos pela metade;

**Gás Carbônico (CO<sup>2</sup>):**

Custo por Kg = R\$ 2,50 – (valor fictício);

1 Kg = 544 litros = R\$ 2,50;

R\$ 2,50 +

10% (perdas) +

35% (margem de comercialização);

⇒ **1 Kg = R\$ 3,71**

---

## **Gestão Operacional – Auditoria de Enfermagem**

O papel da enfermagem na auditoria é avaliar a assistência que o paciente está recebendo e na integralidade e exatidão da documentação dessa assistência no prontuário. A auditoria de enfermagem limita-se à avaliação dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente, daí a importância de uma ação integrada com o médico auditor, para se ter uma visão da assistência total dada ao paciente.

O prontuário do paciente espelha a eficiência dos cuidados instituídos. É um instrumento imprescindível para a avaliação da assistência, sendo é a única prova da veracidade do tratamento e dos cuidados realizados, sendo necessário o seu preenchimento exato e completo como garantia para os profissionais de saúde e para o paciente.

É importante o estabelecimento de protocolos ou padrões mínimos desejados de assistência, como referencial para o exercício da avaliação e auditoria. Vários temas devem ser considerados, principalmente aqueles que se referem à utilização de materiais e equipamentos que suscitam áreas de conflitos. Podemos citar a questão da medicação fracionada, utilização de scalp ou cateteres, tratamentos de feridas e materiais específicos, troca de equipamentos, bombas de infusão.

Os protocolos devem ser instrumentos que garantam a flexibilidade das relações, a clareza das atitudes e a qualidade da assistência. Não devem ser criados de forma rígida com enfoque de controle e penalidade.

### **Introdução:**

A evolução dos custos de assistência à saúde tem sido uma constante preocupação dos agentes dos Planos de Saúde privados e dos governos em seus instrumentos de gestão da saúde pública.

Sabe-se que são vários os fatores que vêm contribuindo para os altos custos e um deles é a falta de um controle mais atuante, efetivo e até sistematizado no que diz respeito a Auditoria dos serviços prestados.

A participação do Enfermeiro na área de Auditoria, além de constituir um crescente campo de trabalho, vem somar-se à qualidade e observações específicas que vinham sendo exigidas no desempenho desta função, na avaliação e fiscalização dos prestadores de serviços de saúde e na conferência de contas relativas aos procedimentos executados.

### **Objetivos:**

- Garantir a qualidade da assistência prestada ao beneficiário;
- Viabilizar economicamente a empresa;
- Correta utilização e cobrança dos recursos técnicos disponíveis;
- Efetuar levantamentos dos custos assistenciais para determinar metas gerenciais e subsidiar decisões do corpo diretivo da empresa;
- Educar os prestadores de serviços;
- Proporcionar um ambiente de diálogo permanente entre o prestador e a empresa;

- Proporcionar aos beneficiários confiabilidade e segurança na relação prestador, empresa e beneficiário;

## **Atribuições da Enfermagem:**

### **Na Internação Hospitalar:**

Observar se o prontuário médico está completo em relação:

- História Clínica (queixa e duração), aos antecedentes pessoais e familiares, aos exames clínicos, aos exames complementares indicados e à prescrição terapêutica;
- Controles de enfermagem com anotações sequenciais, tipo de dieta, via a ser utilizada (oral e ou injetável) e respectivos horários das medicações, além dos controles dos parâmetros clínicos (PA, temperatura, frequência cardíaca);
- Registro diário da evolução e prescrição médica com o respectivo carimbo e assinatura, como também o registro da enfermagem, devidamente assinado e carimbado;
- Folhas dos Relatórios do anestesista e do cirurgião, nas internações cirúrgicas;
- Observar se o beneficiário do serviço é o próprio, constatando, através da carteirinha, a identidade, com especial atenção em relação aos dependentes e ao tipo de acomodação (se enfermaria ou apartamento) a qual tem direito;

### **Na Visita às Dependências do Hospital:**

- Percorrer todas as dependências do hospital, visitando as unidades de internação e de apoio, bem como os serviços complementares de diagnóstico e terapia;
- Verificar se a medicação prescrita coincide, qualitativa e quantitativamente, com a que está sendo administrada e que está registrada do Relatório de Enfermagem, verificando o prazo de validade de toda essa medicação;
- Observar nas unidades de internação, a higiene e a conservação dos mesmos, a higiene do paciente, a qualidade e a conservação do material e dos equipamentos, o método de desinfecção e de limpeza do material e qual o método utilizado na distribuição do alimento, o horário e a temperatura do mesmo;
- Verificar a área física, o mobiliário, os utensílios e os equipamentos dos Postos de Enfermagem, das copas, das salas de curativos, dos sanitários e o destino adequado do lixo hospitalar coletado;
- Observar o fluxo do setor de esterilização, os equipamentos e os métodos utilizados nos mesmos, o acondicionamento e os cuidados com o material estéril;
- Observar o fluxo do lactário, o sistema de desinfecção e de esterilização de mamadeiras e os métodos de preparo de fórmulas lácteas;
- Colaborar com o Hospital auditado no sentido de harmonizar procedimentos e de conciliar situações em benefício da boa assistência ao paciente, entrevistando-o sempre que possível;
- Observar diretamente junto aos pacientes internados, por amostragem, os cuidados dispensados a sondas e drenos, as aspirações e nebulizações, os

cuidados na prevenção e no tratamento de escaras, as condições das coletas de material para exames e na administração de oxigênio;

- Não comentar com o paciente ou com os seus familiares, em nenhuma hipótese, detalhes de sua doença, do tratamento e do diagnóstico, mesmo quando questionado a esse respeito, informando sempre que, apenas, o seu médico assistente pode esclarecer o que se refere ao caso;
- Não comentar com colegas enfermeiros, com paramédicos ou com os familiares do paciente as conclusões da Auditoria.

### **Tipos de Auditoria:**

- Prévia - perícia médica, visita hospitalar;
- Operacional - análise do prontuário;
- Técnica - conferência quantitativa (qualitativa da conta + valores cobrados);

### **Princípios da Auditoria:**

- Nenhum auditor pode prescrever, evoluir ou alterar evoluções ou informações no prontuário do paciente;
- É vedado ao auditor tecer comentários de qualquer natureza com pacientes, familiares e ou funcionários do hospital e observações feitas através do prontuário, ainda que seja arguido por eles;
- Discutir sobre procedimentos realizados indevidamente pelo prestador de serviço em ambientes estranhos à auditoria;
- O sigilo profissional é obrigação e comportamento ético de todo auditor;
- A postura e respeito deverão ser mantidos sempre nas discussões e apresentações realizadas com os prestadores de serviços;
- É vedado ao auditor trabalhar na instituição a ser auditada ou receber qualquer tipo de remuneração ou vantagens da mesma;
- O conhecimento técnico científico estabelecido e o bom senso deverão ser os principais guias de orientação para o auditor;
- As decisões do auditor deverão ser isentas e imparciais como forma de credibilidade na aplicação dos seus serviços;
- É proibido a retirada de documentos clínicos de qualquer natureza do prestador de serviço sem autorização expressa do mesmo;

## **SEÇÃO II**

---

**Controles de Regulação Médica**  
**Análise de Contas Médicas e Hospitalares**  
**Autorizações Prévias**  
**Gestão de Custos**  
**Screening – Mapeamento de Risco**

---

# Controles de Regulação Médica

## A Política de Regulação:

A Política de Regulação está focada em:

- Recursos financeiros;
- Instrumentos para operacionalização;
- Programa de capacitação permanente de recursos humanos;

## Recursos Financeiros:

O financiamento visando à implantação contempla uma estrutura mínima composta:

- Estrutura lógica, elétrica e de telefonia, inerentes ao seu funcionamento;
- Infra-estrutura de mobiliário e equipamentos, inclusive de informática, o aplicativo de regulação, o sistema operacional, o link em banda larga para a internet;
- Capacitação inicial e preparação de multiplicadores locais, que possam estabelecer um processo de capacitação permanente de recursos humanos, suprimindo, assim, as necessidades oriundas da grande rotatividade de pessoal;

## Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores:

Os principais instrumentos necessários para a implantação e operacionalização são:

- O componente de gestão que define toda a política norteadora;
- Os contratos com os prestadores de serviços que expressam formalmente a oferta de serviços de saúde e sua coerência com as necessidades dos beneficiários;
- A regionalização que configura claramente os espaços geográficos possuidores de uma identidade cultural, econômica e social, de redes assistenciais de atendimento ao paciente;
- A avaliação periódica da assistência instrumentalizando a gestão quando do planejamento e regulação;
- Os protocolos de regulação que orientam a Central de Atendimento com relação aos encaminhamentos entre os níveis de complexidade, promovendo mudanças no modelo de atenção à saúde vigente;

Outros instrumentos considerados de importância para a implantação:

- O aplicativo modulo do sistema de gestão;
- A tabela de procedimentos;
- O Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar;
- Os protocolos de regulação clínicos, que tratam, sinteticamente, da forma de intervenção por patologia, com perspectiva de padronização terapêutica;
- Os protocolos de regulação para ordenar o fluxo de pacientes entre os níveis de complexidade, definindo os limites resolutivos de cada um deles;

A regulação atua em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e são classificadas em:

- Regulação de Urgência;
- Regulação de Internações;
- Regulação de Consultas e Exames;
- Regulação da Alta Complexidade;

A estruturação Reguladora permite absorver toda a assistência à saúde; para tal algumas ações são necessárias para implantar e ou implementar a mesma, garantindo a efetividade da sua atuação, que são:

- Definir descentralização da regulação no complexo;
- Definir a área de abrangência (território) e o escopo (procedimentos);
- Conhecer os recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência;
- Definir como se dará o fluxo de informações;
- Definir as rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais);
- Capacitar permanentemente os recursos humanos e demais entes do processo regulatório;
- Incorporar e regular a oferta de ações e serviços de saúde em seu escopo de atuação e área de abrangência, considerando também as pactuações com outras localidades;
- Estar apta a receber e dar resposta a todas as solicitações de atendimento;
- Incorporar protocolos clínicos, protocolos de regulação e fluxos de referência e contra-referência para as tomadas de decisão;
- Identificar pontos de estrangulamento na assistência à saúde;

### **Ação Regulatória:**

A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços.

Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observadas, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso.

Os protocolos de regulação são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento, que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente, entre os níveis de complexidade da atenção. Diferem dos protocolos clínicos e não devem ser confundidos com roteiros de solicitação.

Os protocolos clínicos descrevem a prática da medicina baseada em evidências, para subsidiar as decisões terapêuticas, já os protocolos de regulação orientam quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolutividade de cada um deles.

### **Autorização de Procedimentos:**

O processo de autorização de procedimentos, realizado por meio da ação regulatória, é prévio com fulcro nos protocolos clínicos e protocolos de regulação pré-estabelecidos. Nos casos de urgência, a autorização dar-se-á no menor espaço de tempo após a realização do procedimento, respeitando os prazos definidos. A autorização prévia de procedimentos está vinculada aos instrumentos denominados Autorização de

Internação Hospitalar e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade.

A central autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante as solicitações da Rede de Atendimento Credenciada e ou paciente no ato do atendimento ou atendimentos agendados como exames especializados e internações.

O processo de autorização é realizado por equipe de médicos autorizadores, orientados por meio de regras, previamente definidos para o exercício da função. Esta ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos, de necessidade dos pacientes e de disponibilidade de oferta, evitando que sejam criados outros fluxos que não àqueles preconizados pela ação regulatória. Porém, compete a gestão local determinar a inclusão do processo de autorização de procedimentos na estrutura de regulação.

### **Organização do Controle da Regulação e Avaliação:**

O controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde são competência comum dos gestores diretos, cabendo a cada um a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, dentro de seus limites administrativos.

A descentralização das funções de execução e, portanto, de controle, regulação e avaliação impõe aos gestores a superação de métodos que referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos); supervalorizados em detrimento do enfoque da avaliação dos resultados e da satisfação dos beneficiários.

Seu fortalecimento deve se dar principalmente:

- Avaliação da organização do sistema e modelo de gestão;
- Relação com os prestadores de serviços;
- Qualidade da assistência e satisfação dos beneficiários;
- Resultados e impactos sobre a saúde;

### **Atribuições:**

As ações atribuídas ao Controle Assistencial compreendem:

- Cadastramento dos serviços e dos beneficiários deve ser fidedigno, completo e atualizado permanentemente, de forma a constituir base segura para o processo de programação e organização da assistência;
- O processo de compra de serviços à rede privada deve oferecer atendimento suficientemente as necessidades dos pacientes;
- A autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade: os fluxos devem facilitar o acesso dos pacientes sem prejuízo do monitoramento adequado da produção e faturamento dos serviços;
- Desenvolver mecanismos de controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde;
- Controle do acesso assistencial;

A Regulação Assistencial, como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, institui o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência.

Neste sentido, o processo regulatório ao atuar no sentido de intervir positivamente sobre o acesso aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, exercendo o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função.

Deste modo, a regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

Como objetivos específicos destaca-se:

- Organizar e garantir o acesso dos beneficiários aos serviços de atendimento em tempo oportuno;
- Oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos beneficiários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Subsidiar o processo de controle e avaliação;

A Avaliação dos resultados das ações e serviços de saúde prestados deve ser sistematicamente realizada, criando mecanismos que garantam a participação dos pacientes na avaliação.

As ações atribuídas à avaliação compreendem:

- Avaliação da relação entre atendimento, produção, faturamento;
- Avaliação de qualidade e satisfação dos pacientes: deve-se buscar a implementação de indicadores objetivos, baseados em critérios técnicos, mas incluir a avaliação dos pacientes quanto a acessibilidades, resolubilidade e qualidade dos serviços;
- Avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população: deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde.

### **Regulação:**

A regulação em saúde tem diversos entendimentos, concepções e práticas, disseminou-se o conceito de regulação como sinônimo de regulação do acesso dos beneficiários aos serviços de saúde.

Uma concepção restrita de regulação, portanto induzindo a iniciativa de controle do acesso, de adequação à oferta. Assim como vinculou o processo e as ações de regulação às formas gestão estabelecidas.

A regulação é uma das macro-funções a serem desempenhadas para o fortalecimento da gestão, incentivar a incorporação de atividades e ações de regulação, na garantia do direito à saúde, da universalidade e integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade.

---

## Análise de Contas Médicas e Hospitalares

É responsável pela operacionalização da Análise de contas médicas, hospitalares, odontológicas, glosas e reembolsos de acordo com as regras implementadas em sistema e rotinas estabelecidas na Operadora, recepção, triagem e codificação, digitação e processamento dos dados para a liquidação das faturas apresentadas pelos recursos credenciados e beneficiários devidamente cadastrados.

A auditoria médica e de enfermagem interna e externa integram às rotinas de análise, bem como a revisão de glosas. Após processamentos necessários para alimentação e consistência de sistema, preceder-se-á conferência dos dados e valores liberados gerados em relatórios financeiros de pagamento aos prestadores, beneficiários e prestação de contas.

A administração de documentos é parte integrante do processo de Operacionalização, atribuídos à guarda, resgate e liberações de imagens dos processos de faturas e contratos.

O departamento de contas médicas tem por finalidade coordenar as atividades de processamento de contas decorrentes da prestação de serviços na área de saúde realizada por profissionais e entidades através de convênios, contratos ou credenciamentos, competindo-lhe:

- Avaliar e controlar os serviços prestados por profissionais, hospitais, laboratórios, clínicas e outros serviços especializados credenciados da área de saúde;
- Promover em conjunto com as áreas técnicas, a elaboração e padronização de normas e procedimentos administrativos; a elaboração e atualização de tabelas para a remuneração dos trabalhos técnicos e profissionais, divulgando-as junto às entidades e profissionais credenciados;
- Monitorar permanentemente a conduta e o desempenho relativo à prestação de serviços dos profissionais e entidades credenciadas, visando manter adequado padrão de qualidade;
- Analisar e conferir a documentação exigida nos processos e o cumprimento de pré-requisitos estabelecidos, afetos à sua área de atuação;
- Revisar e auditar técnica e administrativamente, de acordo com as normas técnicas pré-estabelecidas, as contas faturadas pelos prestadores de serviços credenciados;
- Processar de acordo com as normas técnicas vigentes, o pagamento das contas dos prestadores de serviços credenciados;
- Processar os pedidos de reembolso das despesas médico-hospitalares devidamente avaliadas;

### **Introdução:**

Considerando a diversificação de informações necessárias para se efetuar a análise dos faturamentos de contas medicas apresentados pela rede credenciada, este roteiro proporcionará agilidade, desenvolvimento dos trabalhos com segurança, no sentido que as contas médicas e hospitalares sejam analisadas adequadamente e pagas dentro dos parâmetros médicos e técnicos existentes, mantendo assim o padrão de qualidade.

**Finalidades:**

- Auxiliar na formação e atualização dos analistas;
- Orientar os analistas como proceder sobre a validação dos serviços cobrados pelos prestadores, através de parâmetros e conceitos médicos, técnicos estabelecidos;
- Detalhar as rotinas operacionais gerais e específicas de cada área e setores correlacionados ao pagamento de contas médicas e hospitalares;

**Responsabilidades do Analista:**

- Conhecer normas e objetivos no ramo em que está desempenhando suas funções;
- Conhecer as normas e procedimentos da seção onde trabalha;
- Conhecer a rotina operacional geral da área de contas médicas, sabendo como proceder nas mais diferentes situações;
- Conhecer os recursos disponíveis em sistema como ferramenta do seu trabalho.
- Conhecer a tabela de remuneração, especialmente suas regras e instruções;
- Conhecer todas as regras dos planos, especialmente quanto a coberturas, carências, elegibilidade;
- Ter segurança na tomada de decisão quanto ao pagamento da conta médica e hospitalar, glosas e ou devoluções;
- A responsabilidade do cargo estando ciente de que o pagamento incorreto e inadequado das contas afeta diretamente os resultados financeiros;
- Recorrer sempre ao superior imediato, quanto existirem dúvidas, nas mais diferentes situações;
- Ter conhecimento pleno dos contratos firmados com os prestadores credenciados, bem como normas divulgadas pela área médica e técnica;
- Manter contatos internos com outras áreas da empresa, (Credenciamento, Cadastro, Digitação, Área Médica, TI, Técnica), procurando solucionar os problemas existentes;

**Tabelas de Remuneração:**

A Associação Médica Brasileira – AMB é uma entidade que tem como objetivo discutir assuntos relacionados à atividade médica.

Dentre várias comissões da AMB, que representa cada uma das especialidades médicas, uma centraliza as reivindicações da classe, no tocante à remuneração. Trata-se da CNHM - Comissão Nacional de Honorários Médicos, responsável pelas revisões periódicas da Tabela AMB ou CBHPM, além de dirimir dúvidas apresentadas por todos os tomadores de serviços médicos.

É obrigatório para o analista o pleno conhecimento dos conceitos das tabelas, pois este se tornará o principal instrumento de trabalho.

**Tabela de Serviços Hospitalares:**

Todos os prestadores credenciados são remunerados pelos valores determinados na Tabela de remuneração de diárias e taxas hospitalares ou pelas suas próprias tabelas conforme negociação contratual acordada. As especificações da tabela constam em sistema no cadastro dos mesmos obedecendo a identificação do próprio prestador, descrição, valor e vigência.

**Tabela de Procedimentos:**

A base de pagamento de contas para procedimento é a tabela AMB ou CBHPM, porém alguns prestadores têm procedimentos negociados contratualmente nos valores específicos que estão cadastrados em sistema (Laboratório, Radiologia, Honorários e Tratamentos Terapêuticos).

**Tabela de Coeficiente do Honorário:**

CH é o indexador para efeitos de cálculos do valor de honorários médicos.

**Tabela de Filmes Radiológicos:**

O valor de tabela do filme radiológico é determinado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, utilizado para cálculo do valor de filme nos procedimentos radiológicos.

**Tabela de Medicamentos – Brasíndice:**

É uma publicação periódica de orientação farmacêutica, sendo utilizado pelos analistas de contas e enfermeiros para checagem dos valores de medicamentos cobrados pelos prestadores.

No Brasíndice, constam os preços de fábrica e preço máximo ao consumidor, devendo atentar para diferenciação de valores para algumas regiões do território nacional. Para efeitos de pagamento, deve-se adicionar ao preço de fábrica o percentual tolerável de até 42,86% a título de comercialização do produto.

Além de medicação, o Brasíndice publica preços de contrastes radiológicos, soluções parenterais, equipamentos, ampolas, bolsas de sangue, entissépticos e descartáveis.

**Tabela de Materiais:**

É obrigação do analista a comparação dos valores cobrados pelos prestadores para os materiais descartáveis, cirúrgicos, com as diversas tabelas disponíveis na área.

**Brasíndice** - Geralmente distribuidores publicam nas edições do Brasíndice, valores negociados para materiais descartáveis e cirúrgicos de utilização nacional.

**Simpro-VdFarma** - Tabela disponível para materiais, medicamentos, descartáveis, próteses e órteses de referência nacional, apresentando especificações do produto, fabricante, distribuidor e valores comercializados a nível nacional, porém sem o adicional de comercialização admitido em até 35%.

## **Área Médica e Enfermagem:**

A Área Médica, compete realizar auditorias médicas internas e externas nas cobranças dos prestadores, centralizando atenção nos procedimentos autorizados e efetivamente realizados, analisar e esclarecer dúvidas encaminhadas pela área de contas médicas, dar suporte e estabelecer normas e condutas de análise, para que a área tenha confiabilidade e segurança quanto ao cumprimento de suas obrigações.

À Área de Enfermagem, compete as mesmas obrigações dos Médicos Auditores, cujo enfoque está nas cobranças de materiais e medicamentos, checando a necessidade de utilização no procedimento realizado e respectivas quantidades utilizadas, por parte dos prestadores de serviços, além de analisar a compatibilidade das diversas taxas cobradas e conceituar as cobranças decorrentes de atendimentos de urgência e emergência (Pronto Socorro), glosando conforme normas estabelecidas.

### **Auditoria Externa:**

O processo de auditoria externa nos hospitais envolve os auditores médicos e enfermeiros internos e empresa terceirizada contratada. Essas auditorias serão realizadas rotineiramente nos hospitais específicos, no intuito de fechamento da conta médica a ser faturada com os valores realmente devidos. As auditorias frequentemente resultam em suspensão de autorizações de internações, devoluções de contas por serviços não cobertos, diagnósticos incompatíveis.

As contas ou faturas submetidas à auditoria externa de pré ou pós pagamento, serão avaliadas para verificação de divergências, ficando sob responsabilidade do analista, inserir as glosas no sistema e emitir a carta de glosa, quando necessário.

A equipe de auditoria acompanhará o evento de internação até a liberação de sua cobrança, observando-se a seguinte sistemática:

- Identificar o paciente Internado;
- Analisar o prontuário médico, quanto à evolução, quadro clínico, identificação do médico assistente e equipe, análise qualitativa e quantitativa da prescrição médica, das solicitações de exames e prorrogações;
- Visitar o paciente com análise crítica de seu estado, correlacionado com o prontuário médico;
- Preencher o relatório de auditoria hospitalar e enviar para a Central de Regulação;
- Realizar auditoria das faturas médico-hospitalares, correlacionando com o prontuário médico e relatório de auditoria hospitalar;
- Discutir com o recurso credenciado para consenso dos itens divergentes;
- Promover análise técnica, inclusive das prorrogações e o fechamento de conta hospitalar, mediante a pertinência dos procedimentos;
- Emitir relatórios gerenciais: auditorias por internação ocorrida, internação por especialidade, internação por tratamento, internação por diagnóstico, internação por tipo de alta, internação por sexo e faixa etária, indicadores de auditoria técnica por hospital, comparativo entre os hospitais auditados, tipos de ocorrências e irregularidades, comparativo de custo de diagnóstico, total pago por hospital e geral, apresentações de sugestões e observações;

### **Análise de Contas Internação:**

Destinado ao detalhamento dos processos de análise de internações elevadas, determinadas para análise com alçada da Coordenação, Gerência, Superintendência e Diretorias.

Os limites de alçada em contas com valores até:

Até R\$ 3.000,00	Liberação do Analista
R\$ 3.001,00 até R\$ 5.000,00	Coordenação do Setor
R\$ 5.001,00 até R\$ 10.000,00	Gerência Contas Médicas
R\$ 10.001,00 até R\$ 20.000,00	Diretoria Adjunta
R\$ 20.001,00 até R\$ 50.000,00	Diretoria
Acima de R\$ 50.001,00	Presidência

### **Relatório de Auditoria Externa:**

Relatório sintético dos valores de procedimentos glosados junto ao faturamento do prestador, para controle do analista quando recepcionar as contas específicas para análise e pagamento.

### **Carta de Glosa:**

Gerado pelo próprio sistema, após direcionamento do analista, destina-se a conferência dos procedimentos glosados no processo e informação ao prestador de tais ocorrências que futuramente poderá recorrer.

### **Processo de Análise:**

No processo de análise, o sistema desenvolvido atua de forma efetiva no fator de decisão do analista de Contas Médicas, disponibilizando aplicativos e expressões codificadas ou descritivas obtidas nas tabelas de cadastros. A responsabilidade pelo pagamento ou glosa dos procedimentos é exclusiva do analista. Para tanto o analista deverá estar treinado e habituado a trabalhar com as informações cadastrais no sistema que auxiliarão na decisão e sistema de liberação e pagamento de contas médicas.

Resumo das situações de cadastros internos em que o analista deverá ter conhecimentos técnicos para definição do processo de análise e pagamento:

<b>Cadastro</b>	<b>Pesquisa</b>
Código do Paciente	Carências Dependentes Validade do cartão de identificação Restrições de atendimentos Data de inclusão e exclusão Pagamento
Cadastro Prestador	Inclusão e cancelamento do prestador Especialidades Tabela de remuneração contratada Múltiplos especiais contratados para remuneração Tipos de Planos que prestador atende Tabela de Diárias e Taxas Condições especiais não cadastradas Endereço e telefone Tabela de Procedimentos da tabela contratada
Cadastro Procedimentos – Tabelas Honorários	Código do Serviço Versão vigente da tabela Quantidade CH e Filme Auxiliares e Porte Anestésico

Médicos	Necessidade de Autorização previa Sexo e idade
Cadastro de CID	Código do CID (10) Descrição do CID
Guias Autorizadas	Descrição do Serviço autorizado Data de Validade da Guia Prestador autorizado Observações gerais para pagamento
Histórico de atendimentos do Paciente	Nº documento, código de serviço e data de atendimento de todos os serviços pagos no cadastro do paciente consultado.
Faturamentos Pagos	Consulta de faturas pendente de análise com valores de glosas
Consulta Genérica de Contas Pagas	Consulta pelo tipo e número de documento pago.
Liberação e Glosas	Acesso pelo tipo e número do documento Correção e liberação ou glosa do item consistido

### **Processos e Conceitos na Análise de Contas Médicas:**

- Tomografia de Coluna Cervical até 3 Segmentos: Pagar 1 vez por código;
- Curativos Oftalmológicos: não pagar curativos pós-operatórios relacionados a ceratotomia, pterígio;
- Procedimentos Bilaterais: pagas sempre 1 vez o procedimento;
- Avaliação fisioterápica: não deve ser pago para fisioterapeutas e sim fisiatras;
- Não esquecer de verificar o valor cobrado para medicamentos e contrastes;
- Tomografias em várias regiões, verificar percentual conforme tabela;
- Não pagar material fotográficos;
- Verificar sempre as incidências de exames radiológicos conforme requisição;
- Atentar para a hora de entrada e alta para pagar as diárias;
- Taxas verificar se contratado por uso, dia, hora;
- Atentar para as quantidades de oxigênio e instalação;
- Notas fiscais: pagar comercialização sob o valor líquido do material;
- Taxa de prestador de NPP (nutrição parenteral e enteral) solicitar nota fiscal se comprado preparado - Glosar taxa de preparo;
- Taxa de Expediente, Taxa Administração, Taxa de Serviço: se vincula a percentual total pago na conta-item, verificar as glosas;
- Taxa de sala para cirurgia: paga-se somente 1 independente das quantidades de cirurgias realizadas;
- Taxa de repouso ou Observação no Pronto Socorro: paga-se somente 1 até o período de 6 horas, superior a isto submeter ao superior;
- Atentar para o percentual de urgência definido pelas tabelas de remuneração;
- Nos casos de duplicidade: sempre verificar se cobranças de prestadores diferentes, glosar se casos autorizados ou honorários Médicos de mesma natureza de cobrança;
- Serviços de Fonoaudiologia, Psicoterapia, Acupuntura: prestador envia xerox de autorizações ou número da guia, sempre verificar no sistema a existência da mesma e pagamento efetuado;

- Não devolver nenhuma conta de procedimentos cirúrgicos sem antes verificar a posição de pagamento de demais contas (internação e auxiliares);
- Não se paga consulta concomitante a procedimentos dermatológicos;
- Procedimentos em Carência: submeter ao auditor para avaliar se acidente pessoal;
- Não se paga atendimentos decorrentes a filhos (neto) de dependentes.
- Internações de Recém-nascido, verificar sempre se está incluído no plano. Até 30 dias tem cobertura pelo código da mãe;
- Não pagar materiais e medicamentos sem relação correspondente anexa à conta;
- Ao se Glosar diárias, verificar os demais itens correlacionados na conta;
- Não pagar Consulta ou Taxa de Observação ou Taxa de Repouso concomitante à internação;
- Se procedimentos não tem autorização prévia, demais cobranças na conta (taxa, materiais, medicamentos) correspondem ao mesmo devolver a conta total;
- Retorno em Pronto Socorro: mesmo diagnóstico, porém médicos e especialidades diferentes, glosar;
- Tratamento conservador e redução incruenta está incluso a consulta e o aparelho;
- Sutura: consulta está incluso no procedimento;
- Retirada de corpo estranho: paga-se somente se for interno (externo Glosar);
- Retirada de Pontos: Glosar incluso no procedimento mesmo se tiver na tabela;
- Curativos: submeter ao médico para origem e procedência;
- Procedimentos oftalmológicos: incluso na consulta acuidade visual, anamnese, biomicroscopia ceratometria. Exame de senso cromático, sumario de motilidade ocular, fundoscopia, inspeção de pupilas, refração, retinoscopia;
- Neurologista realiza fundoscopia não glosar;
- Exame muscular: não pagar;
- Serviço não cadastrado: atenção para os casos codificados com este código, o que indica que não foi identificado em tabela contratada, Glosar;
- Internações para realização de exames complementares, glosar independente da autorização previa emitida;
- Exames SADT sem relacionamento com o diagnóstico ou cirurgia, glosar;
- Nunca pagar Suíte, não tem cobertura;
- Se paciente não realizou cirurgia nunca pagar taxa, aparelhos e materiais relacionadas à cirurgia;
- Muitos prestadores internam pacientes em UTI devido não haver vaga em apartamento ou enfermaria, glosar pagando o devido;
- Materiais cobrados como importados, se tiver similaridade nacional pagar valor do mercado interno + taxa de comercialização;
- Medicamentos: impreterivelmente devem ser fracionados conforme utilização prescrição, nunca pagar a embalagem inteira, alegando que o medicamento fica a disposição do paciente;
- Não pagar antibióticos no Pronto Socorro e ou Ambulatório;
- Atenção para os casos de AVC, edema pulmão, para pacientes jovens, pois pode ser tratamento de toxicômanos;
- Taxas diversas da tabela do prestador, atentar para a concomitância das mesmas;

- O término das diárias hospitalares é geralmente às 10:00hs, atentar para cobrança de nova diária em período tolerável;
- Cirurgias eletivas realizadas em horário noturno, glosar adicional;
- Atenção para as cobranças de consultas inter-familiar;
- Solicitações de fisioterapias para vários membros distintos;

## **Rotinas de Recurso de Glosas - Contas Médicas**

O recurso de glosa tem como finalidade avaliar todas as glosas que são recorridas pelos prestadores credenciados, por intermédio de correspondência, telefone, reuniões internas e externas, a fim de solucionar e reverter recurso e ou falhas administrativas, conceituais e técnicas.

### **Entram em questão dois tipos de Glosas:**

- Administrativas: Realizadas pelos analistas em decorrência da falta de requisitos básicos ou dados cadastrais divergentes com a cobrança.
- Técnica: Realizada pelos Médicos ou Enfermeiros, baseado nos conceitos para o procedimento em cobrança.

### **Recepção do Recurso:**

Na recepção do recurso deve-se observar os argumentos do prestador justificando as glosas efetuadas, caso identifique falta de dados, tais como, CID, especialidade para justificar retorno de consultas e outros imprescindíveis para a reanálise do processo, devolver reorientando.

É necessário constar anexo à correspondência do recurso do prestador a carta de glosa emitida quando da análise da fatura, caso solicitar envio da cópia ao prestador.

Após análise dos recursos, elaborar conjunto de contas para complemento dos valores devidos, conferindo e arquivando o processo. Emitir carta ao prestador posicionando sob as glosas mantidas, com os respectivos valores pagos e pendentes. Caso necessário solicitar reunião com o mesmo para definição total do processo.

### **Rotinas de Recepção de Contas Médicas e Validação dos Documentos:**

A recepção atua efetivamente com o Departamento de Contas Médicas, recepcionando faturamentos decorrentes de atendimentos Médicos, SADT, hospitalares prestados aos beneficiários e será responsável pela eficiência e qualidade dos produtos e serviços gerados, participando ativamente na análise dos dados.

Quando do recebimento da conta observar:

Os faturamentos serão recebidos, observando-se a data limite para a entrega, o que poderá indicar a prioridade de análise. As contas podem ser enviadas por correio ou pessoalmente. Quando entregues pessoalmente pelo credenciado, as contas devem ser protocoladas com o carimbo datador na data contratual de entrega, sendo a segunda via protocolada e entregue ao portador.

A data de recepção contratual é fundamental para estipular a data efetiva do pagamento ao prestador conforme contrato, e regras e cronograma de eventos fixados.

### **Análise de Requisitos Básicos nas cobranças:**

Os requisitos básicos referem-se a dados importantes para a correta consistência do sistema, análise técnica dos documentos e validação do pagamento dos serviços cobrados pelos prestadores:

- Nota Fiscal, recibo ou correspondência em papel timbrado, carimbado e assinado pelo prestador (Jurídico), informando o valor faturado;
- Código do beneficiário preenchido corretamente em todos os documentos;
- Data da realização dos serviços;
- Todos os procedimentos cobrados deverão estar codificados, quantificados e valorizados conforme as regras de negócios estabelecidas;
- Assinatura sob carimbo do prestador em cada documento de cobrança;
- Assinatura do paciente ou responsável em todas as cobranças;
- Valor total em cobrança em cada conta;
- Verificar a ordenação dos documentos de cobrança se compatíveis com as necessidades da análise (consultas, SADT, internações)

### **Recebimento da Conta via Correio:**

- Todas as contas devem ser verificadas e protocoladas no mesmo dia de chegada no protocolo;
- Observar a data de protocolo, se houver um período longo entre a data de postagem da mesma e a data de chegada no setor de protocolo (exemplo: greve de correio, festas de fim de ano), analisar a ocorrência junto ao superior, considerando o cronograma de recepção de contas estabelecido.

Após verificar todos os itens mencionados e não havendo nenhuma irregularidade na entrega da conta a mesma deverá ser protocolada com a data e visto e registrar em sistema através da abertura da capa de lote para que a mesma seja processada para pagamento.

### **Rotinas de Análise de Contas Médicas:**

A Análise das Contas Médico-Hospitalares é responsável pelo pagamento dos atos de atendimentos médicos e diagnósticos e hospitalares de beneficiários cadastrados, aos prestadores de serviços credenciados.

A análise consiste na validação dos dados pelo sistema e na aplicabilidade de conceitos médicos, técnicos e contratuais, gerando as rotinas operacionais que complementam o processo:

- Digitação ou importação dos dados constantes nas contas apresentadas;
- Geração de relatório de críticas e bloqueios em ordem de prestador;
- Analisar as inconsistências geradas baseando-se em pesquisas em sistema e conceitos, definindo a Liberação, glosa ou Devolução do Item ou da Conta consistida, identificando na Conta ou Relatório o Código respectivo de Motivo de Glosa;

- Realizar-se-á análise conceitual em 100% (cem por cento) das contas que não geraram consistências pelo sistema, visando a identificação de cobranças indevidas pelos prestadores, tais como: assinatura do prestador e beneficiário, serviços requisitados x cobrança, falta de documentação básica, requisição, relatórios, laudos, rasuras;
- Emissão da Carta de Glosa;

### **Contas Odontológicas:**

Controle Operacional e definição das regras de negócio compreendendo:

- Personalização das tabelas de procedimentos e situações bucais, permitindo uma total adaptação às sistemáticas adotadas;
- Representação gráfica utilizada na visualização dos odontogramas de situação bucal inicial, tratamento proposto, acompanhamento de tratamento;

Regras técnicas de perícia eletrônica, que podem ser aplicadas inclusive nos modelos de pré-aprovação de tratamentos, no momento do pagamento e ou, automatizado pelo sistema, para que verifique:

- Recorrência de procedimentos executados em prazo inferior ao definido;
- Procedimentos executados fora da faixa etária permitida;
- Procedimentos que necessitem de radiologia prévia, inicial e ou final;
- Procedimentos que necessitem perícia inicial e ou final;
- Procedimentos permitidos somente em dentes decíduos;
- Procedimentos permitidos somente em dentes permanentes;
- Procedimentos onde é obrigatória a informação do dente e ou face;
- Procedimentos liberados para execução somente por especialistas (esta informação é cruzada com a relação das especialidades atendidas, informada no cadastro dos prestadores);
- Procedimentos concorrentes com outros, no mesmo orçamento ou em outros (este recurso permite a criação de pacotes de procedimentos onde a realização de um procedimento, compreende a vários outros que não podem ser pagos de forma concomitante);
- Procedimentos em não conformidade com a situação bucal inicialmente informada;
- Procedimentos em não conformidade com o histórico clínico de tratamentos realizados;
- Controle de procedimentos em carência;
- Controle dos procedimentos fora da cobertura contratada;
- Personalização das descrições de glosa e criação de novas sem necessidade de modificação no sistema;

### **Acompanhamento e Gestão Operacional:**

- Controle de reembolso de tratamentos efetuados fora da rede credenciada;
- Relatórios de acompanhamento dos tratamentos lançados, tratamentos bloqueados pela perícia eletrônica;
- Relatórios separando o pagamento da rede credenciada, detalhando quais beneficiário foram atendidos, tratamentos realizados, tratamentos aprovados, glosados e qual o motivo;

**Informações Gerenciais:**

- Relatórios gerenciais e estatísticos de acompanhamento dos tratamentos realizados, por credenciado, por plano, por especialidade;
- Relatórios de desempenho por plano e por contrato;
- Curva “ABC” dos prestadores, empresas, planos e procedimentos com maior incidência no período;

**Faturamento Eletrônico:**

Fechamento Eletrônico e Transmissão das Contas Ambulatoriais e de Internação:

Acesso dos arquivos magnéticos com contas médicas, processadas pelo sistema de Conectividade e Autorização através de um aplicativo para fechamento e a transmissão das contas de internação, permitindo conversões de arquivos eletrônicos dentro de padrões customizados e definidos.

O processo para a geração de uma remessa deverá considerar as seguintes situações:

- Remessa das contas ambulatoriais;
- Definição do Período de remessa;
- Remessa de Contas de Internação;

**Regras de Validação:**

O sistema de fechamento eletrônico de contas deve estar disponível as seguintes regras de validação:

- Regras de Consistência de Formato de Arquivo:
  - Documento não está cadastrado;
  - CNPJ ou CPF Inválido;
  - Código do Paciente não Preenchido;
  - Data do Atendimento Ambulatorial não Preenchida;
  - Data de Início do Atendimento não Informada;
  - Data Final do Atendimento não Informada;
  - Tipo do Atendimento não Preenchido;
  - CID não Preenchido;
  - CRM Inválido;
  - Código do Serviço Principal não Preenchido;
  - Código do Serviço não informado;
  - Quantidade de Realizações não Preenchida;
  - Soma dos Itens Difere do Total Cobrado;
- Regras de Consistência de Conteúdo de Arquivo:
  - Data Inválida;
  - Data Início de Atendimento Inválida;
  - Data Final de Atendimento Inválida;
  - Hora do Atendimento Inválido;
  - Tipo de Atendimento Difere do Parâmetro;
  - Local de Atendimento Difere do Parâmetro;
  - Assinalação de Emergência Inválida;
  - Indicação de Data e Horário Extraordinário Inválido;
  - Código de Posição do Prestador Inválido;
  - Valor do Serviço Ausente ou Inválido;
- Regras de Consistência Lógica contra as Bases de Dados:

- Prestador não cadastrado;
- Prestador não Atende Plano do paciente;
- Prestador Incluído Após data de Atendimento;
- Código do beneficiário não cadastrado ou incorreto;
- Data Início de Atendimento Maior que a Data de Recepção;
- Data Final de Atendimento Menor que a Data de Início Atendimento;
- CID Inválido ou Não Cadastrado;
- Código Serviço Principal Inválido ou Não Cadastrado;
- Data Hora Emergência Incompatível com a Data de Atendimento;
- Data Hora Emergência Incompatível com o Horário de Atendimento;
- Data de Atendimento superior a 30 (trinta) dias;
- Serviço Não Cadastrado Inválido;
- Sexo do Paciente Incompatível com o Admitido para o Serviço;
- Serviço Não Contratado com o Prestador;
- Serviço Cobrado em Duplicidade;
- Consulta Eletiva Inferior a 30 dias – Analisar;
- Consulta em Duplicidade na Mesma Data;
- Serviço Cirúrgico para Atendimento Clínico;
- Quantidade de Realizações Inválida;
- Quantidade de Diárias Incompatível com o Período de Cobrança;
- Valor do Serviço Difere do Calculado;
- Data Final de Atendimento Maior que a Data de Recepção;

#### **Análise de Contas Ambulatoriais:**

**Consulta Eletiva - Não é devida a cobrança quando:** Paciente retorna ao médico para apresentar resultados de exames complementares, solicitados quando da consulta inicial.

Cobrança em período inferior de retorno de 15 dias após a consulta inicial, apresentando os mesmos sintomas diagnosticados na primeira consulta, devendo ser obrigatoriamente justificadas pelo médico para efeitos de análise médica ou técnica dos auditores.

Quando o retorno for identificado médicos diferentes porem especialidades idênticas, sem justificativa, CID informado pertence ao mesmo grupo de doenças, CID e médicos idênticos a consulta anterior.

As cobranças em ambulatório devem seguir a mesma regra dos consultórios. Não cabe pagamento de adicionais de urgência-emergência para este procedimento.

**Ambulatorial em Horário Normal e Urgência-Emergência:** A consulta de Urgência-Emergência, não é aplicável o conceito de retorno. Pela natureza do atendimento, o pagamento deve ser feito somente quando o atendimento ocorrer no Pronto Socorro, porem deve ser observado pela análise e auditoria de enfermagem a real urgência-emergência do atendimento.

O analista deve sempre estar atendo aos abusos dos prestadores nos atendimentos de PS, os retornos não justificáveis deverão sempre ser glosados.

**Consulta Hospitalar:** Pago somente na condição de paciente internado, quando o médico especialista é chamado em caráter de urgência, para prestar serviços a nível de consultoria médica.

Toda e qualquer cobrança deste procedimento deve vir acompanhado de relatório médico justificando sua necessidade, na falta deste deve-se glosar o procedimento.

É devido o pagamento deste procedimento uma única vez para cada especialista, os chamados subsequentes devem ser pagos como visita clínica.

**Exames de SADT:** Os procedimentos de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias) somente poderão ser pagos, se anexo a cobrança vier a respectiva requisição, emitida por profissional médico legalmente habilitado para o exercício da medicina, independente da condição contratual de pessoa física ou jurídica.

Aos procedimentos em SADT realizados a nível de Pronto Socorro e Internados estão isentos de apresentação da requisição médica, devido sua própria característica de atendimento.

Os serviços devidamente autorizados e acompanhados na cobrança da cópia da guia de autorização emitida, estão isentos da apresentação da requisição medica, esta já analisada pelo setor de autorização.

A requisição médica deve ser emitida de próprio punho pelo solicitante, em receituário próprio ou de hospital, com a descrição completa dos exames solicitados. As requisições pré-impressas para indicações de “x” não devem ser aceitas.

É imprescindível conter na requisição do carimbo e assinatura do médico requisitante, caso glosar, atentar para os casos de receituário timbrado com os dados do médico, como CPF e CRM.

Deverá ser atentado para as requisições de paramédicos (Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Psicólogos) e Dentista, Ortodontista, nunca pagar.

O analista deve conferir a compatibilidade entre o serviço requisitado e o efetivamente cobrado pelo prestador, na ocorrência de alguma divergência, inclusive inclusão de exames com caligrafias de terceiros, glosar.

**Exames Radiológicos:** Atentar sempre se a quantidade de incidências necessárias para cada tipo de exame correspondente ao requisitado

O pagamento do filme Radiológico é efetuado em código de serviço específico, portanto, atentar para os casos onde o prestador não separa o valor respectivo, inclusive para as incidências adicionais requisitadas. Os casos de cobranças com contrastes devem ser submetidos a análise da auditoria, com a discriminação, quantidade e valor utilizado no procedimento.

**Descartáveis para Coleta:** Nunca devem ser pagos tais materiais para coletas de exames de qualquer natureza, pois estão inclusos no valor dos procedimentos.

**ECG:** não será pago concomitante ao teste ergométrico.

**Fisioterapias:** As fisioterapias de acordo com a tabela de remuneração devem ser pagas conforme a patologia por tipo de lesão, apresentada pelo paciente. Será devido apenas um procedimento, não importando quantas sejam as modalidades de terapias realizadas no paciente.

Extrapolando a incidência de 20 sessões por patologia realizada, será necessária autorização prévia para o procedimento, se o sistema indicar tal ocorrência glosar ou devolver a conta.

Para pagamento de RPG - Reeducação Postural Global, mediante a autorização prévia para este procedimento.

**Outras Terapias:** O analista deve estar atento também em relação às demais terapias, principalmente os códigos de serviços que englobam várias aplicações de alergologia ou períodos prolongados de tratamento quimioterapia.

**Acupuntura:** As 5 primeiras sessões não é necessário autorização prévias, portanto deve-se atentar na sinistralidade do paciente para apurar quantas já efetuadas e efetivamente pagas. Tal regra aplica-se também para as autorizadas e pagas, pois os prestadores costumam a cobrar por sessão unitária.

**Serviços Paramédicos:** Entende-se por paramédicos, aqueles profissionais com formação em alguma área específica ligada à medicina, especializados em reabilitação de pacientes em diagnose e terapias específicas e sempre orientados por médicos, que acompanham a evolução do quadro clínico do paciente.

**Fonoaudiologia:** Os serviços exigem autorização prévia para atendimento e pagamento.

**Terapia Ocupacional:** Os serviços exigem autorização prévia para atendimento e pagamento.

**Medicina Ocupacional:** Os procedimentos de medicina ocupacional não são previstos em contrato e estão correlacionados a exames admissionais, periódico e demissionários.

**Serviços Ambulatoriais e Pronto Socorro:** Entende-se como serviço Ambulatorial, todo o atendimento clínico, cirúrgico ou terapêutico prestado sem internação do paciente, devendo-se atentar para:

- Se a cobrança esta coerente entre o serviço realizado e as quantidades e tipos de materiais e medicamentos cirúrgicos;
- Compatibilidade entre a descrição e o código do serviço cobrando;
- Análise do anátomo-patológico pela auditoria médica, quando for obrigatória a apresentação;

- Se há justificativa para a cobrança de adicional de 30%, em dias e horários extraordinários ou mesmo contratualmente;
- Não pagar honorário de auxiliares de cirurgia e anestesia quando o procedimento for realizado a nível ambulatorial;
- Atenção para os casos de continuidade de atendimento no PS, que deverá ser paga visto problemas de direcionamento a terceiros, tais como: Queimado volta para realizar curativos, procedimentos ortopédicos: retirada ou troca de gesso.

**Consulta Inclusa no HM:** Não é devida quando cobrada concomitante a outro procedimento, nas especialidades de ortopedia, dermatologia. submeter sempre a análise da auditoria médica.

**Curativos:** Não são devidos honorários médicos de curativos, nos primeiros 15 dias subsequentes aos procedimentos cirúrgicos.

### Média de Contrastes Radiológicos:

Descrição	Contrastes	Quant.
Colecistografia	Telepaque Oral, Transbilix	12 Cps 1 Amp.
Colecistograma Oral	Telepaque Oral, Transbilix	14 Cps
EED	Celobar	3 Vidros
Esofagografia	Celobar	1 a 2 Vidros
Transito Delgado	Celobar	3 a 5 Vidros
Clister Opaco	Celobar	4 a 6 Vidros
Urografia Excretora	Pielograf. Hypaque 50% ou Telebrix - Hexabrix Hypaque 75%	3 amp 2 amp.
Urografia Excretora com Macro dose Dripping	Pielograf. Hypaque 50% ou Telebrix - Hexabrix	3 a 5 amp
Uretrocistografia	Hypaque a 50%, Telebreix Haxabrix, Plenigraf	2 a 3 Ampola
Urografia Excretora (1,2,3)	Pielograf. Hypaque 50% ou Telebrix - Hexabrix	3 amp
Histerossalpingografia	Vasprix Polividona	1 amp.
Mielografias	Omnipaque, Hexabrix, Iopamiron	10 a 50 ML
Arteriografia Digital Renal Unilateral	MD 76 ou Iopamiron, Hexabrix, Omnipaque, Conray	50 a 80 ML
Arteriografia Digital MMII	MD 76 ou Iopamiron, Hexabrix, Omnipaque, Conray	3 a 4 amp
Tomografia Abdomen	Conray 30, Hexabrix, Iopamiron de 100 a 150 ML	2 a 3 amp
Tomografia Cranio	Conray 43, Hexabrix, Iopamiron de 100 a 150 ML	2 a 3 amp
Ventriculografia - Cateterismo	MD 76 ou Iopamiron, Haxabrix, Omnipaque	50 a 100 ML
Cateterismo + Aortografia Cat. E + Coronariografia Aortografia	MD 76 ou Iopamiron, Haxabrix, Omnipaque	160 a 180 ML
Cateterismo em Crianças	Conray 400, Iopamiron, Hexabrix, Omnipaque	1 a 2 amp.
Cineangiocardiografia com Rashkind	Conray 400 / 50 ML	1 a 2 Amp
Coronariografia	MD 76 ou Iopamiron, Haxabrix, Omnipaque	1 Frasco
Coronariografia + Cateterismo D/E	MD 76 ou Iopamiron, Haxabrix, Omnipaque	180 a 200 ML

### Análise de Contas Hospitalares:

**Internações Hospitalares:** Em geral todas as tabelas contratadas com os prestadores de serviços são próprias ou tabela de remuneração de diárias e taxas, estando as mesmas

parametrizadas em sistema que deverá consistir os valores, quantidades, coberturas e autorizações, pois todas as internações exigem a emissão de guia de autorização prévia.

Além das consistências apresentadas no sistema, o analista deve observar outros aspectos na cobrança efetuada pelo prestador, tais como:

- Todas as internações devem ter parecer da Análise Médica e de Enfermagem, relacionado a autorização, equipamentos, taxas, materiais e medicamento;
- Ao analisar o documento deve-se impreterivelmente consultar o contato do Prestador, com a finalidade de identificar ocorrências contratuais no sentido que não haja glosas indevidas ao mesmo apurar procedências das cobranças;
- Atentar para os exames e medicamentos administrados no paciente, pois alguns são de conotação para tratamento de doenças de notificação compulsória, sem cobertura com algumas exceções citadas em normativa;
- Verificar os preços dos medicamentos cobrados, estão compatíveis com o Brasíndice, atentando para as quantidades analisadas e glosas pela auditoria de enfermagem;
- Verificar os preços de materiais, comparando com a tabela SIMPRO disponível em sistema existente. Deverá ser apurado percentual de variação de cobrança por parte do prestador em algumas contas do faturamento e aplicar glosa deste percentual de acréscimo cobrado sob a tabela Simpro em todas as contas. Não é necessário especificar os materiais envolvidos;
- Atentar para aos tipos de exames se compatíveis com diagnostico e quantidades de Oxigênio cobradas;
- Os Materiais de Próteses e Órteses poderão estar excluídos de coberturas, porém nos casos com autorização específica, deverá constar anexo a cobrança a Nota Fiscal do material em nome do paciente;
- Analisar nas descrições de materiais e medicamentos se não há cobranças de equipamentos, taxas ou oxigênio embutido, cujo artifício e comumente utilizado pelos prestadores para cobrar procedimentos não contratados;
- Verificar a compatibilidade entre a taxa de sala e o porte da cirurgia na tabela de remuneração;
- As cirurgias de valores expressivos se não foi realizada auditoria externa está deverá ser encaminhada para realização;
- As internações de Recém-Nascidos, pós alta da mãe deverão estar devidamente autorizadas no código de identificação cadastral específico do dependente, identificando tal irregularidade submeter para análise superior;
- A diária de acompanhantes tem cobertura pelo plano para paciente com idade até 18 anos;
- Todo material ou medicamento desconhecido, obrigatoriamente deverá ser pesquisada sua procedência e normalizado;
- A quantidade de diárias nunca deverá ultrapassar o limite autorizado para permanência, atentando para o tipo de acomodação utilizada e autorizada;
- É importante observar no contrato horário e alta para confirmação das quantidades cobradas;
- Verificar, data, hora e tempo de duração do ato cirúrgico, quando estiver previsto em contrato acréscimos de extraordinários;
- Quando houver mais de um procedimento no mesmo ato cirúrgico, deverá ser considerada a taxa de sala correspondente a cirurgia de maior porte;

- O valor do procedimento inclui os cuidados pré e pós-operatórios como visitas realizadas pelo próprio cirurgião pelo período de 15 dias;
- Os acréscimos de urgência previsto somente para Honorários Médicos, não pagar acréscimos para SADT ou taxas, salvo contrato específico do prestador;
- Liminar Judicial: Atentar nas cobranças todos os documentos, em constatando liminares judiciais submeter imediatamente a análise, apurar junto ao setor jurídico a aceitação da mesma e posicionamento, além de considerações de autorizações prévias para o procedimento realizado;
- Atenção especial para as cobranças de fisioterapias durante o período de internação, submeter ao Médico para análise, pois comumente os prestadores cobram fisioterapia para procedimentos não condizentes e quantidades realizadas acima do normal.

### Relação de Materiais Não Cobertos:

Almofadas	Mamadeira
Almotolias	Manta Térmica
Assentos de Espuma	Manteiga de Cacau
Bacias Plásticas	Marca Passo definitivo
Bico de Seio artificial	Material Importado
Bolsa Térmica	Meia Elástica
Bomba de leite	Muletas
Cadeira de Roda	Óleos Tópicos
Caneta para marcar Varizes	Orteses Externas
Chuca	Papagaios
Chupeta	Pente
Colar cervical	Pijamas
Coletor de Artigos Descartáveis	Porta Algodão
Comadres	Porta Termômetro
Cuba Rim descartável	Pote com Tampa
Escova	Potes ou Recipientes
Espaçador de Tendão	Prótese Auditiva
Espéculo	Prótese Dentária
Faixa Smach	Próteses só Autorizada
Filme para revelação Oftalmo	Rodas de Espuma
Fita de Vídeo - Slide	Saco de Lixo
Fixador Externo	Suspensório Escrotal
Fronha descartável	Tálio
Gálio	Termômetro
Inalador descartável	Tipóia
Lamina de Dermatomo	Toalha descartável
Lamina Shaver 3m	Tubo Vacutainer
Lenço Umedecido para Bebe	
Lençol descartável	
Luva para Banho	

## Situações Especiais:

Absorvente Higiénico	Pago para Parto, Curetagem, Cirurgias Ginecológicas
Aplicação EV	Se cobrando taxa de instalação de Soro, não pagar taxa de EV, incluso no Soro.
Cal Soldada	Incluso na Taxa de Sala
Camisola Descartável	Somente para pacientes Cirúrgicos
Campo Operatório Adesivo	Conforme Critério da Auditoria
Cinta Torácica	Somente para Cirurgia Cardíaca
Colchão D'água	Somente pagar a Taxa de Uso
Escova de Degermação	Conforme Critério da Auditoria
Fralda Descartável	Pago em Berçário e Pediatria 8 - Dia Unidade e 13 - Dia UTI
Gel de Condutividade	Materiais incluídos no custo do procedimento
Gorro, Mascara, Touca	Pagar para equipe cirúrgica e UTI
Kit para H.Pilory	Materiais incluídos no custo do procedimento
Kits	Pagar somente com discriminação do conteúdo
Luva de procedimento	Glosa nos atendimentos de PS e Ambulatório justificando precaução universal
Luva de Toque	Materiais incluídos no custo do procedimento
Materiais para coleta de exames SADI	Materiais incluídos no custo do procedimento
Materiais para Testes Alérgicos	Materiais incluídos no custo do procedimento
Sabonete	Pagar somente em berçário e tricotomia (medicinal)
Saco de Hamper	Incluso na Taxa de Sala
Sensor de Oxímetro	Materiais incluídos no custo do procedimento
Exames SADI	Nunca pagar materiais descartáveis para realizações de exames diagnósticos e terapêuticos, inclusive taxa para coletas.

## Análise de Honorários Médicos – Cirurgias e Anestésias:

**Honorários Médicos:** São pagos conforme tabela de remuneração, salvo os contratos específicos com o prestador.

### Cálculo dos Honorários:

**Internados:** calcula-se valores de 2 vezes a tabela de remuneração para os planos que tem direito a internação em acomodação de Apartamento. Calcula-se valores de 1 vez a tabela de remuneração para os elegíveis a atendimento em Enfermaria.

**Ambulatório, Diagnose e Terapias:** 1 vez a tabela Honorários Médicos, salvo contratos específicos com o prestador.

### Outras Situações:

- Todas as cirurgias devem constar no sistema autorização previa para realização. Verificar a compatibilidade entre os serviços cobrados pelo cirurgião, assistentes, anestesta e instrumentador;
- Pagamento de honorários do instrumentador somente é devido para as cirurgias com portes anestésicos superiores “5” na tabela de remuneração, excetuando parto cesárea;
- Nas cobranças de visitas clinicas para procedimento autorizado cirúrgico, deve vir acompanhadas de relatório médico para análise do auditor médico;
- Submeter a auditoria médica todas as cobranças procedentes de mais de uma cirurgia realizada e autorizada para que o mesmo determine os percentuais de pagamento para cada cirurgia de acordo com a via de acesso (100%,70%,50%);
- Não é permitido pagamentos por analogias, sempre procurar as procedências e coberturas definidas para tal procedimento;

- Os adicionais de urgência de 30% somente deverão ser pagos se especificado datas e horários de realização;
- O Intensivista não plantonista não deve ser pago concomitante a plantões de UTI, exceto em situações excepcionais, devidamente justificadas mediante relatório médico;
- Atentar para as cirurgias que englobam outras cirurgias, na dúvida submeter sempre a auditoria médica;
- Nunca pagar visitas clínicas para avaliação fisioterápica, submeter cobrança para análise médica. O pagamento é devido para consulta desde que realizado por Fisiatra;
- Se realizado procedimentos cirúrgicos ou clínicos no período em que o paciente estiver internado em UTI, o pagamento de honorários, devem ser efetuados na razão de 1 x Tabela Honorários Médicos, independente que o paciente tenha plano que permita acomodação superior;
- Atenção para a cobrança de plantão de UTI, na razão de 2 vezes a tabela de remuneração. Correto 1 x tabela de remuneração, ou se contratado;
- Exames independente se estiver internado será sempre remunerado em 1 x tabela de remuneração, e não é devido o acréscimo de urgência, salvo se contrato especial com o prestador;
- Conferir e verificar os dados solicitados dos assistentes (sub-prestadores físicos), para que o pagamento possa ser efetuado diretamente em sua conta corrente. Caso não estejam de acordo, ou seja, ilegíveis, creditar na conta do cirurgião;

### **Cirurgias Múltiplas:**

Nas cobranças na mesma conta, os procedimentos abaixo deverão ser pagos conforme percentuais indicados, sem necessidade de submeter à análise do Auditor Médico.

<i>Descrição</i>	<i>%</i>
Entero - Anastomose (qualquer Segmento)	100
Colostomia	50
Hemoroidectomia Aberta ou Fechada	100
Fissurectomia com ou Sem Esfincterotomia	50
Hemoroidectomia Aberta ou Fechada	100
Fissurectomia Anal	50
Procedimento sobre a papila	100
Colecistectomia sem colangiografia	50
Procedimento sobre a papila	100
Colecistectomia com colangiografia	50
Herniorrafia Unilateral	100
Postectomia	70
Herniorrafia Unilateral	100
Varicocele Unilateral	70
Orquidopexia Unilateral	100
Herniorrafia Unilateral	70
Herniorrafia Unilateral	100
Hidrocele Unilateral	70
Herniorrafia Bilateral	100
Orquidopexia Unilateral	70
Orquidopexia Bilateral	100
Herniorradia Bilateral	70
Herniorrafia Bilateral	100
Postectomia	70
Incontinência Urinária	100
Colpoplastia Posterior	50
Histerectomia Total	100
Salpingoplastia	50
Histerectomia Total	100
Ooforoplastia	50
Histerectomia Vaginal	100

Incontinência Urinária	50
Colpoplastia Posterior	50
Timpanotomia por tubo ventilação Unilateral	100
Adenoidectomia	70/70
Septo Nasal - Septoplastia	100
Turbinectomia	50
Extirpação Lesão da Vulva - (Quantidade 002)	100/50
Dilatação Digital do Anus/Reto - (Quantidade 003)	100

Procedimentos que deverão ser pagos **100%** para a primeira cirurgia e **70%** para as seguintes, quando cobrado pelo prestador **quantidades acima de 001**.

Exereses de Calo	Biópsia
Exereses de Cisto Sebáceo	Excisão em Cunha
Exereses de Lipoma	Exereses de Tumor
Exereses de Unha	Biópsia com Punch
Incisão e Drenagem de Abscesso	Biópsia Incisional
Retirada de Corpo Estranho Sub-Cutâneo	Debridamento de Escara ou Ulceração
Bartolinetomia	Eletrocoagulação Lesões Cutânea
Biópsia de Vulva	Excisão e Sutura de Hemangioma
Extirpação de Lesão de Vulva e do Périneo	Antrostomia Maxilar Intransal
Abscesso de Mama - Incisão e Drenagem	Sinusectomia Transmaxilar
Biópsia de Mama	Punção Transmeárica para seio Maxilar
Extirpação de Mama Supranumérica	Biópsia com agulha (punção)
Punção Biópsia	Infiltração ou Punção Articular
Ressecção de Setor Mamário	Biópsia de Pele Mucosa
Punção Biópsia sob Controle de Ultrassonografia	Eletrocoagulação
Abscesso Mama - Incisão e Drenagem	Exereses e Sutura Pequena Lesões
Biópsia Incisional da Mama	Exereses e Sutura com Plástica
Ginecomastia - Plástica Mamária Masculina	Exereses e Sutura Hemangioma
Mama Extra Numérica - Extirpação	Exereses de Cisto Sebáceo
Punção Biópsia de Mama	Exereses de Lipomas
Inversão de Mamilo	Exereses de Calo
Biópsia de Pulmão por Aspiração	Incisão e Drenagem de Abscesso
Biópsia de Pleura com Agulha	Sutura de Pequenos Ferimentos com e sem Debridamento
Drenagem Pleural	Ferimento de Mucosa - Sutura
Ressecção Segmentar	Cisto - Angiomas - Nevus e Tumores - Excisão e Sutura
Abscesso, Celulite - Incisão e Drenagem	Excisão em Cunha de Lábios e Sutura
Biópsia	Exereses Ungueal
Infiltração Sub-Conjuntival	Excisão e Sutura de Lesão em Cunha de Orelha
Pterígio - Exereses	Tumor de Orelha - Excisão e Sutura
Calázio	Exereses Ungueal
Fechamento dos Pontos Lacrimais	Hiperqueratose Plantar
Sondagem das Vias Lacrimais	Infiltração ou Punção Articular
Reconstituição de Pontos Lacrimais	Biópsia de Pele Mucosa
Remoção de Cerume	Eletrocoagulação
Paracentese do Timpano	Exereses e Sutura Pequena Lesões
Timpanotomia para Tubo de Ventilação	Exereses e Sutura com Plástica
Timpanotomia Exploradora	Exereses e Sutura Hemangioma
Timpanoplastia	Exereses de Cisto Sebáceo
Corneto Inferior - Infiltração	Exereses de Lipomas
Corneto Inferior - Cauterização	Antrostomia Maxilar Intransal
Epistaxe - Cauterização	Sinusectomia Transmaxilar
Epistaxe - Tamponamento Anterior	Punção Transmeárica para seio Maxilar
Turbinectomia	Biópsia com agulha (punção)

### Preços de Medicamentos e Materiais Hospitalares:

Programa de análise e acompanhamento dos valores dos materiais e medicamentos utilizados nos procedimentos efetuados pelos beneficiários na rede credenciada, avaliando a necessidade e disponibilidade dos mesmos no ato do serviço prestado.

As Órteses, Próteses e Materiais (OPM) especiais de alto custo só podem ser utilizados mediante prévia e formal autorização. Para que o processo de avaliação e aprovação

possa ser conduzido em tempo hábil, as solicitações devem ser encaminhadas com antecedência de 5 (cinco) dias úteis ao evento eletivo.

A Operadora poderá reservar o direito de compra direta com reposição ou negociação prévia do valor do material. Nas situações de urgência, a priori a comunicação do uso do material deverá ser feita sempre dentro de 24hs após uso o material ou no primeiro dia útil subsequente ao evento.

#### **Alguns Exemplos de Materiais Especiais:**

- Bomba de analgesia, morfina de qualquer tipo;
- Conjunto transfix;
- Cross Link;
- Clips de aneurisma, grampeadores e cargas;
- Disco artificial intersomático;
- Lâmina de shaver e outras;
- Dispositivo anti-protusão;
- Telas sintéticas, de Marlex, Prolene e outras;
- Espaçadores de todos os tipos;
- Tesoura ultracision;
- Fios e cabos de titânio;
- Trocateres e redutores;
- Fixadores externos;
- Cateteres de longa permanência;
- Kit de nucleoplastia;
- Monitores de nervos;
- Fixadores dinâmicos;
- Cateteres para embolização, micro molas, micropartículas e ONIX;
- Microplacas, micro parafusos e telas de titânio para cirurgia de buco-maxilo;

#### **Cardiologia e Cirurgia Torácica:**

- Ganchos;
- Anel para valvuloplastia;
- Grampos absorvíveis;
- Balão descartável;
- Halo craniano simples ou associado;
- Cardioversor desfibrilador implantável;
- Hastes de todos os tipos;
- Cateter balão para angioplastia, septoplastia e valvuloplastia;
- Kit para cimentação;
- Parafusos e porcas de contenção;
- Cateter para estudo eletrofisiológico, ablação por radiofrequência;
- Osso liofilizado;
- Suturas de menisco;
- Próteses valvares cardíacas biológicas ou metálicas de todos os tipos;
- Pinos e placas de todos os tipos;
- Âncoras de qualquer tipo, inclusive absorvíveis;
- Cateter venoso atrial;
- Plug ósseo;

- Conjunto para circulação assistida;
- Arthrocare para radiculotomia;
- Conjunto para valvuloplastia;
- Próteses articulares, tendinosas;
- Eletrodos endo ou epicárdicos definitivos;
- Stent de todos os tipos;
- Retângulo de Harsthill;
- Substitutos de dura-mater;
- Endoprótese vascular;
- Sistema de fixação;
- Enxerto aórtico valvulado, arteriais e Dacron;
- Transplante de osso;
- Gerador de desfibrilador implantável;
- Válvula de derivação - todas;
- Guia e filtro para veia cava;
- Sistemas de fechamento de calota craneana;
- Jogo de mediadores para CIA;

#### **Demais Especialidades:**

- Marca passo de todos os tipos;
- Micro cateteres;
- Alça para ressecção endoscópica;
- Oxigenador de membrana;
- Basket ou sonda de Dórnia;
- Catéter de Swan Ganz;
- Sistema de eletrodo multisítio;
- Cateter para extração de cálculo;
- Bomba de autotransusão;
- Cateter para nefrostomia;
- Alça de Hook para cirurgia torácica;
- Dilatador para cirurgia percutânea;

#### **Gastroenterologia:**

- Espirais de platina descartáveis;
- Banda Gástrica;
- Expansores de tecido;
- Cateteres em endoscopia peroral e colonoscopia;
- Kit catarata e lente intraocular;
- Endotesouras e endopinchas descartáveis;
- Kit facoemulsificação;
- Fio guia biliar;
- Válvula de Ahmed;
- Kit para gastrostomia endoscópica;
- Implante de Suzana;
- Kit de ligadura elástica;
- Anel de Ferrara;
- Papilótomo;
- Kit para vitrectomia;

- Prótese de ducto biliar, stent biliar;
- Manipulador uterino;
- TIPS (anastomose porto-cava por cateter);
- Prótese de silicone ou outras;

#### **Ortopedia e Neurocirurgia:**

- Prótese ocular;
- Acetábulo, linear e cabeça de fêmur;
- Prótese para implante coclear;
- Alongador;
- Prótese peniana;
- Barras de fixação;
- Prótese de testículo;
- Desfibrilador implantável por nervo periférico (dor);
- Prótese vocal pós laringectomia;
- Cages de todos os tipos;
- Ressectoscópio;
- Ponteiras de radiofrequência;
- Sistema de cateteres para hemodiálise;
- Casquilhos, Sistema de fita com agulhas para TVT;
- Cerâmicas fosfocálcicas;
- Sparc;
- Cimento ortopédico, conector;
- Tubo molteno;

---

## Processos – Considerações da Análise de Contas

A partir da crescente preocupação de organizações pagadoras de serviços de saúde com a otimização dos recursos financeiros aplicados nas ações em saúde estabeleceu-se uma nova especialidade para os profissionais de saúde: a Análise e Auditoria de Contas Médicas Hospitalares.

Este guia tem como objetivo propor um formulário de coleta de dados para os profissionais envolvidos nesta atividade, a fim de que os dados nele coletados fossem estruturados de maneira a contribuir de maneira eficaz para a produção de informação e conhecimento relacionado aos gastos com a área hospitalar.

Foram coletados formulários de discussões com especialistas na área de Auditoria e a modelagem dos dados essenciais para a prática da Auditoria de Contas Médicas Hospitalares, otimizando a prática dessa auditoria.

A Análise e Auditoria de Contas Médicas consiste na revisão, perícia, intervenção ou exame de contas de serviços ou procedimentos prestados por organizações prestadoras de serviços de saúde. É realizada por técnicos especialistas, enfermeiros, auditores médicos ligados a organização fonte pagadora que é responsável pelo pagamento destas contas.

Também neste contexto, é essencial a sistematização das informações, uma vez que nem sempre os gestores dispõem das informações necessárias para decidir com segurança e consistência. O fato é que nem todo dado gera informação útil.

Os únicos dados relevantes são os que geram informação, e esta somente é relevante se gera conhecimento indispensável para a tomada de decisão gerencial ou técnica.

### **Conceito:**

É um conjunto de atividades e ações utilizadas na avaliação independente e de assessoramento na administração de operadoras de planos de saúde voltada ao exame e análise da adequação, eficiência, economicidade e qualidade dos Prestadores de Serviços de Saúde.

Instrumento indispensável em todas as áreas administrativas e de produção estruturada sob a forma de organizações. Sua existência, necessidade e objetivos são plenamente reconhecidos tanto pela Legislação como o Código de Ética da área de saúde e Normas Administrativas das Instituições de Saúde.

A Auditoria, antes de ser uma necessidade, é uma questão de qualidade comprometida com a verdade. Sendo assim, o processo de auditoria respeita sempre os mesmos princípios técnicos e éticos, independentemente da origem do paciente.

A equipe de Auditoria deve estar atenta a seus limites, claramente definidos no Código de Ética Médica e embasada em Normas Técnicas próprias e pareceres de Sociedades Científicas

### **Objetivos:**

- Orientar os serviços próprios, contratados e credenciados quanto a padronização dos procedimentos;

- Obter subsídios para a reformulação de procedimentos e antigos processos;
- Identificar distorções e implantar medidas corretivas, visando uma melhor distribuição dos recursos;
- Acompanhamento dos procedimentos frente aos padrões previamente estabelecidos;
- Promover um atendimento racionalizado e humanizado (não “racionado” ou restringido), proporcionando o mais apropriado uso dos recursos disponíveis para o atendimento na constante busca da qualidade e garantindo a viabilidade financeira;
- Tornar possível associar a lógica social com a lógica econômica;
- Promover o andamento justo, adequado e harmonioso dos serviços médicos e hospitalares;
- Avaliar o desempenho médico com relação aos aspectos éticos, técnicos e administrativos, da qualidade, eficiência e eficácia das ações de proteção e atenção a saúde - Art. 4º do C.E.M. - “Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.”;
- Proteger o trabalho dos Credenciados, coibindo os desvios ou irregularidade de condutas médicas que venham a ser praticadas por alguns isoladamente;
- Promover o processo educativo com vistas a melhoria da qualidade do atendimento;
- Proteger os beneficiários colocando no local onde acontece a ação (atendimento), conferindo-lhes a ideia de uma 2ª opinião;
- Participação efetiva e periódica no treinamento e reciclagem de atendentes e recepcionistas de consultórios médicos e clínicas e futuristas de hospitais e clínicas;
- Orientar sobre os procedimentos de Análise e Auditoria, a codificação dos serviços dentro da especialidade e advertindo-os quanto a utilização de siglas diagnósticas desconhecidas que deverão ser evitadas;
- Orientar o correto preenchimento das guias de serviços com ênfase para as solicitações sem a identificação do paciente ou preenchidas por pessoal não médico, sob a forma de “carimbo” sistematicamente;
- Divulgar e incentivar a Ética Médica.

### **Auditoria Médica:**

Pode ser realizada de diversas maneiras, a saber:

**Auditoria Preventiva:** realizada a fim de que os procedimentos sejam auditados antes que aconteçam. Geralmente está ligado ao setor de liberações de procedimentos ou guias do plano de saúde, e é exercida pelos médicos.

**Auditoria Operacional:** é o momento no qual são auditados os procedimentos durante e após terem acontecido. O auditor atua junto aos profissionais da assistência, a fim de monitorizar o estado clínico do paciente internado, verificando a procedência e gerenciando o internamento, auxiliando na liberação de procedimentos ou materiais e medicamentos de alto custo, e também verificando a qualidade da assistência prestada. É nesta hora que o auditor pode indicar, com a anuência do médico assistente, outra opção de assistência médica ao paciente, como o Home Care ou o Gerenciamento de Casos Crônicos.

**Auditoria Pré-Faturamento:** Ocorre após a alta hospitalar do paciente, porém ainda no ambiente hospitalar, este processo ocorre antes desta conta ser enviada para a Operadora, tendo o auditor Médico ou Enfermagem, e em alguns casos o Analista Técnico a posse do prontuário médico completo para análise. Neste caso, possíveis irregularidades ou inconformidades podem ser negociadas antes do envio da conta hospitalar à Operadora, com mútua e formal concordância.

Esta Auditoria de Contas trata-se de um processo minucioso, no qual são verificados os seguintes aspectos: o diagnóstico médico, os procedimentos realizados, exames e seus laudos, materiais e medicamentos gastos conforme prescrição médica nos horários corretos, taxas hospitalares diversas, relatórios da equipe multidisciplinar, padrões das Comissões de Controle de Infecção Hospitalares (CCIH), entre outros.

O auditor externo possui um formulário de coleta dados, o qual será apresentado junto à Operadora para que se evidencie sua atuação e visualize com clareza onde foram detectadas as inconformidades, realizadas as glosas, e de quanto deverá ser o pagamento final ao Prestador de serviços de saúde.

**Auditoria Técnica Analítica:** Atividades de análise dos dados levantados pela Auditoria Preventiva e Operacional, e da sua comparação com os indicadores gerenciais e com indicadores de outras organizações. Neste processo, os profissionais envolvidos devem possuir conhecimento relacionado aos indicadores de saúde e administrativos, e no que tange a utilização de tabelas, gráficos, bancos de dados e contratos. Desta forma, são capazes de reunir informações relacionadas ao plano de saúde, bem como quanto aos problemas detectados em cada prestador de serviços de saúde. Consequentemente, tais análises contribuem substancialmente para a gestão dos recursos da Operadora.

O presente estudo teve como princípio norteador o conhecimento das informações essenciais para Auditoria de Contas Médicas, visando o melhor gerenciamento de organizações pagadora de serviços de saúde, mais especificamente as Operadoras de Planos de Saúde.

### **Visões e Sugestões nas Inconsistências de Dados:**

Exemplificamos série de inconsistência de dados que são atribuídos a Análise de Contas, porém tratam-se de erros de interpretação sistêmica e de faturamento obrigando o Setor de Análise a ser “Analista de Erros” implicando em glosas até indevidas.

- **Códigos de Materiais e Medicamentos:** Implantar codificação específica para os itens de materiais, materiais especiais e medicamentos, com seus respectivos sub-grupos conforme tabelas de materiais utilizados pelo mercado de saúde, tipo Simpro que é uma tabela sugerida e Brasíndice tabela oficial de medicamentos e alguns materiais, criando inclusive uma tabela de referência, com codificação relacionada à da tabela TISS.
- **Materiais e Medicamentos:** Devido especificidade genérica atribuídas aos códigos destes serviços, visto que os valores de vários itens serem agrupados em um único código, implementar processo de hierarquia das consistências obrigatórias no processamento da conta médica pelo sistema, efetuando o “bloqueio” para análise técnica conceitual para validação da Autorização prévia para os materiais; Cópia de

Nota Fiscal em nome do paciente anexa à Cobrança; Materiais pertinentes aos procedimentos realizados; Análise dos valores cobrados, valores autorizados; Materiais excedidos ao atendimento ou a autorização (quantidades, materiais não autorizados).

- **Data do Atendimento:** Alguns prestadores efetuam as cobranças dos serviços, codificando no documento e arquivo eletrônico várias vezes, que indica a quantidade de execuções do serviço, porém na mesma data de atendimento, gerando duplicidade de cobrança.
  - Orientação geral aos prestadores da forma correta de cobrança para os itens e respectivas data de atendimento adotada para o mesmo;
  - Implementar regra de consistência na recepção de arquivos eletrônicos, restringindo esta condição de apresentação de contas médicas;
- **Codificação em Duplicidade:** Ações para minimizar o impacto desta consistência no processo de análise:
  - Implementar no sistema de processamento de contas médicas, rotina de automatizada para identificar na guia as cobranças de procedimentos com códigos duplicados na mesma data, gerando a inclusão de um único código no sistema, sintetizando o total das quantidades e respectivos valores. Esta condição não fere a integridade do arquivo, pois não altera valores, quantidades ou codificações apresentadas, somente estrutura o arquivo de forma a adequar as rotinas do sistema interno;
  - Gerar bloqueios de alçada de liberação de valores e consistências de rotinas do sistema para o item referenciado, evitando pagamentos sem análise técnica e facilitando a análise, visto possibilidade de automatização de consistências de quantidades e valores em cobrança na conta;
  - Processo de comunicação e orientação ao prestador quanto a forma correta de apresentação das contas físicas e eletrônicas;
  - Implementar rotinas de consistência de recepção de arquivos eletrônicos para rejeitar arquivos com situações de duplicidades de serviços;
- **Valorização:** Não permitir liberação de valores de serviços ou procedimentos diferentes do cadastrado ou contratado com o prestador. Esta ação deverá ter limites de alçadas.
- **Cadastro de Eventos:** Priorizar uma análise detalhada dos parâmetros cadastrados para cada procedimento no Cadastro de Eventos, principalmente nas quantidades admitidas para os mesmos, estipulando quantitativos, dia, mês, ano, conceituados para atendimentos a nível ambulatorial, pronto socorro, UTI, internado, maternidade. Incrementar consistências no cadastro como especialidade, CID, precedências, recorrências, idade, acomodação, autorizações, coberturas.
- **Conversão de Eventos:** Codificações atribuídas para as tabelas “de/para” dos prestadores, convergem em divergências entre o código enviado eletronicamente e ou convertido pelo sistema com a documentação física do atendimento, códigos não

cadastrados para conversão e alteração de codificação de serviços do prestador, mesma descrição com código diferente do anterior cadastrado.

- **Evento:** Implementar no sistema campo de identificação do código de serviço apresentado na conta do arquivo eletrônico pelo prestador, em geral os sistemas assumem a codificação dos procedimentos e serviços contratados em tabela negociada e no documento físico o prestador encaminha a codificação proprietária de seu sistema legado.
- **Procedimentos Alto-Custo:** Procedimentos de alto-custo realizados em regime de internação e pronto socorro são consistidos no processamento da conta por falta de autorização. Revisar conceito de atendimento e critérios de autorização para tais procedimentos, disseminando comunicados às áreas correlacionadas e prestadores. Implementar no sistema critério de consistência:
  - Critério I - “não necessita de autorização prévia” inibir consistência relacionada quando identificado no processamento tipo de atendimento, internado ou pronto socorro;
  - Critério II - Identificado na conta o item consistir para análise técnica e médica. Indicação ao analista “Analisar procedimento x internação x pronto socorro”, ou seja, o médico deverá analisar se a cobrança é pertinente para o diagnóstico do paciente no período, efetuando a liberação e solicitação de laudo e relatório justificando;
  - Critério III – Regra por prestador, implantar no cadastro de evento do prestador necessidade de autorização ou liberação por tipo de atendimento e local;
- **Prazo de Validade:** Nas cobranças com prazo de apresentação da conta ser superior a 90 (noventa) dias da data de atendimento, em geral todos os itens da cobrança são bloqueados para análise.
  - Implementar consistência em sistema, descrição mais adequada para este tipo de situação - Cobrança de procedimento com data de autorização posterior à do atendimento”, e motivo relacionado ao “prazo de validade de 90 dias expirado para apresentação da cobrança” formatando assim ao analista maior clareza na análise;
  - Definição do nível de alçada para recepção e principalmente liberação do pagamento;
- **Tabela Contratada com o Prestador:** Priorizar a revisão das tabelas contratadas com os prestadores em sistema concomitantes a suas funcionalidades, analisando condições contratuais de todos os eventos, valores, locais de atendimento, especialidade, nível de atendimento nos diversos aplicativos de consistência de cadastro no sistema, visto divergências cadastrais de eventos em alguns aplicativos com cobertura e outros sem cobertura. Deverá ter coerência nos cadastramentos dos eventos nas tabelas.
- **Motivos de Glosas:** A qualidade da informação prestada ao prestador nas glosas aplicadas.

- **Motivo:** “Glosado conforme auditoria médica” não justifica ao prestador a ocorrência. Necessidade padronizar rotina de detalhamento técnico da ocorrência de glosas para cada item justificando o real motivo que originou a glosa. Tal situação, ao submeter ao prestador o mesmo irá questionar a qualidade da informação, onerando os processos operacionais com ligações explicativas e recursos de glosas para entender o motivo da glosa, gerando insatisfações relevantes;
- **Glosa Total do Item:** Orientação ao analista do modo adequado e motivo aplica-se a glosas parciais;
- **Lançamentos em duplicidade:** Cobranças onde o analista altera os dados originais da conta e valor, o que conceitua-se como “Não Conformidade” ao processo de análise;
- **Regras e Exceções:** Evento cadastrado no contrato como “regras e exceções” o sistema consiste como prestador não habilitado para o procedimento sendo esta condição invalida a consistência efetuada pelo sistema.
- **Autorização-Senha:** Indicamos várias ações para o processo de autorização:
  - **Código do evento:** sistema libera codificação de evento não constantes em tabela do prestador - Credenciado não habilitado a realizar o procedimento sendo necessário uma análise crítica da condição de funcionalidade;
  - **Validade:** Implementar rotina de consistência no processo de prorrogação da guia no sentido que quando alterado qualquer campo da guia submeter confirmação do paciente para a data de validade;
  - **Pacotes:** As autorizações são efetuadas nos códigos de eventos de tabela de honorários e não no código de pacote. Importante revisar condição de autorização desta natureza no processo de autorização e emissão de senhas;
- **Conceito da Autorização:** A autorização é soberana sob todas as condições subsequentes à emissão, ou seja, é um processo especial de extrema importância. Assim neste conceito uma vez autorizado não é coerente o sistema efetuar consistências e bloqueios de pagamentos de condições já analisadas.
- **Tabela de Motivos de Glosas:** A conceituação das decisões dos analistas perante as consistências e glosas a serem efetuadas por intermédio do sistema para cada motivo, definindo sua origem, procedências, aplicabilidade na regra de negócio, código de motivo relacionado e condição específica de liberação, tipo de glosa e alçadas.
- **Pesquisa de Sistema:** Implantar filtros amigáveis para consulta de tabelas do prestador na vigência das guias em análise, beneficiários, recorrências, glosas, histórico do prestador, pendências, contas pagas. Implantação em sistema de telas com observações gerais do prestador, baseados em análise e pagamento de contas médicas, estipuladas contratualmente, além de evitar arquivos paralelos e desatualizações.

- Incrementar um processo de navegação entre telas no sistema. Avaliar telas de aplicativos mais utilizados e suas concomitâncias incrementando atalhos para consultas de dados comuns;
- **Consistência e Críticas de Contas Médicas:** Implementar consistências no sistema abrangendo em 80% o processo de segurança de análise de contas no sistema é fundamental para o negócio. Implementar consistências automatizadas na plataforma sem que haja ação efetiva do analista e ou médico, proporcionando á redução no custo operacional da área de contas médicas que estaria focada na análise técnica e médica.
- **Recurso de Glosas:** Muitos casos fundamentam em incidência de desatualizações em tabelas e motivo de glosas indevidas que originaram em glosas sem necessidade de definição e implantação de rotinas e responsabilidades da área de recurso, analise e controle da situação dos processos de recurso de glosas pendentes.
- **Manual de Processos:** Elaborar um Manual de Processos da área de Análise e Auditoria incluindo a definição de responsabilidade e rotinas de todas as atividades: recepção de contas médicas, digitação, processamento de arquivos eletrônicos, acesso e utilização do sistema, cadastro e credenciamento, análise técnica, análise médica, análise de enfermagem, auditoria externa, autorização-senha, financeiro, recurso de glosas, relacionamento com conectividade, faturamento intercâmbio.
- **Manual de Análise Técnica:** Elaborar e implantar Manual de Análise de Contas Médicas definindo os conceitos técnicos:
  - Descritivo das atividades, análise de contas medicas e recurso de glosas, controle, avaliação, fiscalização, supervisão acompanhamento;
  - Finalidades da análise, área de atuação, níveis de execução, responsabilidades do analista, execução dos trabalhos de análise, evidencias, irregularidades, resultado da análise, recurso de glosas;
- **Manual de Auditoria Médica e Enfermagem:** Elaborar e implantar manual de análise de contas médicas definindo os conceitos técnicos:
  - Descritivo das atividades, análise e auditoria de contas médicas e recurso de glosas, controle, avaliação, fiscalização, supervisão acompanhamento;
  - Finalidades da análise, área de atuação, níveis de execução, responsabilidades da auditoria, execução dos trabalhos de auditoria, evidências, irregularidades, resultado da auditoria;
- **Limite de Alçada:** Introdução de processo operacional e sistêmico de Limite de alçada para liberação de contas médicas.
- **Cronograma de Pagamento:** Dimensionar o volume de documentos nos períodos de entrega da rede credenciada, visando adequação dos trabalhos agregados à recepção e responsabilidades nas datas de pagamentos, renegociando prazos de entregas visando evitar acúmulos de processos na análise.

- **Carta de Glosa:** Análise de viabilidade do sistema de glosas do sistema atual e conceituação da respectiva Carta de Glosa, para atender as necessidades do prestador e principalmente manter meio de comunicação viável e de forma ágil, consequentemente reduzindo os custos operacionais.
- **Treinamentos, Cursos e Palestras:** Treinar os funcionários para identificar ocorrências de fraudes e outras ocorrências nas cobranças não se atendo somente se cobrança = valor contratado.
- **Custos:** Necessário Gerenciamento Técnico Estatístico dos tipos de atendimentos analisando as causas de suas ocorrências. Incrementação de relatórios de Custos, Análise Técnica do Prestador, Estudo de Impacto, Auditoria, Fraudes, bem como conceituação dos mesmos.
- **Planejamento:** Estabelecer cronograma de mudanças se necessário.
  - A mudança deve ser gradual e acompanhada sistematicamente;
  - Criar mecanismos de realinhamento;
  - Estabelecer em conjunto:
    - Protocolos;
    - Sistemas de acompanhamento e revisão;
  - Auditoria voltada para a qualidade e aprimoramento do sistema;
  - Estabelecer mecanismos para incorporação de novas tecnologias;
  - Processos de Crítica Informatizada de Contas:
    - Elegibilidade e Valoração;
    - Compatibilidades (sexo, CID, idade);
    - Mapeamento de Processos Específicos (eventos sentinela, desvios);
    - Análise Comportamental das contas do prestador;
    - Elaboração de Curvas de Tendência (ABC de frequência e custos);

---

# Glosas – O que você precisa saber!

## **Introdução:**

Na década de 70, tivemos o aparecimento da necessidade de um Sistema de Controle e Avaliação da Assistência Médica, tanto por parte do Governo, quanto por parte do Sistema Suplementar privado. Essa necessidade deveu-se ao fato de que começaram a surgir fraudes criminosas e outros desvios graves, mas a evasão de recursos financeiros, tanto no Sistema Público, quanto no Suplementar, amplamente divulgados pela mídia na época.

Desde então criou-se uma imagem de desconfiança no Sistema Operacional de Saúde, estabelecendo conflitos permanentes no setor

## **Fatores relevantes:**

- Aumento global dos custos e gastos em saúde;
- Aumento da população idosa (doenças crônicas e invalidez);
- Aumento da velocidade do desenvolvimento tecnológico (novas técnicas em diagnósticos e terapêutica ou inovadoras ou substitutivas);
- Crescente desigualdade em serviços de saúde (qualidade e acesso);
- Ineficiência do desempenho institucional (desperdícios);
- Diferenças nas indicações e resultados;

## **Resgatar Imagem:**

- Premissa Fundamental da Glosa: “Respeito às bases contratuais pactuadas”;
- Estado de saúde é influenciado mais por estilos de vida, comportamento, hereditariedade, condições ambientais e econômicas que por serviços de saúde;
- Condições de emprego e percepções de status;

## **Conhecer o Sistema Suplementar de Assistência Médica:**

- Medicina de Grupo;
- Autogestões;
- Cooperativas;
- Seguradoras;
- Administradoras;
- Filantropias;

## **Conceitos de Análise Técnica e Médica:**

- Independência;
- Soberania;
- Imparcialidade;
- Objetividade;
- Conhecimento técnico e capacidade profissional;
- Atualização dos conhecimentos técnicos;
- Cautela e zelo profissional;
- Comportamento ético;
- Sigilo e discrição;

### **Credenciamento e Negociação:**

- Tabelas básicas falhas ou omissas;
- Evolução e incorporação de tecnologia Médica;
- Falta de política de formação de preços;
- Conceitos mal definidos ou não aceitos (diárias, taxas, pacotes ...);
- Identificação do compartilhamento de riscos;
- Desatualização contratos, profissionais envolvidos;
- Sistema Interno do Prestador e ou Operadora;
- Contratos;
- Fluxo do processo no Prestador e Operadora;
- Cobranças por Boleto Bancário;
- Pacotes;
- Habilidade para negociação caso-a-caso;

### **Origem das Glosas:**

- Paciente;
- Plano Individual;
- Particular;
- Sem Ônus - Filantropia;
- Dados preenchidos na Recepção;
- Identificação do Paciente;
- Coberturas e Carências;
- Autorização ou Negativas - Prospectivas;
- Coberturas e Excursões;
- Análise da Coerência Institucional;
- Tempo de Internação;
- Exames pré-internação;
- Direcionamento das necessidades;
- Exclui urgências-emergências por 24 horas;
- Casos complexos - gerenciamento direcionado;
- Serviços Contratados;
- Plano sem cobertura;
- Validade;
- Especialidade;
- Sistema Interno do Prestador;
- Faturamento;
- Digitação;
- Codificação;
- Quantificação;
- Valorização;
- Tabela desatualizada ou não contratada;
- Formulário;
- Cronograma;
- Fraudes empresas terceirizadas de faturamento;
- Recepção na Operadora;
- Requisitos Básicos;
- Nota Fiscal;
- Codificação;

- Erro de Análise;
- Erro na solicitação médica;

#### **Análise de Indicadores:**

- Análise por especialidade do serviço prestador;
- Exames e serviços “autogerados”;
- Exames e serviços prescritos;
- Número de retornos;
- Exames repetidos x exames normais;
- Queixas, reclamações e incertas;
- Custo total do atendimento;
- Liberação;

#### **Fatores Relevantes:**

- Fechamento de Contas;
- Visita ao Paciente;
- Materiais e Medicamentos;
- Tabelas;
- Coberturas;
- Comercialização;
- Serviços;
- Coberturas;
- Justificáveis;
- Duplicidades;
- Fraudes;
- Perfil Prestador;
- Suspeita;
- Desvios;

#### **Sistemas Alternativos de Informática para evitar Glosas:**

- Padronização;
- Sistema interno do Prestado;
- Equipamentos;
- Softwares independentes;
- Terminais POS Autorizadores + Biometria;
- URA ou Sistema WEB autorizador;

#### **Relatórios Gerenciais:**

- Base de dados;
- Cadastro do paciente e suas movimentações;
- Código identificação;
- Inclusão e exclusão;
- Empresa – Plano – Vidas – Etária - Sexo;
- Pagamentos;
- Coberturas e Carências;
- Cadastro prestador e suas movimentações;
- Especialidade e serviços contratados;
- Tabelas de procedimentos e geral;
- Planos contratados;

- Relacionamentos;
- Histórico do faturamento;
- Prestador;
- Endereço do paciente e prestador;
- Serviços realizados e respectivas quantidades;
- Valores de acordo com o contrato;
- Datas de atendimentos no período;
- Fidelidade ao prestador;
- Diagnostico e direcionamento;
- Autorizações concedidas;
- Autorizações Eletrônicas – tipos – locais – prestador – pacientes;
- Faturamento Eletrônico;
- Pacotes;

---

## Autorizações Prévias

### Finalidade:

Formalizar as Normas e Procedimentos a área que presta serviço centralizado de atendimento e informações aos clientes e prestadores de serviços relacionados à emissão de Autorização Prévia dos procedimentos contratados.

O desafio é manter a credibilidade dos médicos e entidades credenciadas promovendo uma mudança no conceito de liberação de senhas e atendimento ao cliente, contemplada pela eficiência e agilidade na comunicação com os prestadores, sem burocracias e com maior segurança.

### Objetivos Principais do Processo:

- Normatização de Novas Rotinas e Procedimentos;
- Maior segurança na emissão da senha mediante protocolos Técnicos e Médicos;
- Centralização e Controle das Emissões de Senhas;
- Revisão dos Procedimentos que necessitam de Autorização;
- Integração com a Auditoria;
- Processo de Prorrogação;
- Definição de Auditoria de Rotina e Dirigida;
- Controles Estatísticos;

### Síntese:

- Direcionar responsabilidade de acompanhamento e controle das autorizações prévias.
- Definição dos horários de funcionamento para emissão de autorização;
- Implantação de protocolos técnicos para autorizações de procedimentos ambulatoriais;
- Implantação de protocolos técnicos para autorização Internações Clínicas e Cirúrgicas;
- Estabelecer normas e procedimentos na análise de prorrogação de Internações;
- Implantação de Relatórios e Solicitação de auditoria e Vistoria Técnica;

### Rotina Operacional - Autorização Prévia Presencial:

Recebe o Beneficiário ou Portador, efetua análise da documentação necessária para liberação da Autorização Prévia:

- Cartão de Identificação;
- Pedido Médico;
- Relatório Médico, quando necessário;

Analisada os aspectos administrativos, e tendo dúvidas sobre a decisão a ser tomada, no aspecto médico, **contata** o Auditor Médico, para obter o parecer da mesma e, em caso de impossibilidade de fornecimento informa o Paciente ou Prestador, a necessidade de documentos necessários para análise da Auditoria Médica para emissão da Autorização Prévia.

Encaminha a **documentação ao Auditor**, que é responsável a dar solução de ordem médica, formuladas por prestadores ou pacientes, podendo intervir ou não diretamente no atendimento quando a situação exigir.

**Senha Internações:**

Todos os Planos requerem **autorização prévia** para Internações Hospitalares. As internações para internação concedidas (ou não) pela Auditoria Médica, devem ser registradas no sistema pelo código do Beneficiário.

**Prorrogação de Internação:**

Na solicitação de prorrogação, o Hospital acionará o Atendimento e a Auditoria Médica, que providenciará a análise dos documentos e direcionamentos necessários para liberação ou negativa da autorização, registrando os dados em sistema para controle de atendimento e contas médicas.

**Auditoria Médica:**

Recebe os documentos relativos à Autorização Prévia, analisa-os, autorizando ou não o procedimento.

**Processos:**

São identificados 2 (dois) processos para análise da Auditoria Médica que envolvem o registro da liberação ou negativa da solicitação do recurso credenciado.

**Rede Credenciada:**

Referem-se a recursos credenciados sem monitoração específica de auditoria, porém poderá ser acionado processo de auditoria dirigida pelos auditores exclusivamente para as situações de solicitações que gerarem dúvidas. Portanto o processo de prorrogação requer uma análise técnica e conceitual da solicitação pela Auditoria, envolvido no contexto do recurso credenciado solicitante e médico assistente.

Caso liberado o procedimento no processo de análise interna, submeter ao recurso credenciado o número da senha respectiva e demais informações contextuais identificadas no processo de análise Médica e Técnica.

As solicitações que gerarem dúvidas, não sanadas imediatamente por intermédio de relatórios médicos encaminhados pelo recurso credenciado deverá ser submetido à Auditoria Externa, direcionadas pelo médico.

Todo processo de liberação de Diárias Clínicas e Cirúrgicas deverá estar respaldado nas normativas e protocolos definidos para a área e outros instrumentos a saber:

- Instruções para Liberação de Procedimentos Ambulatoriais;
- Instruções para Liberação de Procedimentos Cirúrgicos;
- Protocolo de Liberação de Diárias para Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos;
- Rotinas de Liberação de Senhas, Prorrogação e Contas Médicas;

**Requisitos Básicos:**

- Indicar ao Auditor externo os casos sob suspeita de cirurgias não cobertas, estéticas, pré-existência e Notificações;
- Direcionar as internações de longa permanência viabilidade e contratação de internação domiciliar;

- Internação prolongadas com elevada utilização de materiais e medicamentos sugestivos a cobrança de valor muito elevado, solicitar o fechamento parcial ou total periodicamente para análise;
- Promover acompanhamento aos pacientes internados e assisti-los durante o período de internação;
- Acionar a visita do auditor sempre que identificar número elevado de pacientes internados, Hospitais que internam pelo Pronto Socorro, ou alto faturamento;
- Suspeita de internação ou procedimentos desnecessários;
- Queixas durante a internação por parte da família, empresa;
- Doenças Crônicas (ICC, IRC, ICO) com mais de 7 dias ou internação clínica;
- Quadros clínicos sugestivos a doenças de notificação compulsória como: diarreia crônica, septicemias, pneumopatias ou outros sinais de deficiência imunológicas;
- Cirurgias que envolvam mamas, genitais masculino e feminino, diástase de retos abdominais, hérnia incisional, verificando se não se trata de cirurgia estética ou não coberta pelo plano;

### **Responsabilidades Administrativas:**

- Receber e responder solicitações emitidas pelos prestadores;
- Submeter para análise do consultor as solicitações de prorrogações;
- Enviar e controlar as solicitações de Auditoria Dirigida;
- Arquivo dos documentos comprobatórios das autorizações emitidas;
- Analisar e definir posição imediata das pendências de autorizações diariamente;
- Analisar junto a Auditoria Relatório de Autorizações gerais emitidas;
- Identificar pacientes internados sugestivos a internação domiciliar;
- Dar suporte a área de contas médicas nas restrições detectadas na autorização;

### **Responsabilidade do Auditor:**

- Acompanhar diariamente os casos de internados na rede hospitalar;
- Conhecimento das condições gerais dos planos comercializados;
- Conhecimento dos procedimentos médicos e aplicações de coberturas dadas, bem como código de ética;
- Manter bom relacionamento e diálogo aberto com o prestador e paciente;
- Quando em auditoria realizar auditoria junto ao prontuário referente a todos os procedimentos, atentando também para materiais e medicamentos tempo de internação, nível de atendimento proporcionado pelo prestador, visitar e orientar o paciente quando necessário;
- Quando houver dúvidas em relação a determinado procedimento fazer o questionamento devido diretamente ao prestador ou ao médico responsável, se necessário;
- Quando a auditoria resultar glosas ou suspensão de cobertura para determinado evento, deve-se comunicar e orientar imediatamente o prestador e o paciente;
- Os formulários com informações das sugestões de glosas, devem especificar o número de diárias, procedimentos, materiais, medicamentos. Evite indicações sem comentários.
- Realizar Visitas Técnicas para avaliação da qualidade do recurso credenciado.
- Todos os casos de internações em UTI, é obrigatório a análise detalhada do prontuário, independente do hospital;

- Indicar os casos sob suspeita de cirurgias não cobertas, estéticas, pré-existência e Notificações;
- Direcionar as internações de longa permanência viabilidade de internação domiciliar;
- Internação prolongadas com elevada utilização de materiais e medicamentos sugestivos a cobrança de valor muito elevado, solicitar o fechamento parcial ou total periodicamente para análise;
- Promover acompanhamento aos pacientes internados e assisti-los durante o período de internação;
- Acionar a visita sempre que identificar número elevado de pacientes internados, Hospitais que internam pelo Pronto Socorro, ou alto faturamento;

#### **Auditoria Dirigida:**

Consiste em verificação “in loco” dos processos de autorização para internação nos recursos credenciados direcionados ou não, analisando o tipo de atendimento prestado, além de checar os procedimentos relacionados no prontuário médico, relatórios médicos, laudos de exames, elucidando os fatos diagnósticos e terapêuticos que envolvem o diagnóstico proposto, enquadrado nos aspectos contratuais do plano do paciente e prestador.

#### **Auditoria de Rotina:**

Realizada nos Hospitais com maior movimento de internações, ou seja, o auditor visita-o diariamente ou no mínimo três (3) vezes por semana, auditando o processo de atendimento “In-Loco” e realizando o “Fechamento da Conta Hospitalar”, registrando os controles de atendimentos e divergências de cobranças.

A auditoria “In-Loco” consiste em verificação dos processos de autorização concedidas para internação nos recursos credenciados “monitorados”, analisando o tipo de atendimento prestado, além de checar os procedimentos relacionados no prontuário médico, relatórios médicos, laudos de exames, elucidando os fatos diagnósticos e terapêuticos que envolvem o diagnóstico proposto, enquadrado nos aspectos contratuais do plano e prestador, durante o período de atendimento.

O Auditor deverá estar apto a proceder Autorização de Procedimentos Especiais e Prorrogações de Internações, devidamente solicitados pelo médico assistente do paciente no recurso credenciado. Caso conceder a liberação do procedimento, deverá subscrever com carimbo e assinatura.

#### **Auditoria de Contas Médicas:**

Poderá direcionar análise de Prontuários Médicos, cujas cobranças em processo de pagamento, visando confrontar dúvidas de cobranças, tendo como processo, a verificação da compatibilidade de gastos e custos sobre o procedimento realizado, tais como:

- Tipo de Acomodação;
- Dúvidas quantitativas de Materiais e Medicamentos;
- Exames Complementares;
- Utilização de Hemoterapia;

- Taxas de Salas;
- Uso da Gasoterapia;
- Quantidade de Terapias;
- Uso de Equipamentos;

A **Coordenadoria Técnica**, tem como missão executar a política de assistência à saúde e odontológica, através de suas atribuições:

- Estabelecer diretrizes de trabalho e acompanhar os resultados da Auditoria e Credenciamento, com relação às auditorias médica e odontológica;
- Avaliar e assegurar a qualidade dos serviços assistenciais e odontológicos oferecidos;
- Fiscalizar os trabalhos da empresa terceirizada responsável pela parte operacional do atendimento;
- Acompanhar o nível de satisfação com os recursos oferecidos para assistência à saúde e odontológica;
- Planejar, coordenar e controlar a prestação de serviço de assistência médica, hospitalar, laboratorial, odontológica, psicológica e fonoaudiologia;
- Zelar pela universalidade da participação nos planos assistenciais e pelo resguardo da probidade, da credibilidade, da moralidade, da impessoalidade e do respeito aos direitos dos pacientes;
- Manter registros e controles de prestadores de serviços médicos, hospitalares, laboratoriais, odontológicos, psicológicos e fonoaudiológicos sejam credenciados, conveniados ou contratados promovendo a avaliação, o controle e a fiscalização de suas atividades;
- Promover o serviço de autorização de atendimentos e emissão de guias, de inspeção médica, de perícia e auditorias médico e odontológicas de controle de diagnósticos, internações e outros relacionados com assistência à saúde;
- Promover medidas preventivas e corretivas que visem manter a regularidade no atendimento à saúde a custos reais;
- Planejar, coordenar, orientar, supervisionar e controlar os assuntos relacionados com a assistência e benefícios;
- Opinar, obrigatoriamente, nos processos de credenciamento de hospitais, clínicas, laboratórios e outros serviços auxiliares para a prestação da assistência médico-hospitalar;

#### **Simbologias Usualmente Utilizada pela Enfermagem:**

S/N	- se necessário
S/E	- sem efeito
CSV	- controle de sinais vitais
NPO	- nada por via oral
VO	- via oral
IM	- intramuscular
EV	- endovenosa
IV	- intravenosa
SVR	- sinais vitais de rotina
NPT	- nutrição parenteral
SNG	- sonda nasogástrica

### **Finalidade da Auditoria:**

- Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder o levantamento de dados que permitam conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde;
- Avaliar objetivamente os elementos componentes dos processos, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, através da detecção de desvios dos padrões estabelecidos;
- Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da assistência à saúde;
- Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento e para a satisfação do paciente. O cumprimento de suas finalidades, far-se-á através do desenvolvimento de atividades de auditoria analítica e operativa, objetivando:
  - Determinar a conformidade dos elementos de um sistema ou serviço, verificando o cumprimento das normas e requisitos estabelecidos;
  - Levantar subsídios para a análise crítica da eficácia do sistema ou serviço e seus objetivos;
  - Verificar a adequação, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e resolutividade dos serviços de saúde e a aplicação dos recursos;
  - Avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada e seus resultados, bem como apresentar sugestões para seu aprimoramento;
  - Avaliar a execução das ações de atenção à saúde, programas, contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres;
  - Verificar o cumprimento das normatizações específicas do setor saúde;
  - Observar o cumprimento pelos órgãos e entidades dos princípios fundamentais de planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle;
  - Avaliar o desenvolvimento das atividades de atenção à saúde desenvolvida pelas unidades prestadoras de serviços;
  - Prover ao auditado oportunidade de aprimorar os processos sob sua Responsabilidade;

### **Quanto à Execução - Tipos de Auditoria:**

**Analítica** - Conjunto de procedimentos especializados, que consiste na análise de relatórios e documentos, com a finalidade de avaliar se os serviços e os sistemas de saúde atendem às normas e padrões previamente definidos, delineando o perfil da assistência à saúde e seus controles.

**Operativa** - Conjunto de procedimentos especializados que consiste na verificação do atendimento aos requisitos legais ou normativos, que regulamentam os sistemas e atividades relativas à área da saúde, obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, documentos e situações, para determinar a adequação, a conformidade e a eficácia dos processos em alcançar os objetivos.

### **Princípios Básicos da Auditoria:**

Relativos à Pessoa do Auditor:

Os auditores são responsáveis não só perante a administração da organização a que prestam serviço, mas também perante aos pacientes da mesma. Os que atuam nesta área, por sua vez, devem conduzir-se de modo a justificar a confiança individual e institucional que lhe é depositada.

O Auditor deve ter:

- *Independência* - O auditor, no exercício de sua atividade, deve manter uma atitude de independência que assegure a imparcialidade do seu julgamento, nas fases de execução e emissão de seu parecer, bem como nos demais aspectos relacionados com sua atividade profissional;
- *Soberania* - Durante o desenvolvimento do seu trabalho, o auditor deverá possuir o domínio do julgamento profissional, pautando-se, exclusiva e livremente a seu critério, no planejamento dos seus exames, na seleção e aplicação de procedimentos técnicos de auditoria, na definição de suas conclusões e na elaboração dos seus relatórios e pareceres;
- *Imparcialidade* - Durante o seu trabalho, o auditor está obrigado a abster-se de intervir nos casos onde há conflitos de interesses que possam influenciar a absoluta isenção do seu julgamento. Não deve tomar partido ou emitir opiniões;
- *Objetividade* - Na execução de suas atividades, o auditor se apoiará em fatos e evidências que permitam o convencimento razoável da realidade ou a veracidade dos fatos, documentos ou situações examinadas, permitindo a emissão de opinião com bases consistentes;
- *Conhecimento Técnico e Capacidade Profissional* - o auditor deve possuir um conjunto de:
  - Conhecimento técnico específico das diversas áreas de saúde, o que lhe permitirá comprovar a legitimidade e a legalidade no desempenho dos objetivos;
  - Experiência obtida de um somatório de atuações, possibilitando o amadurecimento do julgamento profissional e o discernimento entre situações gerais e particulares;
  - Capacidade profissional atualizando-se quanto ao avanço das normas, procedimentos e técnicas aplicáveis;
- *Atualização dos Conhecimentos Técnicos* - O auditor deve manter sua competência técnica, atualizando-se quanto ao avanço de normas, procedimentos e técnicas aplicáveis à auditoria;
- *Cautela e Zelo Profissional* - No desempenho de suas funções o auditor deve ater-se aos objetivos da auditoria. Na elaboração do relatório e emissão de sua opinião, deve agir com precaução, zelo, acatar as normas de ética profissional, usar bom senso em seus atos e recomendações, cumprir as normas gerais;
- *Comportamento Ético* - O auditor se obriga a respeitar as normas de: conduta ética profissional, confidencialidade das informações recebidas;
- *Sigilo e Discrição* - O sigilo profissional é regra mandatária e indeclinável no exercício da auditoria;
- *Outras Recomendações para o Auditor:*
  - Pontualidade;
  - Boa apresentação;

- Bom preparo;
- Independência;
- Calma, Educação e Paciência;
- Clareza nas Perguntas;
- Evitar Juízo de Valor;
- Manter a Mente Aberta;
- Usar Corretamente a Linguagem do Corpo;
- Não fazer “Inferências”, mas basear-se em evidências objetivas;
- Atuar de Acordo com as Necessidades Inerentes à Auditoria;

### **Auditoria Operativa:**

Compreende a atividade desenvolvida na própria unidade onde as ações e serviços são realizados, mediante a observação direta dos controles internos, fatos, dados, documentos e situações.

### **Objetivos:**

- Aferir de modo contínuo a adequação, eficiência, eficácia, e os resultados dos serviços de saúde;
- Identificar distorções, promover correções e buscar um aperfeiçoamento do atendimento médico-hospitalar, procurando obter melhor relação custo e benefício na política de atendimento das necessidades do paciente;
- Promover processo educativo com vistas à melhoria da qualidade do atendimento na busca da satisfação do paciente;

### **Auditoria Operativa Hospitalar**

#### **Verificação In Loco:**

- Nesta primeira etapa verifica-se toda a estrutura e organização do hospital. Para tanto, utilizar os documentos de orientação do trabalho:
  - Roteiro de Visita Hospitalar;
  - Roteiro de Visita Hospitalar Psiquiátrico;
  - Roteiro de Visita Ambulatorial;
  - Roteiro de Atividade Específica (TRS, UTI, Hemoterapia);

A perfeita caracterização da funcionalidade do hospital dependerá da aplicação destes anexos de forma correta e com discernimento.

#### **Relativos à Estrutura e Funcionalidade:**

- Percorrer todas as dependências do hospital, visitando unidades de internação e de apoio, serviços complementares de diagnose e terapia, ouvir profissionais e pacientes;
- Observar a conservação, segurança, ventilação e iluminação de todo prédio, assim como sistema de comunicação, transporte, limpeza e cuidados com o lixo hospitalar;
- Observar, nas unidades de internação, a higiene e conservação das mesmas, cuidados com o paciente, quantidade e conservação do material e equipamento, método de desinfecção e limpeza de material;
- Verificar a área física-mobiliário, utensílios e equipamentos dos postos de enfermagem, copas, salas de curativos, utilidades e sanitários;

- Observar o fluxo do setor de esterilização, equipamentos e métodos utilizados na esterilização, condicionamento e cuidados com o material esterilizado, sua quantidade e qualidade;
- Observar o fluxo da lavanderia, método de desinfecção e lavagem de roupa, quantidade, qualidade e conservação da roupa hospitalar;
- Observar fluxo, material e equipamento de serviços específicos como o cirúrgico, obstétrico, berçário, unidade de queimados, UTI, unidade de terapia renal substitutiva, unidade de transplantes, unidade coronariana, isolamento e outros;
- Verificar existência de controle bacteriológico periódico das áreas de lactário, berçário, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de esterilização, UTI e outras áreas onde este cuidado se faça necessário;
- Verificar controle sanitário do pessoal desta área;
- Verificar se está sendo observada a relação adequada de médico assistente, plantonista em UTI, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e outros, por paciente;
- Verificar apresentação do pessoal e uso de equipamentos de biossegurança;
- Verificar condições de acondicionamento, amostragem e conservação nos setores do almoxarifado e farmácia, assim como cuidados dispensados à medicação controlada;
- Verificar se a Sala de Parto possui os materiais exigidos, quando o hospital, parto ou cesariana com o código de assistência ao RN na sala de parto;
- Verificar se as unidades cadastradas em alta complexidade estão cumprindo as exigências constantes nas respectivas portarias (câncer, ortopedia, cardiologia, epilepsia, labiopalatal, implante dentário osteo-integrado, transplante, UTI especializada, II e III, Neurocirurgia I, II e III, referência em urgência e emergência, paciente de alto risco secundário e terciário, doença do sono, busca de possível doador de órgão, deficiência auditiva e queimados);
- Nos hospitais com referência em urgência-emergência, verificar se os mesmos estão cumprindo as exigências, respectivamente;
- Observar a manutenção dos padrões mínimos adotados no acondicionamento, higienização e pré-preparo dos alimentos, assim como conforto, segurança e conservação das áreas, utensílios e equipamentos do serviço de nutrição;
- Observar a quantidade, qualidade, apresentação e higiene da alimentação servida. Verificar se a alimentação complementar distribuída coincide com o mapa fornecido pelo nutricionista, o método utilizado na distribuição da alimentação, horário, temperatura e apresentação das refeições;
- Observar fluxo do lactário, sistema de desinfecção e esterilização de mamadeiras, método de preparo de fórmulas lácteas;
- Verificar condições e sistema adotado no serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Verificar métodos de treinamento e supervisão do pessoal das diversas áreas;
- Verificar a existência ou não de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de Ética Médica;
- Conhecer a existência de biblioteca, organização do Corpo Clínico;
- Colaborar com o hospital sob avaliação, no sentido de dirimir dúvidas, harmonizar procedimentos e conciliar situações em benefício da boa assistência do paciente.

### **Relativos ao Exame do Paciente Internado:**

- Analisar os prontuários dos pacientes internados e, por amostragem, visitar 20% dos pacientes internados ou mais, se a situação exigir;
- O controle e avaliação compreende: Exame do paciente a depender da exigência de assim o proceder. O médico auditor deve, antes de iniciar suas atividades junto ao paciente, identificar-se, informar sua função e solicitar permissão para executá-la;
- Caso o paciente não concorde, interromper sua visita e registrar em seu relatório. Ao exercer sua função o avaliador deve agir com consciência e imparcialidade e o que tiver conhecido através de exames e observações, deverá guardar sigilo, de acordo com os princípios éticos;
- Não formular, junto ao paciente, familiares, funcionários do hospital ou qualquer outra pessoa envolvida, comentários ou críticas da assistência médico hospitalar que está sendo prestada;

### **Análise do Prontuário Médico-Hospitalar:**

Na vigência das internações, dentro dos princípios éticos, avaliar, através da análise do prontuário médico, a evolução clínica dos pacientes, a propriedade dos exames solicitados e da terapêutica instituída, a indicação das cirurgias bem como compatibilidade entre o tempo de permanência hospitalar e o diagnóstico, ou quadro clínico apresentado.

- Analisar detidamente as indicações técnicas, que motivaram as internações, principalmente as de emergência, assim como os relatórios de atos operatórios e boletins de atos anestésicos. Verificar a existência de assinatura e carimbo do profissional assistente na prescrição e evolução diária nos prontuários. Avaliar os registros de enfermagem quanto à sua capacidade informativa, controle de sinais vitais, controle de líquidos introduzidos e eliminados, controle da administração de medicamentos, execução de tratamentos e curativos. Avaliar a prescrição dietética e sua adequação aos casos específicos;
- Observar diretamente junto a pacientes internados, por amostragem, cuidados dispensados às sondas, cateter, drenos, aspirações e nebulizações, cuidados na prevenção e tratamento de escaras, na administração de oxigênio, na instalação parenteral em perfusão, condições de coletores;
- Verificar, por amostragem, se a medicação prescrita coincide quantitativa e qualitativamente com a que está sendo administrada;
- Analisar a propriedade das internações em UTI e a mobilização de recursos técnicos de alto custo;
- Verificar se está existindo cobrança de complementação, a qualquer título contrariando as normas vigentes.

### **Prontuário Médico Médico-Hospitalar:**

O prontuário médico-hospitalar é um documento referente à assistência médica prestada ao paciente. Sua análise deve ser de competência exclusiva dos médicos e da equipe de saúde. Os profissionais estão sujeitos ao segredo profissional em obediência aos respectivos códigos de ética.

### **Análise do Prontuário:**

Composição mínima:

- Ficha de Identificação e Anamnese do Paciente;
- Registro Gráfico de Sinais Vitais;
- Ficha de Evolução e Prescrição Médica;
- Ficha de Consulta de Enfermagem;
- Ficha de Registro de Resultados de Exames;
- Ficha de Registro de Resumo de Alta;
- Ficha de Descrição do Ato Cirúrgico;
- Ficha de Descrição do Ato Anestésico;
- Partograma e Ficha do Recém-Nato;
- Folha de Débito do Centro Cirúrgico (gasto de sala);

#### **Obrigatoriedade do Preenchimento:**

- Todos os documentos do Prontuário Médico, deverão estar corretamente preenchidos com letra legível, assinados e carimbados;
- Prescrição e Evolução diária, assinada e carimbada;
- Relatório Diário da prescrição e evolução de enfermagem, assinado e carimbado;
- Registro Diário dos Sinais Vitais;
- Descrição do Ato Cirúrgico e do Ato Anestésico, com letra legível, assinada e carimbada;
- Deverá ser anexado ao prontuário a comprovação do resultado dos exames complementares;

#### **Procedimentos Médicos:**

Trata-se de um conjunto de atos médicos, cuja a normatização define os passos e princípios da assistência prestada, o que torna a sua observância obrigatória.

#### **Análise x Prontuário Após a Alta:**

A revisão do prontuário médico-hospitalar após a alta é desenvolvida:

- De rotina, pela equipe técnica de controle e avaliação;
- Especial, a partir da análise de vários critérios nos hospitais sob controle, avaliação e auditoria, ou daqueles que apresentem distorções ou relatórios de alarme que exijam comprovação;

O Prontuário constitui-se no registro de todas as informações sobre o atendimento prestado ao paciente. Considerando isto, o seu conteúdo reflete a qualidade da assistência prestada. Tratando-se o prontuário médico como documento que contém registros importantes da vida nosológica do paciente, deve ser sempre examinado no seu local de arquivo nas dependências do prestador de serviço, a não ser nas situações de excepcionalidade. Há parecer do CFM preconizando essa atitude (RES/CFM- 1466/96).

A Análise x Prontuário representa importante atividade do controle e avaliação. Envolve a participação de vários profissionais de saúde, exigindo a definição de funções em cada fase de sua elaboração, para que possam ser atingidos os objetivos propostos para esta forma de atuação do controle e avaliação.

#### **Objetivos de Análise:**

- Avaliar a propriedade, eficiência, eficácia e qualidade dos serviços prestados;

- Verificar a observância dos procedimentos frente aos padrões, parâmetros, indicadores e critérios estabelecidos;
- Obter subsídios para a elaboração ou reformulação das necessidades de cobertura da assistência hospitalar;
- Identificar e documentar distorções e permitir que sejam propostas medidas corretivas;

#### **Laudo Médico:**

- Laudo Médico incompleto, insubsistente, ilegível e com rasuras;
- Discordância entre o procedimento solicitado e o diagnóstico inicial;
- Repetição de palavras, na mesma ordem, para descrever sinais e sintomas, em laudos diferentes;

#### **Prontuário Médico:**

- Documentos médicos ilegíveis, incompletos e ou com rasuras;
- Inexistência de impressos próprios aos registros de Enfermagem;
- Ausência de exames complementares;
- Inexistência de ficha de anestesia, relatório cirúrgico ou com dados insubsistentes;
- Registros de enfermagem inexistentes, incompletos e ou executados por pessoas no exercício ilegal das ações de enfermagem;
- Inexistência de ficha do berçário;
- Inexistência, ausência e ou incompleto preenchimento da ficha do RN no berçário;
- Ocupação do mesmo leito por mais de um paciente no mesmo período de internação;
- Realização simultânea de cirurgias na mesma data, hora, sala e profissional;
- Internações indevidas, irregulares e ou desnecessários na UTI;
- Tempo extremamente curto nos intervalos cirúrgicos, na mesma sala e na mesma data;
- Realização de anestesia simultânea, pelo mesmo profissional;
- Discrepância entre o relatório da enfermagem e do médico;
- Atos profissionais simultâneos no mesmo hospital e ou em hospitais diferentes para o mesmo profissional;
- Inexistência de solicitação e ou autorização de procedimentos especiais em laudo específico;
- Prontuário inexistente;
- Diagnóstico incompatível com o quadro clínico apresentado;
- Tratamento não compatível com o quadro clínico apresentado;
- Internações desnecessárias;
- Recursos terapêuticos insuficientes ou inadequados;
- Internações de pacientes em caráter de urgência-emergência, quando o quadro é eletivo;
- Pacientes tidos como internados, mas não encontrados no hospital;
- Alto índice de cesariana;
- Cobrança indevida de cirurgia múltipla, politraumatizado e AIDS;
- Cobrança de OPM, cujo código é diferente do utilizado;

- Uso indevido do CPF - Cobrança de atos médicos no CPF do profissional cadastrado e realizados por terceiros;
- Cobrança de exames complementares inexistentes no prontuário;
- Cobrança de atos médicos de pacientes fictícios;
- Preenchimento incompleto da identificação do paciente e do endereço;
- Divergência na identificação entre o laudo;
- Cobrança indevida de auxiliar cirúrgico sem a devida anotação;
- Cobrança de OPM sem comprovação;
- Mudança de procedimento sem solicitação e autorização;
- Cobrança de atos não realizados;
- Cobrança de material de outro paciente;
- Cobrança de partos em CPF de profissional médico, sendo os partos realizados por parteiras;

#### **Auditoria Operativa Ambulatorial In Loco:**

Trata do trabalho de verificação da prestação da assistência ambulatorial, por meio da Organização Ambulatorial - verifica-se toda a estrutura e organização do Prestador de Serviço. Para tanto, utilizar o documento de orientação do trabalho, que é o Roteiro de Visita Ambulatorial. Durante a aplicação do Roteiro de Visita Ambulatorial, atentar para os seguintes fatos:

#### **Relativos à Qualidade e Satisfação do Paciente:**

- Verificar se há filas, as condições da sala de espera, o tempo de espera e as condições de higiene das instalações sanitárias;
- Entrevistar o paciente utilizando a escolha aleatória, para identificar o grau de satisfação do mesmo. Para tal torna-se necessário a elaboração de um roteiro prévio;
- Verificar se há marcação prévia de consultas e os respectivos prazos;
- Apurar o quantitativo de atendimentos resolutivos e os encaminhamentos para outras unidades, com os respectivos motivos;
- Verificar por amostragem, se os registros dos atendimentos estão completos, contendo toda descrição do atendimento e o funcionamento do serviço de arquivo desses documentos;
- Aferir aleatoriamente o tempo de duração das consultas;
- Se o serviço obedece às especificações exigidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, e a validade de seus certificados;
- As condições de armazenamento dos produtos radioativos e a proteção ambiental;

#### **Análise dos Documentos de Atendimento:**

##### **Análise da Ficha Clínica de Atendimento:**

Compatibilidade entre procedimento cobrado e o efetivamente realizado;

- Compatibilidade entre diagnóstico, sexo e idade;
- Procedência da cobrança como procedimento ambulatorial;
- Compatibilidade entre exames complementares e terapia e diagnóstico;
- Codificação correta efetuada pelo profissional assistente;
- Avaliação dos programas especiais, onde houver;
- Cobrança indevida de SADT em procedimentos onde esses exames e ou terapias já estejam incluídos no custo;

- A comprovação das requisições de SADT;
- Comprovação das requisições de exames de alta complexidade:

As Requisições de Exames Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT), devem contemplar os dados correspondentes à identificação do paciente e do requisitante. A requisição de SADT, não equivale à execução do atendimento. Sua comprovação se dará com a anexação do resultado à Ficha de Atendimento.

---

## Gestão de Custos

Existem uma infinidade de detalhes no segmento, multiplicados por muitos fatores, porém normas transparentes em bom clima de discussão com o prestador de serviço propicia redução de glosas, dos custos e ganho de tempo na realização de serviços de ambos.

### **Instrumentos Utilizados para Auditoria:**

- Contratos;
- Normas internas (técnicos, CCIH, avaliação de custos);
- Tabelas próprias;
- Pareceres técnicos;
- Brasíndice;
- Laudos;
- Prontuários (evoluções médicas, de enfermagem, nutricionistas);

### **Procedimentos do Auditor:**

- Buscar parceria com o prestador de serviço;
- Só aplicar glosa com respaldo técnico - científico e ou administrativo - glosa sem respaldo não permite fundamentação no caso de revisão;
- Uniformidade de ações através de normas;
- Transparência de ações - descrição do procedimento;

### **Urgências - Processos Operacionais:**

- Taxa de repouso, Taxa de atendimento - Esta taxa será paga até 3 horas após atendimento; caso o atendimento continue, serão pagos apenas os Materiais e Medicamentos e exames prescritos; a taxa não será aplicada quando houver somente a consulta médica;
- Os exames serão pagos quando acompanhados de suas respectivas requisições, resultados e laudos, assinados e carimbados pelo responsável e solicitante;
- Os materiais de punção, hidratação venosas, quando cobrados em mais de uma unidade, deverá ser relatado pela enfermagem, justificando o seu uso;
- Os materiais de apoio para medicação, hidratação venosa, tais como, equipo com bureta, torneirinhas, deverão ser relatados, justificados pela enfermagem; o pagamento destes obedecerá a justificativa técnica;
- Os horários de admissão e alta do paciente deverão estar relatados nas evoluções médicas ou de enfermagem; a falta deste controle implicará no pagamento de apenas 01 taxa de atendimento ou repouso na conta do paciente;
- Curativos só serão pagos mediante prescrição Médica e ou da Enfermagem - a taxa já inclui o material utilizado, exceto pomada (quando prescrito), não serão pagos curativos eletivos, pois estes deverão ser encaminhados ao Centro Diagnóstico pelo Médico assistente;
- Estarão isentos do pagamento de taxa de atendimento ou repouso as trocas de sonda vesical e naso-enteral em pacientes crônicos, assim como, os curativos eletivos;
- Aerosolterapia - a taxa inclui o uso do ar comprimido; será pago o uso de 02 quando prescrito pelo médico;
- A taxa de cirurgia porte 0 (zero) não será paga em pequenos procedimentos realizados na urgência; neste caso será utilizado a taxa de procedimentos cirúrgico de urgência, a qual excluirá as demais cobradas;

- Observar o pagamento de Luvas Estéreis para procedimentos assépticos e luvas de procedimentos para procedimentos não assépticos (banhos, lavagens, SNG, sonda retal, aspiração oral, supositórios;
- Os equipamentos utilizados (monitor, oxímetro, bomba de infusão, TC) obedecerão ao mesmo critério de pagamento dos internamentos;

### **Ortopedia:**

Observações nos atendimentos de Ortopedia:

Nas retiradas de gesso:

- Não há taxa específica;
- Não incluir a taxa de atendimento ou repouso;
- Pagar serra gesso;
- As medicações serão pagas exclusivamente mediante prescrição médica e checagem da enfermagem;
- Os consumos de materiais deverão obedecer à tabela própria;

### **Internação:**

#### **Pacientes Cirúrgicos:**

- Analisar o porte e a área cirúrgica para autorizar o quantitativo de materiais e soluções cobradas;
- Os medicamentos pagos exclusivamente pela prescrição médica (cirurgião e ou anestesista);
- Não pagar taxas associados à “Taxas de Sala”;
- Os curativos deverão ser prescritos pelo médico assistente ou enfermagem - cobrança máxima de 02 por dia exceto com relatório médico ou evolução do enfermeiro justificando a necessidade de maior número de curativos por dia;
- As tricotomias e lavagens intestinais deverão estar prescritas pelo Médico Assistente ou Enfermagem do setor com relatório de execução do procedimento;
- O material de anestesia somente quando houver participação do anestesista - não pagar para anestesia local ou sedação simples;

#### **Taxas:**

- Na “Taxa de Curativo” estão incluídos todos os materiais relacionados ao procedimento, exceto as pomadas, que só deverão ser pagas quando prescritas. Nos pacientes queimados e com úlceras de decúbito de grande extensão, serão pagas as taxas, pomadas e materiais prescritos;
- Os curativos de intracath e disseções venosas, a princípio, são trocados a cada 48 horas reduzir intervalos se houver prescrição, evolução do citado procedimento pelo médico assistente ou enfermeiro do Setor;
- Não pagar as diárias não autorizadas;

#### **Gases:**

- Os gases “ar comprimido”, “oxigênio” e “protoxido de azoto” critério da anotação do uso e por hora indivisível;
- Nas nebulizações já está incluído o uso do ar comprimido;
- Só será pago o oxigênio para nebulizações quando prescrito;

- Nas prescrições de “nebulização contínua”, “ar comprimido” por hora anotado e cobrado;

#### **Medicamentos:**

- Pagar mediante prescrição médica e “checagens” da enfermagem;
- As cobranças obedecem ao critério da dosagem prescrita;
- 1 ml de heparina para heparinização de scalp para cada 24 horas;
- Não pagar os medicamentos e materiais de diárias não autorizadas;

#### **Materiais:**

##### **Equipos:**

- Um equipo simples para cada dieta enteral;
- Um equipo simples para cada 48 horas nas prescrições de soroterapia;
- Um equipo de bomba de infusão a cada 48 horas;
- Um equipo bureta para cada 48 horas e para soluções de até 100 ml - observar cobrança nas urgências;
- Equipo de transfusão de sangue já está incluído na “taxa de materiais descartáveis” das hemotransfusões;
- Prescrições de “nutrição parenteral” o equipo já está incluído no custo do Kit;
- Observar as medicações utilizadas para as cobranças de equipos fotossensíveis;
- Um equipo microgotas para cada 48 horas;
- Um equipo simples para cada solução lipídica administrada. Medicações em frasco-ampola, superior a 50 ml (albumina, cipro, flagyl) e medicações diluídas com volume superior a 100 ml (tipo: profenid, ancoron);
- Um equipo extensor 60 cm para UTIN e cirurgias cardíacas quando anotado e cobrado;

##### **Luvas:**

- Centro Cirúrgico, luvas cirúrgicas de acordo com o número de profissionais que participaram do ato cirúrgico (incluir anestesista, neonatologista e instrumentador quando indicado);
- Unidades de internamento e UTI, “luvas cirúrgicas” (estéreis) para procedimentos assépticos as “luvas de procedimento” são as indicadas para as outras ações não assépticas;
- Pagar luvas de procedimentos para as aspirações oral e traqueal prescrita e anotada;

##### **Sonda e Cateter:**

- 01 cateter de oxigênio para cada 24 horas;
- 01 cateter de aspiração para cada procedimento, anotado e cobrado;
- 01 SNG para cada 08 dias de internamento, salvo relatório explicativo da antecipação da troca;
- 01 sonda enteral para cada internamento, salvo relatório explicativo da antecipação da troca;
- 01 sonda fowley com sistema de drenagem fechada para pacientes com controle específico, com troca mínima de 08 dias, salvo relatório explicativo da antecipação da troca;
- Seringas, Scalps e Torneirinhas;

- 01 seringa 10 ml para cada 05 medicações injetáveis do dia em pacientes com scalp heparinizado;
- O valor da seringa cobrada inclui a agulha utilizada - pagar outra agulha em medicações apresentadas em frasco ampola, administração de Adalat, infiltrações e ou anestésias locais;
- Não será pago o uso de seringa para preparo das soluções das nebulizações;
- Autorizar o uso de torneirinhas mediante prescrição de múltiplas medicações ou soros;

#### **Outras Cobranças:**

- Autorizar 20 ml de laranja albuminosa para cada horário checado;
- Pagamento dos exames mediante solicitação e laudo – na ausência destes, a Instituição deverá apresentá-los em 48 horas sob pena de não poder mais utilizar recursos de pagamento; a auditoria poderá devolver a conta incompleta ao Hospital para a complementação necessária;
- Equipamentos de controle como Bomba de Infusão, Monitor, Ventilador, Oxímetro e materiais acessórios só estão autorizados para uso em UTI e Centro Cirúrgico, sob prescrição médica;
- Não estão autorizados pagamento para gorros, máscaras, propés, aventais, capotes, calças, blusas descartáveis, assim como, sabonetes e esponjas;
- Autorizar hemoterapia mediante solicitação médica e comprovantes de transfusão;
- Autorizar dieta enteral e taxa específica conforme prescrição;
- Autorização de fraldas descartáveis deve obedecer ao critério da utilização segundo quadro clínico;
- Não está autorizado o pagamento para procedimentos dialíticos, assim como, para materiais utilizados em tais finalidades;
- Curativos de escaras deverão estar prescritos pelo Médico Assistente ou Enfermeiro do Setor de Internamento;
- Autorizar 01 litro glutaraldeído nas cobranças de desinfecção dos aparelhos;
- Autorizar Gelfoam, Surgicel e ou similares, mediante anotação médica na descrição do ato cirúrgico;
- Escovas de degermação serão autorizadas de acordo com o número de profissionais envolvidos no ato cirúrgico - observar cobrança de escovas para a área cirúrgica;
- Cobrança de compressas grandes e pequenas, observar o porte do procedimento e a área a ser operada - ressaltamos aqui a condição de re-esterilização das mesmas nas unidades hospitalares;
- Não pagar as cobranças de campos cirúrgicos descartáveis;
- Materiais cobrados e que não constam na tabela, deverão ser solicitadas as notas fiscais para comprovação de custo;

#### **Sobre Exames Complementares:**

Os exames complementares representam para o médico, elementos rigorosamente indispensáveis a um correto e imediato diagnóstico das enfermidades.

Assim, a requisição deles, representa, hoje, não somente uma opção quase que habitual, mas, sobretudo, recurso propedêutico do qual nenhum de nós julga prescindir, tendo em vista, necessariamente, a obtenção de indicadores médicos confiáveis.

Ocorre, porém, que um considerável número de pacientes, movidos talvez pela notória franquia dessa opção, ou compelidos por uma exigente suspeição no tocante ao seu real estado de saúde, vêm solicitando exames que, ao rigor, são alguns deles praticamente desnecessários, por atingirem, em conjunto, resultados absolutamente iguais entre si.

É evidente que tal prática, além de imoderada, ocasiona ônus supérfluo a qual, em contrapartida, se vê no mínimo impossibilitada de proporcionar maior índice de retorno financeiro para manter o negócio.

Considerando esses inconvenientes devemos manter um critério sóbrio e eficaz na solicitação desses tipos de avaliação clínica.

### **Controlar os Serviços Diagnósticos:**

#### **Especialidade Clínica:**

- Definir quais as especialidades correlatas que poderão solicitar o exame;

#### **Incidência:**

- Qual deve ser a incidência na massa total de beneficiários?
- Qual deve ser a incidência % sobre as consultas da especialidade?
- Qual a incidência verificada ou encontrada na literatura?
- Qual o comportamento de outros colegas de igual especialidade?
- Quando autogerados, dos que não os realizam?

#### **Custo:**

- Calcular seu custo unitário e custo total (= custo unitário x número de exames), para avaliar o impacto econômico na empresa;

#### **Indicação:**

- Definir critérios para autorização prévia;
  - Estudar utilizando a bibliografia pertinente;
  - Consultar, previamente, colegas de idoneidade e competência;
  - Elaborar os critérios e anexar a bibliografia;
- Submeter, se necessário, tais critérios a apreciação do Conselho ou Comitê de Especialidade e ou Conselho Técnico, para juntos concluir os critérios.

#### **Guia de Solicitação de Exame Diagnósticos:**

- Avaliar sua necessidade;
- Incluir, no mínimo, dados do paciente, quadro clínico, exames prévios, justificativa da solicitação e identificação do médico solicitante;

#### **Laudos:**

- Definir os dados mínimos necessários que deverão estar contidos no laudo;
- Avaliar índices de qualidade (padrão técnico, apresentação, prazo de entrega, satisfação do paciente);
- Avaliar o percentual de “normais”, incidências de patologias e exames e laudos inconclusivos;

#### **“Credenciamento” dos Serviços:**

- Curriculum Vitae dos médicos e paramédicos;

- Inspeção (instalações físicas) para avaliação e cadastramento de equipamentos;

## **Redução de Custos - Rumos e Alternativas:**

Modalidades de Assistências:

### **Fee For Service:**

- Pagamento de “taxa por serviço”;
- Tabelas Hospitalares com número de itens crescentes;
- Margem de comercialização de materiais e medicamentos;
- Estimula ao desperdício;
- Dificuldades no entendimento da aplicabilidade da tabela;
- Faturamento complexo;
- Indicações de glosas;

### **Managed Care - Assistência Gerenciada:**

- Preço fixo “per capita”;
- Riscos compartilhados;
- Incentivo ao não desperdício;
- Risco de queda da qualidade no atendimento;
- Paciente - Sistema de Pré-Pagamento;
- Prestador - Recebe salário ou uma quantia fixa para atender uma determinada população;
- Risco - Gerenciamento do risco do atendimento. Assumido pela Empresa e ou dividido com o prestador de serviço;
- Necessidade de gerenciar a assistência;
- Manter a população saudável (medicina preventiva, diagnóstico precoce, gerenciamento de doenças crônicas);
- Reduzir a utilização de recursos de alto custo (desospitalização, dificultar acesso a especialistas, incentivo financeiro ao prestador, normas, glosas);

### **Pacotes:**

- Preço fixo por procedimento;
- Riscos compartilhados;
- Incentivo ao não desperdício;
- Risco de queda da qualidade no atendimento;
- Necessidade de auditoria de qualidade dos serviços prestados;
- Hospitais têm receio que os planos de saúde não renegociem os pacotes;
- Educação Continuada;

### **Home Care:**

- Ações integradas de saúde física e mental;
- Cuidados de saúde (níveis agudos, crônicos e de urgência);
- Integração do cliente com o ambiente familiar;
- Promoção da segurança emocional;
- Suporte aos aspectos de carência nutricional;
- Prevenção dos fatores de risco;
- Melhoria da qualidade de vida;

### **Day Clinic:**

- Clínicas para cirurgias ambulatoriais;
- Hospital Dia (Geriatría, Psiquiatria, AIDS, Oncologia);

- 80% das cirurgias podem ser realizadas em nível ambulatorial;
- Paciente não pernoitar - Redução do custo da diária em 25%;

#### **Serviço Domiciliar de Urgência:**

- Reduzir o intervalo terapêutico nas urgências;
- Coordenação, regulação, supervisão direta ou à distância deve ser realizada por médico;

#### **Outros Modelos:**

- Co-participação;
- Franquia;
- Bônus;
- Acreditação de Hospitais, Clínicas e Outros Serviços;
- Fundos de Proteção Procedimentos Alto Custo - Resseguros (Stop Loss, FSMart);
- Investimento em Medicina Preventiva;

#### **Protocolos de Especialidades:**

##### **“Pacotes”:**

- Elaborar protocolo de Normatização - Atenção especial para a qualidade.  
Objetivos:
  - Simplificar a cobrança;
  - Reduzir custos - viabilidade;
  - Simplificar a análise e pagamento;
- Redução de glosas e querelas pertinentes;
- Preferencialmente não incluir honorários médicos;

#### **Compartilhamento de Risco e Mecanismo de Regulação:**

##### **CH Variável – Partilha de Riscos:**

- Valor Médio da Especialidade = Valor de consultas + Valor de serviços requisitados e pagos + Valor serviço requisitado e prestado por especialidade , dividido pelo número total de consultas;
- Valor de consultas + Valor de serviços requisitados e pagos + Valor de serviço requisitado e prestado pelo médico, dividido pelo número total de consultas;
  - A permanência do médico com o valor da consulta acima da média da especialidade por 06 (seis) meses consecutivos, implica em uma redução no valor do seu CH;

##### **Pro-Rata:**

- Representa a distribuição mensal de sobras ou perdas;
- Conceitualmente significa retirar as despesas administrativas e um percentual para o fundo de reserva (2%) e dividir o restante com os prestadores de serviços;
- Na prática significa que o médico recebe de acordo com a disponibilidade. O valor dos procedimentos varia de mês a mês;
- A principal vantagem do Pro-Rata é o equilíbrio financeiro. Por esse sistema a despesa tende a ser sempre equivalente à receita;

## **Exames Pré-Operatórios:**

Vários estudos demonstraram que 60% dos exames pré-operatórios de “rotina” podem ser suprimidos sem aumentar o risco dos pacientes. A maioria das alterações identificadas pelos exames pré-operatórios pode ser antecipada pela história clínica e exame físico completos (somente 0,2% dos pacientes se beneficiam com a realização de exames pré-operatórios de “rotina”, que não podem ser previstos pela avaliação clínica pré-operatória). Muitas das alterações determinadas somente pelos exames de “rotina” não são associados com aumento da incidência de complicações operatórias.

O uso indiscriminado de exames pré-operatórios de “rotina” para todos os pacientes eleva excessivamente os custos dos procedimentos médicos. Entretanto, devido ao baixo custo de um ou vários exames para um único paciente, em caso de dúvida, o médico, o médico deve solicitá-los. Os exames realizados menos de seis meses antes da operação não precisam ser repetidos, a menos que indicados por alteração de história e exame físico ou cujos resultados tenham sido anormais.

Conclui-se que os exames pré-operatórios devem ser solicitados baseados na história e exame físico do paciente.

Atualmente, é injustificável a solicitação de exames pré-operatórios de “rotina” para todos os pacientes.

## **Normatização na Prática de Auditoria:**

### **Por que Normatizar:**

- Ferramenta fundamental no controle de qualidade;
- Fazer frente ao aumento de custos;
- Introduzir novas tecnologias;
- Diminuir a variabilidade;
- Evitar conflitos entre o prestador de serviço e pagador;
- Caráter educativo;
- Respalda a auditoria médica;
- Agilizar as decisões;
- Reduzir o fluxo de documentos;

### **Seleção dos Tópicos:**

- Um problema na qualidade de serviço;
- Um item de custo representativo;
- Uma nova tecnologia;
- Um item de grande variabilidade;

### **Estratégia:**

- “Competir” no atacado e esquecer o varejo;
- Divulgação sistemática dos resultados;
- Normatização de diagnósticos e procedimentos por especialidade;

### **Seleção dos Médicos:**

- Escolha pelo grupo de 5 a 10 médicos para o comitê;

- Representantes de todas as tendências;
- Competentes e experientes;
- Definição do objetivo: normatizar para reduzir o desperdício e aumentar o valor do honorário;
- Formadores de opinião e líderes;

#### **Ponto de Partida:**

- Revisão da literatura médica;
- Normatização já desenvolvida;

#### **Crítérios a serem enfatizados:**

- Interesse único do paciente;
- Com base na literatura médica;
- Aplicabilidade clínica;
- Não contrariar outras normas de tabela;
- Evitar:
  - Cientifismo profissional exagerado;
  - Forçar o consenso por restrição de tempo e domínio do grupo por um único participante;

#### **Resumo das Limitações e Restrições:**

Mapa sugere uma análise da curva de tendências de atendimentos participados por pacientes, empresas, ou grupos de empresas conveniadas, prestadores e médicas em regiões específicas, elaborado para algumas especialidades e procedimentos.

PROCEDIMENTOS	LIMITAÇÕES / RESTRIÇÕES
Consulta Médica	Intervalo mínimo de 20 dias
Teste Alérgico	01 vez por ano
<b>CARDIOLOGIA</b>	
E.C.G.	70% do total de consultas
Teste Ergométrico	20% do total de consultas
Holter	05% do total de consultas
Eco cardiograma	20% do total de consultas
M.A.P.A.	05% do total de consultas
<b>ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA</b>	
Hibridização molecular	01% do total de consultas
<b>ENDOSCOPIA</b>	
Endoscopia Digestiva Alta	41% do total de consultas
Endoscopia Digestiva	90 dias após a última endoscopia
<b>FISIOTERAPIA</b>	
Procedimentos múltiplos fisioterápicos	30% do total de procedimentos Realizados
<b>PNEUMOLOGIA</b>	
Espirometria - Prova de Função Pulmonar.	20% do total de consultas
Teste Alérgico	10% do total de consultas
<b>GINECOLOGIA</b>	
Exame à fresco (ginecologia)	20% do total de consultas
Colposcopia	20% do total de consultas
<b>NEUROLOGIA</b>	
E.E.G.	20% do total de consultas
Mapeamento cerebral	5% do total de consultas
<b>OFTALMOLOGIA</b>	
Mapeamento de retina	10% do total de consultas
Tonometria	50% do total de consultas
Retinografia	4% do total de consultas
Campimetria	7% do total de consultas
Ceratoscopia	1,5% do total de consultas
Teste Adaptação Lente Contato	5% do total de consultas

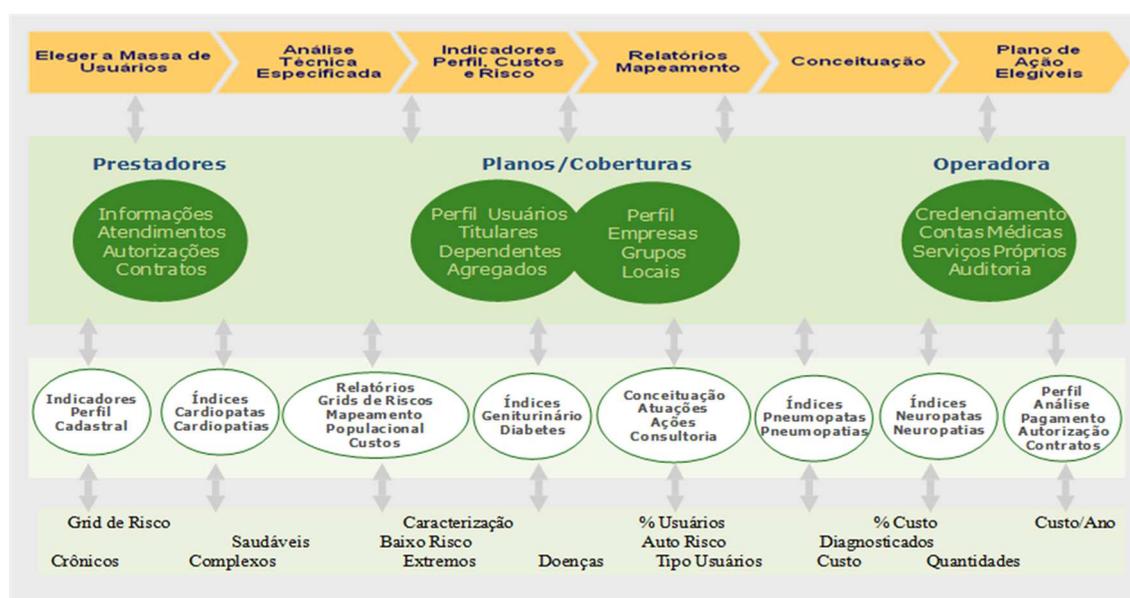
Microscopia Especular	1% do total de consultas
Paquimetria e Biometria	1,5% do total de consultas
Procedimentos em Oftalmologia	50% do total de consultas
<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>	
Remoção de cerume	15% do total de consultas
Audiometria tonal	15% do total de consultas
Rinofaringolaringoscopia	10% do total de consultas
Procedimentos cirúrgicos em OTRL	10% do total de consultas
Procds. Gerais e SADT em OTRL	50% do total de consultas
<b>UROLOGIA</b>	
Cistoscopia - Uretroscopia	10% do total de consultas
Urofluxometria	15% do total de consultas
Urodinâmica	10% do total de consultas
Dopplermetria peniana	05% do total de consultas
Injeção intra-cavernosa	05% do total de consultas
Peniscopia	15% do total de consultas
Massagem prostática	05% do total de consultas
Dilatação uretral	05% do total de consultas
Instilação vesical	05% do total de consultas
Instilação uretral	01% do total de consultas

## Screening – Mapeamento de Risco

É uma metodologia simples de análise e conceituação do fator de risco atrelado a análise de da carteira de vidas e princípios da sinistralidade gerada. Estudos técnicos da evolução do perfil dos players do processo de contratação e atendimento, determinando Indicadores e Gerenciamentos de Sinistralidade e Crônicos, estimando resultados na Gestão de Custos.

### Metodologia:

Elaboração de estudo técnico especializado da massa de vidas ativas, conceituando o perfil cadastral Individual, Empresas e Prestadores de Serviços, concomitantes ao estudo analítico do mapeamento dos processos de atendimento prestados em determinado período na Rede de Atendimento Própria ou Credenciada.



As melhores soluções são advindas de processos inovadores que são criados por áreas de conhecimentos diversas, disponibilizar canais exclusivo para troca de ideias, fluxo de consultorias contínua, flexibilidade em TI, velocidade nas ações, robustez, produtividade e segurança de Informação.

### Objeto do Estudo:

- Elaboração de estudo técnico;
- Determinar período de análise e conceituação;
- Definição dos dados necessários para análise e elaboração do lay-out de interfaces extração em Sistema;
- Validar dados importados para segurança nas informações geradas;
- Elaboração, conceituação e normatização de relatórios de Mapeamento de Risco que possibilitem visão geral;
- Diagnóstico da situação atual da assistência;
- Avaliação Técnica dos processos contratados;
- Proposição de modelos de Gestão com macro indicadores de pontos fortes e fracos para cada alternativa, dentro do contexto apresentado no Diagnóstico da Situação atual e orientações estratégicas;

- Perfil de Sinistralidade e portadores de Doenças Crônicas - Critérios: Cardiopatas, Neuropatas, Diabéticos, Geniturinários, Pneumopatas;
- Classificação de Doenças Crônicas x Custo;
- Mapeamento do Perfil de Atendimento;
- Frequência e Custo Atendimentos Ambulatoriais;
- Frequência e Custo por CID x Especialidade;
- Custo Médio por Grupo e Índices de Procedimentos Realizados;

**Grid de Risco – Caracterização - % Usuários - % Custo – Gasto/Ano**

Saudáveis	Baixo Risco	Alto Risco	Diagnosticados
	Crônicas	Complexos	Extremos
	Doenças	Tipo Usuários	Vidas %
			Custo Quantidade

**Relatórios Técnicos:**

Gerar Rol de relatórios técnicos do mapeamento da carteira e assistenciais de fácil análise:

DOENÇAS										TOTAL USUÁRIOS		CUSTOS ASSISTENCIAIS		%	
ASSISTIDO HOME										565	15.558.360,23	5%			
MASCULINO										2.611	15.933.075,68	5%			
FEMININO										3.004	47.161.533,83	18%			
GRUPO DE DOENÇAS															
CARDIOPATAS										1.137	7.280.088,66	7%			
DIABÉTICOS										1.187	6.541.415,90	6%			
PNEUMOPATAS										3.786	17.511.311,56	18%			
TOTAL										1.150	6.889.511,17	6%			
GRUPO DE DOENÇAS															
CONSULTA										90.905.058,42					
3P/SABT										10.150.096,86					
INTERNAÇÃO										1.010	6.262.955,79	5%			
TOTAL										101.016	107.358.111,07	14%			
ASSISTIDO HOME										616.495,44	4.226.986,16	1%			
CARDIOPATAS										2.082.503,95	9.769.076,39	4,922			
DIABÉTICOS										6.750.815,99	24,720.084,90	14,939			
PNEUMOPATAS										5.369.277,06	14,734.218,07	8,971			
TOTAL										903.141,14	2,670.425,04	1,795			
NEUROPATAS										1.024.657,16	3,873.799,16	3,794			
TOTAL										6.398.680,07	19,423.110,19	15,094			
PNEUMOPATAS										528.660,75	3,604.317,38	1,616			
OUTROS ATENDIMENTOS										30.659.220,16	69,242.398,11	28,974			
TOTAL										54.237.552,71	148,275.414,29	90,206			

**Conceituação:**

**1. Diagnóstico do plano atual oferecido:**

- Mapeamento dos Beneficiários e Empresas;
- Forma de financiamento;
- Estrutura;
- Custos de gestão e assistências em saúde;
- Operação e resultados do modelo atual;
- Indicadores assistenciais e financeiros;
- Alternativas para a gestão do plano;
- Estrutura legal para a alternativa apresentada;
- Estrutura organizacional para gestão;
- Novos modelos de plano que atendam a premissa de: assistência correta e digna, no tempo certo e no local apropriado, privilegiando o gerenciamento da saúde preferencialmente ao modelo atual de gerenciamento de doenças;
- Pontos fortes e fracos;



- Especificação dos critérios para adesão de beneficiários dependentes (grau de parentesco, idade, aplicação de faixa etária ou critério de solidariedade, grau de financiamento do funcionário, dentre outros);
- Vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais;
- Custeio de despesas:
  - Oferecimento de rede credenciada;
  - Especificação dos procedimentos cobertos pelo plano;
  - Especificação da área geográfica coberta pelo plano;
  - Reembolso de despesas;
  - Mecanismos de regulação;

### **Conteúdo dos Relatórios:**

#### **2. Estudo da utilização dos serviços de saúde:**

- Estabelecer uma comparação destas taxas com padrões de mercado;
- Elaborar uma análise do perfil de consumo de serviços atual;
- Análise das condições de acesso dos beneficiários e seus dependentes na capital e interior x rede de atendimento credenciada, incluindo análise de eventual demanda reprimida e estimativa de seu impacto;

#### **3. Estrutura de financiamento:**

- Análise detalhada da contribuição atual em relação às diferentes faixas salariais e vinculação funcional;
- Análise da base de incidência das contribuições dos funcionários por faixa de renda e vínculo funcional, acesso a outros planos, com vistas a subsidiar a formulação das alternativas de custeio do novo plano a ser proposto;
- Aspectos legais relacionados às ações judiciais em curso;

#### **4. Estrutura de Gestão:**

- Análise de relatórios de atendimentos emitidos pelas operadoras, efetuando apontamentos de situações cujas cobranças ou pagamentos divergentes das características e conceitos de Análise Técnica do processo de contas médicas e reembolsos;
- Estudo técnico do processo de atendimento e prestação de serviço pelos credenciados e suas consequências (circularização e rotineirização);
- Classificação do perfil de atendimento do paciente x prestador de serviço;

## **SEÇÃO II**

---

**Uso da Informática em Saúde**  
**Glossário**

---

# Informática – Tecnologia da Informação

## **Introdução:**

A Medicina, como outras áreas de atividade, tem experimentado nos últimos anos, intensos e visíveis avanços tecnológicos, tendo sido disponibilizados aos médicos e pacientes os mais variados recursos à saúde. Essa tecnologia, muito bem-vinda por sinal, quando utilizada racionalmente e em benefício único e exclusivamente do paciente, preocupa-nos, quando utilizada abusivamente, substituindo o homem e desvirtuando a relação médico paciente, por interesses financeiros.

Essa mesma tecnologia tem disponibilizado recursos de informática capazes de auxiliar no controle e avaliação da utilização dessas tecnologias, fundamentais para a manutenção do equilíbrio financeiro das Operadoras, tornando possível transpor, sem traumas, as turbulências e dificuldades do final de milênio, como empresas sólidas e competitivas.

Cabe aos dirigentes, médicos e médicos auditores, considerando que não é uma conduta inteligente contrapor aos novos recursos tecnológicos, criar mecanismos e condições objetivando uma convivência pacífica com os prestadores de serviços e a utilização racional e ética desses recursos.

Importante é a capacidade de gerar e principalmente conceituar todos os dados, relatórios, parâmetros geradores e tomar uma decisão sobre o processo, as condutas, as vendas, as contratualizações, o grupo de profissionais envolvidos, o futuro do negócio. Uma provocação para refletir o que é e como utilizar todos os tópicos abaixo.

## **Recursos Tecnológicos:**

### **Medicina:**

- Imagenologia (TC, RNM);
- Cardiologia;
- Cirurgia Cardíaca e Hemodinâmica (Novas técnicas cirúrgicas, Estudos Eletrofisiológicos, Ablação de Focos Arritmogênicos);
- Neurocirurgia (Microcirurgia de Tumor Medular com Laser, Microcirurgia Cerebral Endoscópica, Microcirurgia Intracraniana Auxílio de Ultrassom);
- Radiologia Intervencionista (Embolizações);
- Oftalmologia (Cirurgias Refrativas);
- Medicina Nuclear (Cintilografia);
- Patologia Clínica (Marcadores Tumorais, Imunologia);
- Cirurgia Geral (Procedimentos vídeo-assistidos);
- Materiais (Próteses, Cateteres, Grampeadores);
- Medicamentos (Reopro, Antibióticos);

### **Informática:**

- “O Médico Auditor analisando os resultados e monitorando o sistema”;
- Uso de informações eletromagnéticas de forma sistemática para auxiliar nas decisões;

### Softwares – Ferramentas:

- BI – Software que utiliza o conceito de Dataware House (armazém de dados) para definir uma ferramenta que combina dados, agilizando a tomada de decisões;

### Querys:

- Estabelecer desvio padrão de procedimentos autogerados (requisitante e prestador iguais);
- Fazer controle de solicitação por especialidade;
- Tabela de parâmetros (valores médios e aceitáveis de procedimentos);
- Médicos que atendem sempre o mesmo grupo de
- 
- pacientes (periodicidade de consulta);
- Médicos que solicitam exames além da média da sua especialidade;
- Médicos que tiveram um crescimento constante exagerado da sua produção num período;
- Médicos que sempre solicitam exames para um grupo restrito de prestadores;
- Médicos que tiveram percentual de procedimentos autogerados, além da média da sua especialidade;



### Recursos:

- Retorno antecipado, inclusive considerando a produção anterior;
- Glosa automática de Tonometria para < 20 anos;
- Cruzamento de produção médica de profissionais que possuem mesmo local de atendimento (pacientes comuns);
- Listagem de pacientes que realizaram um determinado número de consulta ou mais no mês informado (exemplo: paciente que realizaram 03 ou mais consultas no mês);
- Relatório referente cobrança de consulta médica até 10 dias após cirurgia;
- Relatório referente cobrança de consulta na realização de exame pelo prestador do serviço;
- Resumo das atividades dos prestadores;

### Parâmetros de Necessidades de Serviços:

<b>Consulta Médica por Paciente</b>		<b>= 04/ano</b>
<b>Internação por Paciente 1,0%/mês</b>		
Clínica Médica	= 0,50	
Cirurgia	= 0,18	
Obstetrícia	= 0,28	
Psiquiatria	= 0,04	
Percentual sobre o número de consultas:		
<b>Serviços Complementares</b>		<b>= 70%</b>
Diagnose	= 72%	
Terapia	= 28%	
Fisioterapia	= 51,5%	
Radioterapia	= 2,4%	

Hemodiálise	= 1,2%
Quimioterapia	= 1,2%
<b>Outras Terapias</b>	<b>= 43,7%</b>
Ultra-sonografia	= 2,59%
Hemodinâmica	= 0,005%
Medicina Nuclear	= 0,0046%
Ecocardiografia	= 0,02%
Angiografias	= 0,007%
Patologia clínica	= 0,6%
Eletrocardiografia	= 0,7%
Eletroencefalografia	= 0,05%
Endoscopia x Consultas	= 5%

### Necessidades de Estatísticas Médicas:

- Análise dos Atendimentos
  - Por Patologia - CID-10;
  - Por Procedimento – Tabela de Honorários Médicos;
- Análise do Custo:
  - Por procedimento;
  - Por paciente (custo total da internação);
  - Por paciente por dia (custo geral por dia de cada paciente);
  - Por paciente por dia e hospital (custo dia, paciente, hospital);
  - Por faixa etária;
  - Por tipo de tratamento;
- Análise da Despesa Gerada:
  - Por médico e prestador;
  - Por especialidade;
  - Por equipe e hospital;
  - Por internação;
  - Por tipo de plano (ambulatorial, básico, especial e UTI);
  - Por modalidade de pagamento (Pré-Pagamento, Custo Operacional);
- Permanência Hospitalar Média:
  - Por patologia;
  - Por hospital;
  - Por médico;
  - Por tipo de tratamento (clínico, cirúrgico, obstétrico e pediátrico);
- Análise de Procedimento:
  - Dos 150 mais frequentes (procedimentos, diárias e taxas);
  - De custo mais elevado;
  - Custo da consulta;
    - Por médico;
    - Por especialidade;
    - Geral;
- Análise das Empresas:
  - Pré-Pagamento;
  - Custo Operacional;
  - Acompanhamento: Déficit e Superávit;

### **Autorizações Remotas – Cartão Magnético:**

- Carências;
- Coberturas;
- Financeiro;
- Procedimentos limitados e restritos;
- Elegibilidade;
- Biometria;
- Prestadores Elegíveis;
- Idade mínima x Idade máxima;
- Procedimentos aptos para a realização;
- Previsibilidade da produção médica;
- Procedimentos;
- Sexo permitido para o atendimento;
- Retorno para mesmo prestador;
- Validade da autorização;
- Local Atendimento: Local, Regional, Nacional;
- Auditoria no momento do atendimento;

### **Indicadores de Desempenho e Qualidade:**

- Tempo de espera para consulta médica;
- Fluxo de paciente;
- Satisfação do cliente internado;
- Média de permanência hospitalar;
- Índice de renovação e rotatividade;
- Taxa de infecção hospitalar;
- Taxa de mortalidade geral hospitalar;
- Taxa de resolubilidade;
- Índice de repetição de consulta;
- Índice de troca de médico (mesma especialidade);

### **Relatórios Gerenciais:**

- Estratificação Mensal da Produção Médica;
- Por tipo de Nota;
- Por especialidade;
- Por procedimento;
- Por grupo de prestadores;
- Gráficos de acompanhamento;

---

## Críticas e Consistências - Mapa de Regras

Não se trata de um modelo de situação ideal, mas fundamentos de dados mínimos necessários para um sistema de Gestão Operacional de uma Operadora de qualquer porte e segmento na Saúde Suplementar. Com base na consistência os técnicos têm por obrigação entender o conceito do negócio visando formatação da programação dos dados envolvidos e a devida operação, tendo capacidade de definir o melhor caminho no Cadastro, Credenciamento, Auditoria, Autorização, Análise de Contas Médicas, Recursos de Glosas, Pagamento, Contratação e Pagamento, além de suporte aos Clientes.

### 1) Tabela de Procedimentos e Serviços – Mapa de Regras:

Fundamental para classificação de serviços contratados nos planos, credenciados, auditoria e pagamento de contas médicas. Todos os requisitos possíveis de consistência devem ser contemplados. Um exemplo básico de conteúdo uma Tabela de Serviços e Procedimentos. O Mapa de Regras baseado no Cadastro de Serviços é a “Alma do Negócio” sem o qual não se permite as consistências e críticas de sistema.

- Verão de Tabelas;
- Vigências;
- Códigos de Serviços (honorários, procedimentos, taxas, diárias);
- DV – Dígito Verificador do Código;
- Descrição do Código;
- Descrição resumida do código;
- Quantidade de CH - Coeficiente do Honorário;
- Quantidade de solicitações;
- Quantidade de execuções dia;
- Quantidade de execuções mês;
- Quantidade de execuções ano;
- Intervalo de recorrência entre procedimentos;
- Necessidade de CRM requisitante;
- Necessidade de CRO requisitante;
- Definição de CID vinculado;
- Sexo do código;
- Idade Mínima;
- Idade Máxima;
- Local de execução;
- Tipo de Acomodação;
- Especialidade do código;
- Necessidade de autorização prévia;
- Carência;
- Cobertura;
- Plano autorizado;
- Pagamento;
- Pré-existência;
- Duplicidade com anterior;
- Duplicidade grupo de procedimentos;

- Data de cadastro;
- Data última alteração;
- Restrição para realização por prestador;
- Limite de alçada;
- Autorizador (central, médico, analista, eletrônico, URA, outros);
- Tipo de serviço;

Versao	Codigo	ProcedimenDB11	Ch	Quant	Quant	Quant	Quant	Intervalo	CRM	CID	Sexo	Idade	Idade	Sole	Acomod	Especial	Prest	Carenc	Cobert	Plano	Pagto	Pre-Est	Duplicidade	Duplicidade
				Di	Mes	Ano																Anterior	Grupo	
90	1501001	5 DIALISE PERITONEAL POR SESSAO	300	1	1	15	45	2	S	S	A	10	99	S	5	2	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1501002	3 HEMODIALISE POR SESSAO	300	1	1	15	180	30	S	S	A	10	99		5	2	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1501003	1 HEMOPERFUSAO POR SESSAO	300	1	1	15	45	30	S	S	A	10	99		5	2	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1501004	0 PUNCAO BIOPSIA RENAL PER CUTANEA	200	1	1	2	4	30	S	S	A	10	99		5	1	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1501005	8 HEMOFILTRACAO POR SESSAO	300	1	1	15	45	30	S	S	A	10	99		5	1	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1501006	6 PLASMAFERESE POR SESSAO	300	1	1	10	30	30	S	S	A	10	99		5	1	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1501007	4 IMPLANTE DE CATER VENCOSO CENTRAL PARA HEMODIALI	150	1	1	1	2	30	S	S	A	10	99			1	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1502001	0 DIALISE PERITONEAL POR SESSAO	200	1	1	1	2	30	S	S	A	10	99			2	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1502002	9 DIALISE PERITONEAL CRONICA POR MES E PACIENTE	480	1	1	1	2	30	S	S	A	10	99			2	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1502003	7 HEMODIALISE CRONICA POR SESSAO	200	1	1	1	2	30	S	S	A	10	99		5	2	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1502004	5 DIALISE PERITONEAL AMBULATORIAL (CAPD) TREINAMENT	600	1	1	1	2	30	S	S	A	10	99			2	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1502005	3 DIALISE PERITONEAL AMBUL CONTINUA (CAPD) MANUTENCA	1800	1	1	1	2	30	S	S	A	10	99			2	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1502006	1 INSTALACAO DE CATER PERMANENTE F/ DIALISE PERITON	400	1	1	1	2	30	S	S	A	10	99			2	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1502007	0 RETIRADA DE CATER TENCKHOFF	400	1	1	1	2	30	S	S	A	10	99		5	1	S	S	S	S	S	S	S	S
90	1503001	6 CONTROLE CLINICO PRE E POS OPERATORIO MEDIA 15 DIAS	1500	1	1	1	2	15	S	S	A	10	99			2	S	S	S	S	S	S	S	S

## 2) Este modelo possibilita entender a dimensão das críticas e consistência de sistema que baliza parâmetros para todos os setores operacionais.

### CONSISTENCIAS E CRITICAS DE SISTEMA

#### CRÍTICAS DE USO GERAL

- NÚMERO DA SOLICITAÇÃO INVÁLIDO
- DÍGITO DA SOLICITAÇÃO INVÁLIDO
- DÍGITO DA SOLICITAÇÃO NÃO CONFERE
- NÚMERO DA MATRÍCULA DO TITULAR INVÁLIDO
- DÍGITO DO TÍTULAR INVÁLIDO
- DÍGITO DO TITULAR NÃO CONFERE
- QUANTIDADE DE DOCUMENTOS GUIA IGUAL A ZEROS OU INVÁLIDA
- VALOR DOS DOCUMENTOS INVÁLIDO
- PERCENTUAL MÚLTIPLO INVÁLIDO
- BENEFICIÁRIO SEM DIREITO A REEMBOLSO
- NÚMERO SEQUENCIAL INVÁLIDO
- VALOR APRESENTADO INVÁLIDO
- VALOR REEMBOLSO INVÁLIDO
- VALOR GLOSADO INVÁLIDO
- SERVIÇO COBRADO EM FORMULÁRIO IMPRÓPRIO
- GUIA NÃO DIGITADA
- OPÇÃO INVÁLIDA
- PRESTADOR NÃO CADASTRADO
- BENEFICIÁRIO NÃO CADASTRADO
- DATA DE ATENDIMENTO > DATA DE PROCESSAMENTO
- PRESTADOR INATIVO NA DATA DE REFERÊNCIA
- EMPRESA E CATEGORIA PRESTADOR INCOMPATÍVEIS
- FALTA CATEGORIA DO PRESTADOR PARA DATA REFERENCIA
- FALTA PERCENTUAL DIFERENCIADO DO PRESTADOR PARA CATEGORIA
- TABELA PRESTADOR NÃO DEFINIDA PARA DATA REFENCIA
- TABELA PRESTADOR NÃO DEFINIDA PARA DATA REFERENCIA

BENEFICIÁRIO INATIVO NA DATA DE REFERÊNCIA  
PLANO BENEFICIÁRIO - FALTA PARA DATA REFERENCIA  
EMPRESA NÃO CADASTRADA  
LOCAL - EMPRESA NÃO CADASTRADA  
PLANO NÃO CADASTRADO  
CODIGO DE "MOTIVO" INEXISTENTE OU EXCLUÍDO  
CÓDIGO DE "LIBERAÇÃO" INEXISTENTE  
DATA DE OPÇÃO > DATA DE PROCESSAMENTO  
CÓDIGO DE "LIBERAÇÃO" INVÁLIDO  
CÓDIGO DE "MOTIVO" INVÁLIDO  
NÚMERO DA GUIA INVÁLIDO  
DÍGITO DA GUIA INVÁLIDO  
CÓDIGO DE ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO INVÁLIDO  
DATA INVÁLIDA  
CÓDIGO DE EMPRESA INVÁLIDO  
ALTERAÇÃO NÃO PERMITIDA  
EXCLUSÃO NÃO PERMITIDA  
NÚMERO DE REFERÊNCIA INVÁLIDO  
DATA DE RECEBIMENTO > DATA DE PROCESSAMENTO  
TENTATIVA DE LIBERAÇÃO SEM NÍVEL SUFICIENTE  
PLANO NÃO CADASTRADO PARA DATA REFERENCIA  
BENEFICIARIO SEM SITUAÇÃO DEFINIDA NO PLANO PARA DATA REFERENCIA  
SERVIÇO NÃO CADASTRADO  
ERRO NA CODIFICAÇÃO DO PADRÃO NA TABELA PLANO  
SEXO PACIENTE INCOMPATÍVEL COM ADMITIDO PARA SERVIÇO  
SERVIÇO NÃO CONTRATADO PARA O PRESTADOR  
SERVIÇO EXIGE QUANTIDADE UNITÁRIA  
ROTINA PARA CÁLCULO DO SERVIÇO NÃO PREVISTA  
VALOR NÃO ACHADO NA TABELA  
SERVIÇO SEM QUANTIDADE  
% DE VARIAÇÃO DO PRESTADOR = ZERO E SERVIÇO EXIGE %  
NÃO EXISTE PLANO MÉDICO PARA ESTAS CONDIÇÕES  
ROTINA DE CÁLCULO ACUMULADO NO PLANO-MÉDICO NÃO PREVISTA  
EMPRESA NÃO CADASTRADA NA TABELA EMPRESAS  
NÃO HÁ DEFINIÇÃO DA ROTINA PARA PARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO  
CÓDIGO PADRÃO MONETARIO DIFERE ENTRE ESTA DATA E TABELA MOEDAS  
TOTAL DE ITENS IGUAL A ZERO  
CPF OU CNPJ INVÁLIDO  
DÍGITO DE CONTROLE DO CPF OU CNPJ INVÁLIDO  
CÓDIGO DE POSIÇÃO DO PRESTADOR INVÁLIDO  
CÓDIGO DE LOCAL DE ATENDIMENTO INVÁLIDO  
CÓDIGO DE TIPO DE ATENDIMENTO INVÁLIDO  
ASSINALAÇÃO DE EMERGÊNCIA INVÁLIDA  
FALTA ATUALIZAR A EMPRESA PARA O EXERCÍCIO ATUAL  
TITULAR INDIVIDUAL NÃO CADASTRADO  
TIPO DE REGISTRO INVÁLIDO

NÚMERO ANEXO DIFERENTE ZERO - REDIGITAR  
SEQUÊNCIA DE REGISTROS INVÁLIDA - REDIGITAR  
CÓDIGO DO PRESTADOR NÃO PREENCHIDO  
CÓDIGO DO PRESTADOR INVÁLIDO  
DATA DE ATENDIMENTO NÃO PREENCHIDA  
LOCAL DE PRESTAÇÃO NÃO PREENCHIDO  
LOCAL DE PRESTAÇÃO INVÁLIDO  
DATA DE ATENDIMENTO INVÁLIDA  
QUANTIDADE DE ITENS NÃO PREENCHIDA  
QUANTIDADE DE ITENS IGUAL A ZEROS OU INVÁLIDA  
GUIA NÃO CADASTRADA  
GUIA - TOTAL DE FORMULÁRIOS INCOMPATÍVEIS  
HORÁRIO ATENDIMENTO AMBULATORIAL – FALTA OU INVÁLIDO  
DATA INTERNAÇÃO – FALTA OU INVÁLIDA  
HORÁRIO INTERNAÇÃO – FALTA OU INVÁLIDO  
HORÁRIO DE ALTA – FALTA OU INVÁLIDO  
TIPO DE ALTA – FALTA OU INVÁLIDO  
CÓDIGO DE DIÁRIA NÃO PERMITIDO

**CRÍTICAS PRÓPRIAS DE GUIAS – CONTAS MEDICAS E HOSPITALARES**

ITEM FORA DE SEQUÊNCIA  
DADOS DO ITEM NÃO DIGITADOS - DESPREZADO  
CID NÃO PREENCHIDO  
CID INVÁLIDO  
CID NÃO CADASTRADO  
CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO NÃO PREENCHIDO  
CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO INVÁLIDO  
PERCENTUAL DE ACRÉSCIMO NÃO PREENCHIDO  
PERCENTUAL DE ACRÉSCIMO INVÁLIDO  
UNIDADE MONETÁRIA INEXISTENTE PARA DATA REFERENCIADA  
TITULAR NÃO CADASTRADO  
PLANO NÃO CADASTRADO NA DATA DE REFERÊNCIA  
REMUNERAÇÃO ESPECIAL DO PRESTADOR NÃO CADASTRADA  
TABELA NÃO CADASTRADA  
UNIDADE DE ACUMULAÇÃO INVÁLIDA  
ROTINA DE ACUMULAÇÃO INVÁLIDA  
REGISTRO DUPLICADO - DESPREZADO  
CONTA JÁ PROCESSADA  
QUANTIDADE ITENS COBRADOS DIFERE CONSISTENCIA  
SITUAÇÃO DO BENEFICIÁRIO INDEFINIDA NA DATA REFERÊNCIA  
BENEFICIÁRIO TRANSFERIDO NA DATA REFERÊNCIA  
INDICAR AUTORIZAÇÃO  
SERVIÇO DEVE SER COBRADO EM CONTA HOSPITALAR  
SERVIÇO COBRADO EM FORMULÁRIO IMPRÓPRIO  
NÃO EXISTE GUIA PARA A SOLICITAÇÃO  
PLANO SEM COBERTURA AMBULATORIO, VER ACIDENTE PESSOAL  
HORÁRIO DA CIRURGIA – FALTA OU INVÁLIDO

FATURA FECHADA OU NÃO CADASTRADA  
CÓDIGO DE AUTORIZAÇÃO DIFERENTE DE "S" OU "N"  
SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA DIFERENTE  
TIPO DE INTERNAÇÃO INVÁLIDO  
TIPO DE INTERNAÇÃO DIFERENTE  
SERVIÇO NÃO PERMITE VALOR EM ABERTO  
TIPO DE ATENDIMENTO DIFERENTE  
DATA DE INÍCIO ATENDIMENTO COBRANÇA NÃO INFORMADA  
DATA DE INÍCIO ATENDIMENTO COBRANÇA INVÁLIDA  
DATA INÍCIO ATENDIMENTO COBRANÇA < DATA DE ATENDIMENTO  
DATA FIM COBRANÇA < DATA INÍCIO COBRANÇA  
DATA FIM ATENDIMENTO COBRANÇA INVÁLIDA  
NÚMERO INVÁLIDO PARA CONTA HOSPITALAR - REDIGITAR  
CÓDIGO DE SERVIÇO NÃO INFORMADO  
INDICAÇÃO DE HORÁRIO EXTRAORDINÁRIO INVÁLIDA  
VALOR LIBERADO – FALTA OU INVÁLIDO  
POSIÇÃO DO PRESTADOR INCOMPATÍVEL COM SERVIÇO  
TIPO DE ATENDIMENTO INCOMPATÍVEL COM SERVIÇO  
MOTIVO DE ACRÉSCIMO OU DECRÉSCIMO INVÁLIDO  
UNIDADE INVÁLIDA PRESTADOR CONDIÇÕES ESPECIAIS  
UNIDADE INVÁLIDA REMUNERAÇÃO PRESTADORES ESPECIAIS  
NÚMERO DO ANEXO INVÁLIDO - REDIGITAR  
CÓDIGO DO PRESTADOR DIFERE DO INFORMADO NA GUIA  
DATA INVÁLIDA  
"CRM" INVÁLIDO  
CÓDIGO DO SERVIÇO PRINCIPAL INVÁLIDO  
FALTA CÓDIGO DE POSIÇÃO DO PRESTADOR  
CÓDIGO DE SERVIÇO INVÁLIDO  
FALTA QUANTIDADE DE EXECUÇÕES DO SERVIÇO  
CAMPO "DOCUMENTO ANEXO" INVÁLIDO  
DATA DA ALTA < DATA FIM PERÍODO DE COBRANÇA  
DATA DE CONTROLE NÃO DIGITADA  
DATA DE CONTROLE INVÁLIDA  
DATA DE CONTROLE < DATA DE RECEPÇÃO  
DATA DE CONTROLE > DATA DE PROCESSAMENTO  
DATA DE RECEPÇÃO NÃO DIGITADA  
DATA DE RECEPÇÃO INVÁLIDA  
DATA DE RECEPÇÃO < DATA DE EMISSÃO  
DATA DE EMISSÃO NÃO DIGITADA  
DATA DE EMISSÃO INVÁLIDA  
CÓDIGO DO EMITENTE INVÁLIDO  
INSPETORIA NÃO DIGITADA  
INSPETORIA DIGITADA INDEVIDAMENTE  
TIPO DE PERCENTUAL OU MÚLTIPLO INVÁLIDO  
TIPO DE PERCENTUAL OU MÚLTIPLO DIGITADO INDEVIDAMENTE  
DUPLICIDADE PARA ESTA SOLICITAÇÃO

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO NÃO DIGITADO  
VALOR DOS DOCUMENTOS NÃO DIGITADOS  
QUANTIDADE DE DOCUMENTOS NÃO DIGITADA  
NÚMERO ITEM EM BRANCO NÃO NUMÉRICO - REDIGITAR  
CÓDIGO REGISTRO FORA DO INTERVALO - REDIGITAR  
NÚMERO DA CONTA NÃO NUMÉRICO - REDIGITAR  
DÍGITO DA CONTA NÃO CONFERE - REDIGITAR  
LOCAL DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DIFERE  
NÚMERO DA CONTA NÃO PREENCHIDO - REDIGITAR  
VALOR INFORMADO > QUE CALCULADO + 25% - ANALISAR  
CONTA OU ANEXO SEM ITEM COBRADO - REDIGITAR  
UNIDADE DE PARTICIPAÇÃO POR EVENTO INVÁLIDA  
SERVIÇO SEM COBERTURA  
NÚMERO DA GUIA INVÁLIDO  
NÚMERO REFERÊNCIA (GUIA) INVÁLIDO - REAPRESENTAR  
CÓDIGO REGISTRO EM BRANCO NÃO NUMÉRICO - REDIGITAR  
DATA DE RECEPÇÃO (GUIA) < DATA DE ATENDIMENTO  
DATA DE RECORRÊNCIA INVÁLIDA  
UNIDADE MONETÁRIA INVÁLIDA  
QUANTIDADE DE DOCUMENTOS INFORMADA DIFERENTE - REDIGITAR  
GUIA SEM DOCUMENTO (S) - REAPRESENTAR  
DOCUMENTO JÁ CADASTRADO  
SERVIÇO NÃO EXIGE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA  
DÍGITO VERIFICADOR DO BENEFICIÁRIO FALTA OU INVÁLIDO  
JÁ EXISTE AUTORIZAÇÃO PARA O SERVIÇO NA DATA  
VALOR INFORMADO - FALTA OU INVÁLIDO  
DATA DE ALTA INVÁLIDA  
"CRM" DO PRESTADOR NÃO INFORMADO  
QUANTIDADE EXECUÇÕES DO SERVIÇO NÃO INFORMADA  
"CRM DO MÉDICO RESPONSÁVEL" INVÁLIDO  
CÓDIGO REGISTRO FORA DO INTERVALO - REDIGITAR  
MAIS DE UMA CIRURGIA NA MESMA CONTA  
PRESTADOR INCOMPATÍVEL  
CONTA COM TODOS ITENS REJEITADOS - REDIGITAR  
ITEM JÁ CADASTRADO  
CONTA JÁ PROCESSADA - LIBERADA  
CONTA JÁ PROCESSADA - DEVOLVIDA  
CONTA JÁ PROCESSADA - BLOQUEADA  
CONTA JÁ PROCESSADA - CRITICADA  
CONTA JÁ PROCESSADA - PAGA  
NÚMERO ITEM REPETIDO MESMA CONTA - VER SERVIÇO  
AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PARA OUTRO PRESTADOR  
DOCUMENTO NÃO CADASTRADO NA GUIA - REAPRESENTAR  
DATA DE PAGAMENTO INVÁLIDA  
QTDE. DOC INFORM DIFERE PROCESSADA - REDIGITAR CONTAS  
MAIS DE UMA CIRURGIA NA MESMA CONTA

## **BLOQUEIOS - CRITICAS**

SERVIÇO NÃO COBERTO PELO PLANO  
INFECTADO COM COBERTURA - ATENDIMENTO EM CARÊNCIA  
DOCUMENTO COM BLOQUEIO POR PRESTADOR  
DOCUMENTO COM BLOQUEIO POR BENEFICIÁRIO  
DATA DE ATENDIMENTO SUPERIOR A SEIS (6) MESES  
DOCUMENTO NÃO REGISTRADO NA GUIA  
BENEFICIÁRIO TRANSFERIDO  
LIMITE EXCEDIDO - PLANO SEM PARTICIPAÇÃO DO FUNCIONÁRIO  
SERVIÇOS COMPLEMENTARES - DOCUMENTO BLOQUEADO  
SERVIÇO BLOQUEADO  
SERVIÇO E PRESTADOR COM ESPECIALIDADE INCOMPATÍVEL  
PADRÃO DO PLANO INCOMPATÍVEL COM O PADRÃO DE ACOMODAÇÃO  
PADRÃO DO PLANO INCOMPATÍVEL COM PADRÃO CONTRATADO  
IDADE DO PACIENTE INCOMPATÍVEL COM A ADMITIDA PARA O SERVIÇO  
SERVIÇO NÃO LIBERADO PARA LOCAL DA PRESTAÇÃO  
QUANTIDADE MÁXIMA PERMITIDA PARA O SERVIÇO EXCEDIDA  
ITEM BLOQUEADO. EXIGE REQUISIÇÃO, RELATÓRIO OU LAUDO  
ITEM BLOQUEADO. EXIGE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA  
SERVIÇO EM DUPLICIDADE NO PERÍODO DE RECORRÊNCIA  
CONTA DE ATIVIDADE EMERGÊNCIA COM SERVIÇO FORA DE EMERGÊNCIA  
SERVIÇO COM CARÊNCIA  
DOCUMENTO BLOQUEADO AUDITORIA EXIGIDA  
QUANTIDADE DE DIÁRIAS SOLICITADAS, SUPERIOR A MÉDIA PARA O SERVIÇO  
ORÇAMENTO BLOQUEADO (SUSPENSO) PELO CONSULTOR  
SERVIÇO DE CONTA PARCELA INATIVO PARA DATA DE EXECUÇÃO  
PRESTADOR INATIVO NA DATA DE EXECUÇÃO  
BENEFICIÁRIO INATIVO NA DATA DE EXECUÇÃO  
DOCUMENTO BLOQUEADO PERÍCIA FINAL EXIGIDA  
PRESTADOR EXCLUSIVO INCOMPATÍVEL  
INFECTADO-PRÉ-EXISTENTE NÃO DECLARADA - SEM COBERTURA  
BENEFICIÁRIO TRANSFERIDO NA DATA DE EXECUÇÃO  
COBERTURA SÓ PARA TITULAR OU CONJUGE  
TOTAL DE HONORÁRIOS NÃO INFORMADO  
BLOQUEIO PARA ANÁLISE DE CONDIÇÕES ESPECIAIS  
QUANTIDADE DE SERVIÇOS > QUANTIDADE AUTORIZADA  
TOTAL INFORMADO DIFERENTE DO CALCULADO  
QUANTIDADE COBRADA EXCEDE PERÍODO EM COBRANÇA  
BENEFICIÁRIO BLOQUEADO PARA ANÁLISE  
TOTAL DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES NÃO INFORMADO  
FALTA "CRM" DO PRESTADOR  
PLANO SEM COBERTURA PARA INTERNAÇÃO  
POSIÇÃO DO PRESTADOR INCOMPATÍVEL COM SERVIÇO  
SERVIÇO NÃO PERMITE VALOR EM ABERTO  
CNPJ OU CPF - NÃO INFORMADO OU INVÁLIDO  
PERCENTUAL DE ACRÉSCIMO SEM JUSTIFICATIVA

USO IMPRÓPRIO DE FORMULÁRIO PERSONALIZADO  
VALOR LIBERADO MAIOR QUE O INFORMADO  
SEXO INCOMPATÍVEL COM SERVIÇO REALIZADO  
SERVIÇO EM DUPLICIDADE NA MESMA DATA  
"CRM DO MÉDICO RESPONSÁVEL" INVÁLIDO  
ITEM BLOQUEADO. SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA VÁLIDA  
SERVIÇO NÃO COBERTO PELO PLANO  
DATA DE VALIDADE SUPERIOR AO COMPROVANTE DE VALIDADE  
PACIENTE INTERNADO SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA  
LIMITE TÉCNICO EXCEDIDO  
SERVIÇO NÃO COMPORTA ANESTESIA  
ITEM EXIGE CÓDIGO DE SERVIÇO PRINCIPAL  
SERVIÇO EM CARÊNCIA - ALTERAÇÃO DE PLANO - VERIFICAR  
GUIA EMITIDA A MAIS DE TRÊS (3) MESES  
PRESTADOR DA AUTORIZAÇÃO DIFERENTE DA CONTA  
SERVIÇO EXECUTADO DIFERENTE DO AUTORIZADO  
MAIS DE UMA TOMOGRAFIA NA MESMA CONTA  
RETORNO CONSULTA - VERIFICAR JUSTIFICATIVA NO VERSO DO FORMULÁRIO  
VALOR INFORMADO EXCEDIDO  
SERVIÇO NÃO CADASTRADO PARA TIPO DE PRODUTO  
SERVIÇO EXIGE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA EXECUÇÃO  
CONSULTA MÉDICA APÓS ATO CIRÚRGICO - ANALISAR  
SERVIÇO COBRADO EM FORMULÁRIO IMPRÓPRIO  
VISITA HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO NÃO CLÍNICO  
CÓDIGO DO SERVIÇO PRINCIPAL NÃO INFORMADO  
SERVIÇO CIRÚRGICO PARA ATENDIMENTO CLÍNICO  
ITEM BLOQUEADO - CONTA COM DADOS INVÁLIDOS  
PRÉ-ANÁLISE - CÓDIGO DE BLOQUEIO INEXISTENTE  
PADRÃO INCOMPATÍVEL (PRESTADOR X SERVIÇO X PLANO)

#### **GLOSAS DE DOCUMENTOS**

BENEFICIÁRIO NÃO ELEGÍVEL - EXCLUÍDO ANTES DO ATENDIMENTO  
BENEFICIÁRIO NÃO ELEGÍVEL - INCLUÍDO APÓS O ATENDIMENTO  
BENEFICIÁRIO NÃO ELEGÍVEL - PAGAMENTO DA MENSALIDADE EM ATRASO  
BENEFICIÁRIO NÃO ELEGÍVEL AO ATENDIMENTO - PAGAR TABELA  
BENEFICIÁRIO VINCULADO A OUTRO PLANO DE SAÚDE  
BENEFICIÁRIO NÃO LOCALIZADO - REVER CÓDIGO INFORMADO  
NOME E CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO INCOMPATÍVEIS  
PLANO DO BENEFICIÁRIO SEM COBERTURA PARA ATENDIMENTO DE AMBULATÓRIO  
NOME E OU CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO - INFORMAR  
CÓDIGO PRESTADOR INFORMADO EXCLUÍDO DO CADASTRO  
CÓDIGO DO PRESTADOR NÃO CONSTA EM NOSSO CADASTRO  
PRESTADOR NÃO AUTORIZADO PARA O ATENDIMENTO  
CONSULTA EM DUPLICIDADE SEM JUSTIFICATIVA  
CONSULTA MÉDICA DEVE SER PAGA PELO PACIENTE  
CONSULTA MÉDICA INCLUSA NOS HONORÁRIOS MÉDICOS DO PROCEDIMENTO  
CONSULTA-AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA - SEM COBERTURA

DUPLICIDADE DE CONSULTA - GLOSA MANTIDA  
PROCEDIMENTO INCLUSO NOS HONORÁRIOS MÉDICOS DA CONSULTA

#### **GLOSAS DE ITENS**

RETORNO DE CONSULTA - GLOSA MANTIDA  
RETORNO DE CONSULTA COBRADO SEM JUSTIFICATIVA  
CIRURGIA BILATERAL - PAGO 70% DO SEGUNDO ATENDIMENTO  
CIRURGIAS REALIZADAS POR MESMA VIA - PAGO 100/50%  
CIRURGIAS - VIA ACESSO DIFERENTE - PAGO 100/70%  
PRÉ-PÓS OPERATÓRIOS - INCLUSOS HONORÁRIOS MÉDICOS DA CIRURGIA  
CURATIVO INCLUSO NOS HONORÁRIOS MÉDICOS DO PROCEDIMENTO  
EQUIPE CIRURGIA - APRESENTAR COBRANÇA INDIVIDUAL PARA PROFISSIONAL  
HONORÁRIOS MÉDICOS INCLUSOS NOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PRINCIPAIS  
HONORÁRIOS MÉDICOS PAGOS CONFORME ACOMODAÇÃO UTILIZADA  
HONORÁRIOS MÉDICOS PAGOS CONFORME PADRÃO DO PLANO DO BENEFICIÁRIO  
POSIÇÃO DO MÉDICO NA CIRURGIA – INFORMAR OU RATIFICAR  
PROCEDIMENTO NÃO PREVE PARTICIPAÇÃO DE 1 ASSISTENTE  
PROCEDIMENTO NÃO PREVE PARTICIPAÇÃO DE 2 ASSISTENTES  
PROCEDIMENTO NÃO PREVE PARTICIPAÇÃO DE 3 ASSISTENTES  
PROCEDIMENTO NÃO PREVE PARTICIPAÇÃO DE ANESTESISTA  
PROCEDIMENTO NÃO PREVE PARTICIPAÇÃO DE INSTRUMENTADOR  
QUANTIDADE DE VISITAS INCOMPATÍVEL COM O PERÍODO DE INTERNAÇÃO  
TIPO DE PARTO - NORMAL OU CIRÚRGICO - INFORMAR  
ECG CONCOMITANTE A TESTE ERGOMÉTRICO - COBRANÇA INDEVIDA  
ECOCARDIOGRAMA UNI INCLUSO NO ECO BI-DOPLER  
EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO - ENVIAR CÓPIA RESULTADO  
EXAME BACTERIOSCÓPICO INCLUSO NAS CULTURAS GERAL  
FILME RADIOLÓGICO PAGO CONFORME TABELA CONTRATADA  
LÂMINAS DE ANÁTOMO PATOLÓGICO - JUSTIFICAR COBRANÇA EXCESSIVA  
TOMOGRÁFIAS - PAGO 100/70% ... 50%  
USG PÉLVICA + USG ABDOMEN TOTAL - COBRANÇA INDEVIDA  
DUPLICIDADE DE COBRANÇA COM CÓDIGO UNIFICADO

#### **DEVOLUÇÕES DE DOCUMENTOS**

CODIFICAR PROCEDIMENTOS CONFORME TABELA  
CÓDIGO DO PRESTADOR INCOMPATÍVEL COM A DESCRIÇÃO  
IDADE DO PACIENTE INCOMPATÍVEL COM O PROCEDIMENTO  
PERCURSO E OU KM DA REMOÇÃO - INFORMAR  
PORTE ANESTÉSICO COBRADO INCOMPATÍVEL COM O PROCEDIMENTO  
PROCEDIMENTO APRESENTADO JÁ PAGO ANTERIORMENTE  
PROCEDIMENTO COBRADO EM DUPLICIDADE SEM JUSTIFICATIVA  
PROCEDIMENTO COBRADO NÃO CONSTA NA TABELA CONTRATADA  
PROCEDIMENTO NÃO CONSTA NA TABELA  
PROCEDIMENTO NÃO JUSTIFICA REMOÇÃO POR AMBULÂNCIA  
PROCEDIMENTO NÃO REALIZADO - COBRANÇA INDEVIDA  
PROCEDIMENTO PAGO QUANTIDADE 001  
PROCEDIMENTO PAGO CONFORME CONTRATADO  
PROCEDIMENTO PERMITIDO SOMENTE A NÍVEL AMBULATORIAL

PROCEDIMENTO PERMITIDO SOMENTE A NÍVEL DE PACIENTE INTERNADO  
PROCEDIMENTO REEXECUTADO SEM JUSTIFICATIVA  
SEXO DO PACIENTE INCOMPATÍVEL COM O PROCEDIMENTO  
PROCEDIMENTO COBRADO NÃO CORRESPONDE AO REALIZADO  
COBRANÇA DIVERGE DO PRONTUÁRIO - VIDE JUSTIFICATIVA DE GLOSAS  
DIÁRIAS - QUANTIDADE INCOMPATÍVEL COM O PERÍODO INTERNADO  
DIÁRIAS E TAXAS NÃO CONTRATADAS  
DIÁRIAS E TAXAS PAGAS CONFORME PLANO DO PACIENTE  
QUANTIDADE DE DIÁRIAS INCOMPATÍVEL COM O PROCEDIMENTO  
SALA CIRÚRGICA INCOMPATÍVEL COM PORTE ANESTÉSICO DO PROCEDIMENTO  
SERVIÇO INCLUSO NA DIÁRIA  
SERVIÇO INCLUSO NA TAXA DE SALA  
TAXA ADICIONAL DE URGÊNCIA COBRADA SEM JUSTIFICATIVA  
TAXA ADMINISTRATIVA - COBRANÇA INDEVIDA  
TAXA DE SALA INCLUSA NOS HONORÁRIOS MÉDICOS DO CURATIVO  
DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - SEM COBERTURA PELO PLANO  
DOENÇA PRÉ-EXISTENTE - SEM COBERTURA PELO PLANO  
HEMODIÁLISE PACIENTE CRÔNICO - SEM COBERTURA  
PROCEDIMENTO NA CARÊNCIA, A VENCER  
PROCEDIMENTO SEM COBERTURA PELO PLANO DO BENEFICIÁRIO  
TRATAMENTO NÃO COBERTO PARA EMPRESA DO BENEFICIÁRIO  
PRÓTESE, ÓRTESE, APARELHO ORTOPÉDICO - SEM COBERTURA  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA O PROCEDIMENTO NEGADA  
PROCEDIMENTO PAGO CONFORME CÓDIGO AUTORIZADO  
PROCEDIMENTO REALIZADO POSTERIOR A VALIDADE AUTORIZADA  
PROCEDIMENTO REALIZADO SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA  
QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS COBRADOS MAIOR QUE A AUTORIZADA  
ASSINATURA CARBONADA OU REPASSADA - SEM VALIDADE  
ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL - PROVIDENCIAR  
ASSINATURA OU CARIMBO COM NOME, CRM E CPF - PROVIDENCIAR  
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL - INFORMAR  
CONTROLE DE SESSÕES DE TERAPIAS - ENVIAR  
CRM DO MÉDICO REQUISITANTE (SADT) INFORMAR  
NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL - INFORMAR  
DATA DE ATENDIMENTO NÃO INFORMADA OU INVÁLIDA  
DATAS DE REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS - INFORMAR  
DIAGNÓSTICO OU TRATAMENTO REALIZADO OU CID - INFORMAR  
ERRO DE CÁLCULO NA SOMA NO ITEM OU CONTA - CORRIGIR  
FORMULÁRIO DE COBRANÇA PREENCHIDO INCORRETAMENTE  
LAUDO MÉDICO - ENVIAR  
NOME E OU CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - INFORMAR  
PERÍODO DE ATENDIMENTO DA INTERNAÇÃO – INFORMAR OU RATIFICAR  
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E TRATAMENTO - ENVIAR  
RELATÓRIO MÉDICO CONSULTOR OU ESPECIALISTA - ENVIAR  
REQUISIÇÃO MÉDICA PARA DIAGNOSE E TERAPIA - ENVIAR  
SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA, LOCAL E TIPO DE ATENDIMENTO - INFORMAR

VALOR DO PROCEDIMENTO - FALTA OU INVÁLIDO  
VALOR E OU QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS - INFORMAR  
COMPLEMENTO POR ALTERAÇÃO PLANO DO BENEFICIÁRIO  
COMPLEMENTO POR AUDITORIA DO INSPETOR TÉCNICO  
COMPLEMENTO POR AUTORIZAÇÃO ESPECIAL DO CLIENTE  
COMPLEMENTO POR CORREÇÃO MONETÁRIA DE VALORES  
COMPLEMENTO POR DIFERENÇA DE ACOMODAÇÃO – ENFERMARIA X APARTAMENTO  
COMPLEMENTO POR ERRO DE CADASTRAMENTO DE TABELA  
COMPLEMENTO POR ERRO DE DIGITAÇÃO DO PROCEDIMENTO - VER NOVA CONTA  
COMPLEMENTO POR ERRO DE DIGITAÇÃO DATA ATENDIMENTO  
COMPLEMENTO POR ERRO DE DIGITAÇÃO NO VALOR OU QUANTIDADE COBRADA  
COMPLEMENTO POR ERRO DE PREENCHIMENTO NO FORMULÁRIO DE COBRANÇA  
COMPLEMENTO POR GLOSA EFETUADA INDEVIDAMENTE  
COMPLEMENTO PARA PROCEDIMENTO COM JUSTIFICATIVA ATRAVÉS DE RELATÓRIO  
COMPLEMENTO REFERENTE A 30% DO DIA HORARIO EXTRAORDINARIO  
ESTORNO DE PAGAMENTO EFETUADO INDEVIDAMENTE  
ESTORNO POR AUDITORIA TÉCNICA - VER JUSTIFICATIVA DE GLOSA  
ESTORNO POR COBRANÇA EM DUPLICIDADE  
ESTORNO POR CONTA PERTENCER A OUTRO PRESTADOR  
ESTORNO POR ERRO DE DIGITAÇÃO DE VALOR OU QUANTIDADE  
ESTORNO POR ERRO DE DIGITAÇÃO NO PROCEDIMENTO - VER NOVA CONTA  
ESTORNO PARA POSIÇÃO PRESTADOR INFORMADA INCORRETAMENTE  
ESTORNO POR PROCEDIMENTO NÃO CONFIRMADO PARA O PACIENTE  
CONTA ENVIADA NÃO REGISTRADA NO ELETRONICO  
CONTA REGISTRADA NÃO ENVIADA  
DATAS ATENDIMENTOS SUPERIORES A PROCESSAMENTO  
BENEFICIÁRIO SEM DIREITO A REEMBOLSO  
CARIMBO DE RECEBIMENTO NA NOTA FISCAL - PROVIDENCIAR  
CNPJ OU CPF DO EXECUTANTE DO PROCEDIMENTO - INFORMAR NÚMERO  
DATA DO RECIBO SUPERIOR DA DATA DO PROCESSAMENTO  
FISIOTERAPIA - INFORMAR DIAGNÓSTICO E REGIÃO DO CORPO  
NOME E CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO NA SR INCOMPATÍVEIS  
NOME(S) DA(S) VACINA(S) - INFORMAR  
NOME, CRM E CPF DE CADA PROFISSIONAL - INFORMAR  
RECIBO COM RASURA OU ADULTERAÇÃO - SEM VALIDADE  
RECIBO CORRESPONDENTE ORIGINAL - ENVIAR  
RECIBO DEVE SER NOMINAL AO PACIENTE  
VALOR INCOMPATÍVEL COM SOMA DOS DOCUMENTOS  
VALOR NUMÉRICO INCOMPATÍVEL COM VALOR POR EXTENSÃO  
VALORES DO RECIBO INCOMPATÍVEL COM ORÇAMENTO - JUSTIFICAR  
ÁREA DO PROCESSAMENTO NÃO ESPECIFICADA  
VALOR TOTAL DO TRATAMENTO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO - INFORMAR  
CONTA INCLUÍDA NA FATURA E NÃO ENVIADA  
CONTA EM PROCESSAMENTO  
DESCONTO CONTRATADO NÃO DEDUZIDO DO FATURAMENTO  
GLOSADO CONFORME PARECER DO INSPETOR TÉCNICO

ISS E TAXA ADMINISTRATIVA - VALOR ALTERADO EM RAZÃO DE GLOSAS  
PAGO CONFORME REQUISIÇÃO MÉDICA E DESCRIÇÃO  
PAGO CONFORME CH VIGENTE NA DATA DO ATENDIMENTO  
PROCEDIMENTO CANCELADO POR SOLICITAÇÃO DO PRESTADOR  
VALOR CALCULADO DIFERE DO INFORMADO - RECALCULAR  
VALOR COBRADO A MENOR - PAGAMENTO CONFORME CALCULADO  
VIDE COMUNICAÇÃO ANEXA  
VIDE JUSTIFICATIVA DE GLOSAS  
EXCEDIDO LIMITE AUTORIZADO OU CONTRATADO  
MATERIAIS CIRÚRGICOS NÃO COBERTOS PELO PLANO  
PROCEDIMENTO - CODIFICAR CONFORME TABELA HONORÁRIOS MÉDICOS  
CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA - ENVIAR  
PROCEDIMENTO COBRADO EM DUPLICIDADE NA CONTA  
PROCEDIMENTO JÁ EXECUTADO E COBRADO EM OUTRA CONTA  
CONTA EM ANÁLISE INSPETORIA  
SERVIÇO NÃO CONTRATADO PARA O PRESTADOR  
PAGO CONFORME CONDIÇÃO ESPECIAL CONTRATADA

#### **GLOSAS A NÍVEL DE ITEM**

TAXA DE SALA CIRÚRGICA INCOMPATÍVEL PORTE ANESTESIA  
AUTORIZAÇÃO ISOLAMENTO DOENÇA CONTAGIOSA  
AUTORIZAÇÃO PEDIATRIA  
AUTORIZAÇÃO PLÁSTICA REPARADORA  
AUTORIZAÇÃO ACIDENTES PESSOAIS  
AUTORIZAÇÃO DECISÃO CONSULTORIA  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA PROCEDIMENTO SEM COBERTURA  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA PAGTO EM ATRASO  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA PROCEDIMENTO COM CONOTAÇÃO ESTÉTICA  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA PROCEDIMENTO SEM COBERTURA PARA O SEXO  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA BENEFICIÁRIO EXCLUÍDO DO PLANO  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA PROCED SEM COBERTURA PARA IDADE  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA CARÊNCIA NÃO CUMPRIDA  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA LIMITE UTILIZAÇÃO EXCEDIDO  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA DOENÇA PRÉ-EXISTENTE  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA PRESTADOR FORA ESPECIALIDADE  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA SEM JUSTIFICATIVA CLÍNICA  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA PROCEDIMENTO NÃO CONSAGRADO  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA SOLICITAÇÃO FORA DO PRAZO  
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NEGADA DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA  
EXCEDIDO LIMITE AUTORIZADO PELA EMPRESA  
SERVIÇO REALIZADO EM CONDIÇÕES ESPECIAIS  
CONTA PAGA SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA CADASTRADA  
PAGAMENTO ASSUMIDO PELA EMPRESA  
DOCUMENTO COM GLOSA TOTAL NÃO CABE GLOSA PARCIAL  
DOCUMENTO INCONSISTENTE: DEVOLVIDO E COM GLOSA PARCIAL  
DOCUMENTO COM LIBERAÇÃO ASSUMIDA E GLOSA TOTAL OU DEVOLUÇÃO

MAIS DE UMA LIBERAÇÃO ASSUMIDA NO DOCUMENTO  
ITEM COM GLOSA TOTAL NÃO CABE GLOSA PARCIAL  
LIBERAÇÃO ASSUMIDA PARA DOCUMENTO E ITEM  
ITEM COM LIBERAÇÃO ASSUMIDA E GLOSA TOTAL  
ITEM E DOCUMENTO AMBOS COM LIBERAÇÃO ASSUMIDA  
ITEM COM MAIS DE UMA LIBERAÇÃO ASSUMIDA  
ITEM COM GLOSA TOTAL E LIBERAÇÃO ASSUMIDA

### **Critérios de Análise:**

Cada Motivo está relacionado a uma Origem – Consistência ou Crítica de Análise Sistêmica ou Técnica, assim a padronização da Tabela para efeitos de glosas nas contas dos prestadores, que devem ser sempre anotadas ou lançadas em sistema nas contas, evitando divergências de informações para o mesmo motivo:

	Abreviação Visual
▪ Devolução total do documento;	DEV
▪ Glosa Parcial do Item;	GLP
▪ Glosa Total do Item;	GLT
▪ Liberação do Item;	LIB

## ***Glossário***

<b><i>Abrasão Química</i></b>	Aplicação de produtos químicos sobre tecidos superficiais.
<b><i>Acidente Pessoal</i></b>	É o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizada, causador de lesão física que por si só, independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação ou tratamento ambulatorial.
<b><i>Adesão</i></b>	Ato de aderir ao plano após aceitação da proposta.
<b><i>Aditamento</i></b>	Complemento do contrato aditivo.
<b><i>Alergologia</i></b>	Avalia e trata de Doenças alérgicas causadas pelo contato com substâncias às quais o paciente é hipersensível, a produtos químicos, vegetais animais e outros. Crianças o tratamento procede até 12 anos.
<b><i>Alteração somática</i></b>	Alteração física do organismo ou alteração da esfera orgânica.
<b><i>AMB</i></b>	Associação Médica Brasileira.
<b><i>Ambulatório</i></b>	É o local onde se atende consultas ou procedimentos simples como por exemplo: Exames, pequenas cirurgias, curativos, inalações.
<b><i>ANS</i></b>	Agência Nacional da Saúde - Ministério da Saúde.
<b><i>Anatomia Patológica</i></b>	Análise de material retirado durante os atos cirúrgicos Exemplo: Biopsia, líquidos orgânicos.
<b><i>Anestesiologia</i></b>	Especialidade médica que trata da aplicação de anestésicos para fins cirúrgicos ou terapêuticos
<b><i>Angiografia</i></b>	Exame radiológico, com contraste para avaliar vasos (artérias e veias).
<b><i>Angiologia</i></b>	Diagnostica e trata de doenças de veias e vasos linfáticos, modalidade clínica.
<b><i>Anticoncepção</i></b>	Método para se evitar a gravidez.
<b><i>Apólice</i></b>	É o documento formal e legal, emitido pelas empresas do ramo Beneficiário que caracteriza a contratação do seguro e que é composto de Condições Gerais e Particulares do seguro e expressas na proposta de seguro assinada pelo Beneficiário.
<b><i>Aquisição de</i></b>	É o direito à utilização de serviços médicos-hospitalares,

<b><i>Direitos</i></b>	através de reembolso ou da rede credenciada, progressivamente, adquire de acordo com o tempo decorrido e o número de prêmios mensais pagos, após sua adesão ao plano. Também conhecido como Carência.
<b><i>Atendimento</i></b>	Dar atenção, acolher, receber com atenção e cortesia ao beneficiário ou credenciado, solucionar problemas, dúvidas.
<b><i>Ato Ilícito</i></b>	Ato contrário às leis e ou à moral. Exemplo: Suicídio.
<b><i>Audiometria</i></b>	Exame para medir o nível de audição.
<b><i>Auditoria</i></b>	Exercício da função pericial.
<b><i>Autólogo</i></b>	Do próprio organismo. Exemplo: Transplante autólogo o órgão transplantado é originário da própria pessoa (músculo ou pele).
<b><i>Autorização Prévia</i></b>	Autorização dos procedimentos antes de sua realização.
<b><i>Auto-Vacina</i></b>	Vacina feita de material do próprio organismo da pessoa.
<b><i>AVC</i></b>	Acidente Vascular Cerebral.
<b><i>AVI</i></b>	Acidente Vascular Isquêmico.
<b><i>BCP</i></b>	Broncopneumonia.
<b><i>Betaterapia</i></b>	Tipo de radioterapia para tratamento do câncer.
<b><i>Biópsia</i></b>	Procedimento cirúrgico que pode ser realizado em qualquer região do corpo e que consiste na retirada de material para análise em laboratório.
<b><i>Brasíndice</i></b>	Tabela de preços de medicamentos e materiais preço de fábrica e preços máximos de venda ao consumidor.
<b><i>CA</i></b>	Câncer.
<b><i>Cardiologia</i></b>	Efetua o diagnóstico e tratamento das doenças do coração bem como suas funções.
<b><i>Cardiotocografia</i></b>	Exame que avalia através de registro gráfico o bem-estar do feto dentro do útero quando de gestação de risco. (Exemplo: diabete, hipertensão e gestação prolongada).
<b><i>Carência</i></b>	O mesmo que Aquisição de Direitos.
<b><i>Cateter</i></b>	Tubo fino e comprido para ser introduzido no vaso sanguíneo.

<b><i>Cateterismo</i></b>	É a introdução de um cateter em um vaso sanguíneo (veia ou Artéria) para a realização de exame ou aplicação de medicamento.
<b><i>Cefaléia</i></b>	Dor de Cabeça.
<b><i>Ceratotomia</i></b>	Cirurgia para correção da Miopia.
<b><i>CH</i></b>	Coefficiente de Honorário Médico. É a unidade de valor utilizada pela AMB que quantifica cada procedimento médico para efeito de remuneração.
<b><i>Check-Up</i></b>	Avaliação clinico-laboratorial de uma pessoa sem doença aparente, através de uma grande quantidade de exames que são executados em curtíssimo espaço de tempo. Não coberto pelo Plano, é considerado eletivo e tem função preventiva.
<b><i>CID</i></b>	Classificação Internacional de Doenças.
<b><i>Cinecoronario grafia</i></b>	Exame radiológico com contraste que avalia as veias e as artérias do coração.
<b><i>Cintilografia</i></b>	Exame gráfico que utiliza material radioativo para avaliar qualquer parte do corpo.
<b><i>Cirurgia Buco-Maxilo-Facial</i></b>	Visa a correção cirúrgica de alterações funcionais da face maxila e mandíbula.
<b><i>Cirurgia Cardíaca e Cardiovascular</i></b>	Visa a correção cirúrgica de anomalias do coração aorta e outros vasos.
<b><i>Cirurgia da cabeça e pescoço</i></b>	Procede ao diagnóstico e tratamento cirúrgico de órgãos da cabeça e pescoço.
<b><i>Cisto</i></b>	Tumor formado por substancia sólida ou líquida.
<b><i>Colescistotripsia</i></b>	Método de explosão de pedra na vesícula, através de ondas de som.
<b><i>Colonoscopia</i></b>	Exame endoscópio do cólon - intestino grosso.
<b><i>Congênita</i></b>	Doença de lesão ou característica que se adquire durante a gravidez.
<b><i>Contraste</i></b>	Substância injetada no corpo humano que permite visualizar, com destaque a parte do corpo em análise por parte do médico. Usado com frequência nos diversos tipos de radiografias.

<b><i>CT</i></b>	Tomografia Computadorizada.
<b><i>CTI</i></b>	Centro de Terapia Intensiva, setor do hospital para tratamento e acompanhamento de pacientes em estado grave e que exigem cuidados constantes, e que possui equipamentos técnicos sofisticados.
<b><i>Densitometria</i></b>	Método radiológico para avaliação óssea (captação pelo tecido ósseo).
<b><i>Densitometria Óssea</i></b>	É um exame computadorizado que através da análise da emissão de calor pelo esqueleto, avalia o mecanismo de deposição de cálcio e suas repercussões no metabolismo dos ossos.
<b><i>Dermolipectomia</i></b>	Retirada de excessos de gordura do corpo.
<b><i>Diabetes Mellitus</i></b>	Doença que aumenta o açúcar no sangue.
<b><i>Diálise</i></b>	Método de tratamento para filtração, limpeza do rim em casos de insuficiência renal.
<b><i>Disfonia</i></b>	Alteração da Voz.
<b><i>Dispepsia</i></b>	Má digestão, difícil de digerir.
<b><i>Displasia Mamaria</i></b>	Alteração na estrutura do tecido mamário podendo ser ou não uma doença.
<b><i>Distrofia</i></b>	Vício de Nutrição de algum órgão.
<b><i>DMD</i></b>	Diabete Mellitos Descompensada.
<b><i>DNV</i></b>	Distúrbio Neuro Vegetativo.
<b><i>DPOC</i></b>	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
<b><i>EAP</i></b>	Edema Agudo do Pulmão.
<b><i>ECG</i></b>	Eletrocardiograma.
<b><i>EEG</i></b>	Eletroencefalograma, estudo do registro gráfico das ondas cerebrais.
<b><i>Eletroneuromiografia</i></b>	Estimulação elétrica que avalia a função muscular através de registro gráficos.
<b><i>Embrocação</i></b>	Medicamento liquido para aplicar na pele por fricção.
<b><i>Endemia</i></b>	Doença que existe constantemente em determinado lugar e ataca um número maior ou menos de pessoas Exemplo:

	Malária.
<i>Endoscopia</i>	Exploração visual das cavidades profundas do organismo.
<i>Enema</i>	Introdução de líquidos no reto para fins terapêuticos.
<i>Enfizema</i>	Mancha roxa resultantes do extravasamento de sangue na superfície do tecido subcutâneo.
<i>Enteralgia</i>	Dor Intestinal.
<i>Epistaxe</i>	Hemorragia nasal.
<i>Erução</i>	Emissão de gases pela boca (arroto).
<i>Esclerose</i>	Endurecimento anormal dos tecidos.
<i>Espasmo</i>	Contração muscular súbita e violenta.
<i>Esputo</i>	Saliva.
<i>Estenose</i>	Estreitamento do tubo canal ou orifício.
<i>Estudo Hemodinamico</i>	Exame radiológico que visa avaliar o coração e seus vasos.
<i>Ética Médica</i>	Conjunto de regras que regem o comportamento profissional dos médicos.
<i>Etilismo</i>	Alcoolismo.
<i>Eugônia</i>	Meios para melhorar as condições físicas do homem.
<i>Eupneia</i>	Respiração fácil e normal.
<i>Excisão</i>	Ato de cortar, ablação do órgão ou parte.
<i>Ex. de Pleóptica</i>	Exercício para a musculatura do globo ocular.
<i>Exérese</i>	Extração de um órgão de parte de um órgão sem valia para o organismo.
<i>Faixa Etária</i>	Idade em que se encontra o beneficiário.
<i>Fimose</i>	Estreitamento da pele que recobre a glândula do pênis.
<i>Fisioterapia</i>	Tratamento de doenças deficiências ou lesões, através de exercícios físicos.
<i>Fissura</i>	Fenda superficial fisiológica ou patológica.

<b><i>Fístula</i></b>	Conduto patológico em regra proveniente por ulceração.
<b><i>Flebite</i></b>	Inflamação das veias.
<b><i>Fonoaudiologia</i></b>	Especialidade que trata de distúrbios da fala e deglutição. Estes profissionais não são formados em medicina.
<b><i>Fotofobia</i></b>	Febre por luz.
<b><i>Freio Peniano</i></b>	Pele que liga a glândula do corpo do pênis.
<b><i>Gálio</i></b>	Material radioativo utilizado pela medicina em exames ou tratamento.
<b><i>Gangrena</i></b>	Morte do local do tecido ou órgão.
<b><i>GECA</i></b>	Gastroenterocolite Aguda (diarreia).
<b><i>Genética</i></b>	Ciência que estuda os elementos formadores (Gens) das características dos seres humanos.
<b><i>Geriatrics</i></b>	Acompanhamento e tratamento do idoso e de suas doenças.
<b><i>Glosa</i></b>	Cobrança efetuada pelo prestador não paga, total ou parcialmente.
<b><i>Gravidez Ectópica</i></b>	Gravidez fora do útero.
<b><i>HAS</i></b>	Hipertensão Arterial Severa.
<b><i>HDA</i></b>	Hemorragia Digestiva Alta.
<b><i>Hematoma</i></b>	Acumulo de sangue em tecido, normalmente por traumatismo.
<b><i>Hematúria</i></b>	Sangue na Urina.
<b><i>Hemodiálise</i></b>	Purificação, limpeza e filtração do sangue.
<b><i>Hemoterapia</i></b>	Serviços de processamento e de transfusão de sangue.
<b><i>Hérnia Inguinal</i></b>	Hérnia na virilha.
<b><i>Hipertemia</i></b>	Aumento da temperatura do corpo. Febre.
<b><i>Hipotermia</i></b>	Diminuição da temperatura do corpo.
<b><i>Hipoxia</i></b>	Baixa taxa de oxigênio no ar inspirado.

<b><i>HTA</i></b>	Histerectomia Total Abdominal.
<b><i>IAM</i></b>	Infarto Agudo do Miocárdio.
<b><i>ICO</i></b>	Insuficiência Coronariana.
<b><i>Inadimplência</i></b>	Falta de pagamento, parcelas em atraso, em relação à data prevista para o pagamento.
<b><i>Inapetência</i></b>	Falta de Appetite.
<b><i>Infertilidade</i></b>	Dificuldade em procriar, reproduzir.
<b><i>Isquemia</i></b>	Falta de circulação arterial num órgão ou parte do corpo.
<b><i>ITU</i></b>	Infecção do Trato Urinário.
<b><i>IVAS</i></b>	Infecção das vias aéreas Superiores.
<b><i>Laparoscopia</i></b>	Método especial para diagnóstico e ou tratamento de doenças, sem a necessidade de grandes incisões (cortes) no paciente.
<b><i>Laparotomia</i></b>	Abertura da cavidade abdominal pelo flanco.
<b><i>Laudo Médico</i></b>	Documento médico em que o responsável pelo paciente escreve os dados, de interesse específico sobre o mesmo em análise.
<b><i>Litíase Renal</i></b>	Formação de cálculo no interior dos rins.
<b><i>Litotripsia</i></b>	Técnica que através de ondas de choque permite o fracionamento de cálculos do aparelho urinário.
<b><i>Lues</i></b>	Sífilis, doença venérea.
<b><i>Mialgia</i></b>	Dor muscular.
<b><i>Narcole</i></b>	Perda da consciência.
<b><i>Necropsia</i></b>	Estudo anátomo patológico de um cadáver.
<b><i>Neonatologia</i></b>	Especialidade médica que trata de recém-nascido.
<b><i>Nictúria</i></b>	Urinar a noite.
<b><i>NPP</i></b>	Nutrição Parenteral Prolongada.
<b><i>OMA</i></b>	Otite média aguda.
<b><i>Oncologia</i></b>	Especialidade médica que trata de tumores – câncer.

<b><i>Órtese</i></b>	Considera-se na prática qualquer aparelho que auxilia ou complementa uma função natural.
<b><i>Órtese Externa</i></b>	É um aparelho acoplado ao exterior do organismo, sem a necessidade de ato cirúrgico. Exemplo: muleta, óculos, aparelho de audição, palmilhas.
<b><i>Órtese Interna</i></b>	É um aparelho, dispositivo, peça colocada no interior do organismo por via endoscópica ou cirúrgica. Exemplo: Marca-passo definitivo, cateter Stent, Duplo J.
<b><i>Oxigenoterapia Hiperbárica</i></b>	Terapia por tratamento com oxigênio em pressões atmosféricas elevadas.
<b><i>PA</i></b>	Pressão Arterial.
<b><i>Parafimose</i></b>	Complicação da fimose.
<b><i>PCR</i></b>	Parada Cardio-Respiratória - Ver também exame laboratorial.
<b><i>Perfusionista</i></b>	Responsável pelo tratamento de perfusão (passagem de líquidos através de órgãos).
<b><i>Pleóptica</i></b>	Recurso auxiliar de oftalmologia, que permite diagnosticar e tratar distúrbios da visão por exercícios.
<b><i>PME</i></b>	Denominação de contratos de mini grupos - Pequena e Média Empresa.
<b><i>PN</i></b>	Pré-Natal ou Pneumonia.
<b><i>PNC</i></b>	Pielonefrite Crônica.
<b><i>Polidipsia</i></b>	Sede excessiva.
<b><i>Polissonografia</i></b>	Tipo de eletroencefalograma com tempo de duração prolongado realizado enquanto a pessoa dorme.
<b><i>Postectomia</i></b>	Tratamento cirúrgico da fimose, postites de repetição, lesão de peles prejudiciais.
<b><i>Pústula</i></b>	Vesícula cheia de pus.
<b><i>PP</i></b>	Personalidade Psicopática Psiquiátrica.
<b><i>PQ</i></b>	Psiquiatria.
<b><i>Prandial</i></b>	Remédio que deve ser ministrado com as refeições.
<b><i>Pré-Existentes</i></b>	Doença ou lesão que existe antes do ingresso no plano.

<b><i>Prenhez</i></b>	Gravidez.
<b><i>Proctologia</i></b>	Especialidade médica que trata das doenças do anus e do reto.
<b><i>Prolapso</i></b>	Queda de um órgão ou parte dele.
<b><i>Prostaton</i></b>	Tratamento de doenças da próstata, através de calor.
<b><i>Prótese</i></b>	É o substituto artificial da função de uma parte do corpo, que pode ter sido perdida acidentalmente (exemplo: perna, braço), retirada cirurgicamente, ou permanecer no corpo sem função.
<b><i>Prótese Externa</i></b>	É adaptada ao exterior do organismo, sem necessidade de ato cirúrgico para sua implantação (prótese de braço e perna).
<b><i>Prótese Interna</i></b>	É colocada no interior do organismo, por via endoscópica ou cirúrgica (exemplo: prótese de articulação de joelho ou quadril, válvula cardíaca, lente intraocular, prótese vascular).
<b><i>Prova de Função Pulmonar</i></b>	Exame destinado à avaliação da capacidade dos pulmões.
<b><i>Prurido</i></b>	Comichão, coceira.
<b><i>Psicanálise</i></b>	Método de tratamento das desordens, distúrbios mentais e ou emocionais.
<b><i>Psicologia</i></b>	Estudo e tratamento do comportamento do ser humano.
<b><i>Psiquiatria</i></b>	Especialidade médica que trata das doenças mentais e do comportamento.
<b><i>PTC</i></b>	Pé torto congênito.
<b><i>Punção</i></b>	Método terapêutico, diagnóstico que envolve uma agulha para obtenção ou infusão de determinado material ou medicamento, retirada de líquidos.
<b><i>PVC</i></b>	Pressão Venosa Central.
<b><i>Qualidade</i></b>	É tudo aquilo que atende as necessidades do cliente.
<b><i>Queloides</i></b>	Excesso de tecido conjuntivo na cicatriz que fica exuberante.
<b><i>Quimioterapia</i></b>	Terapia de tumores através do uso de drogas químicas.
<b><i>RCP</i></b>	Reanimação Cardio Pulmonar.

<b><i>RCU</i></b>	Retro Colite Ulcerativa.
<b><i>Recidiva</i></b>	Volta da doença após melhora.
<b><i>Regurgitação</i></b>	Vomitar.
<b><i>Ressonância</i></b>	Diagnostica doenças pela emissão de ondas magnéticas que através de um sistema de computação permite a formação de imagens de órgãos e estruturas do corpo humano.
<b><i>Revascularização</i></b>	Ato cirúrgico de se restaurar o fluxo sanguíneo para uma parte específica do corpo.
<b><i>RPA</i></b>	Recuperação Pós Anestésica.
<b><i>SADT</i></b>	Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia.
<b><i>Seguro</i></b>	Contrato bilateral, de boa fé em que uma das partes se obriga a indenizar a outra mediante cobrança de prêmio, em caso de prejuízo eventual.
<b><i>SIDA</i></b>	AIDS.
<b><i>Síntese</i></b>	É a união de um órgão ou estrutura através de materiais a fim de recompô-lo (placas metálicas, fios, parafusos).
<b><i>SNFMP</i></b>	Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.
<b><i>SUSEP</i></b>	Superintendência dos Seguros Privados - órgão oficial que regulamenta e fiscaliza as atividades do ramo de seguro no país.
<b><i>SVA</i></b>	Suporte Viral Avançado.
<b><i>TA</i></b>	Tensão Arterial.
<b><i>Tálio</i></b>	Material Radioativo utilizado pela medicina em exames ou tratamento.
<b><i>TB ou TBC</i></b>	Tuberculose.
<b><i>TCE</i></b>	Traumatismo Craniano Encefálico.
<b><i>Terapia Ocupacional</i></b>	Tratamento que envolve treino de atividades, para o restabelecimento de algumas doenças, através da ocupação das pessoas em atividades produtivas.
<b><i>Termex</i></b>	Tratamento de doenças da próstata com o uso de calor (Termoterapia).

<b><i>TPR</i></b>	Temperatura, Pulso e Respiração.
<b><i>TPV</i></b>	Trombose Vascular Profunda.
<b><i>Transplante</i></b>	É a transferência de um órgão ou parte dele.
<b><i>Tricotomia</i></b>	Raspagem pré-operatória dos pelos de uma região do corpo.
<b><i>TU</i></b>	Tumor.
<b><i>TVP</i></b>	Trombose venosa profunda.
<b><i>UGA</i></b>	Úlcera gastro duodenal.
<b><i>UGD</i></b>	Úlcera Gástrica Duodenal.
<b><i>UTI</i></b>	Unidade de Terapia Intensiva. O mesmo que CTI.
<b><i>Vacina Auto alérgica</i></b>	Vacina contra determinada alergia, produzida com material retirado, colhido do próprio paciente.
<b><i>Xeromamografia</i></b>	Exame através de métodos radiológicos, termográfico das mamas “xerox da mama”.

**Marco Antonio Salles** considero ser um visionário no segmento de saúde, sempre buscando novas alternativas para capacitar e facilitar os processos administrativos na área. Ao longo de minha carreira, desenvolvi vários projetos em Hospitais Públicos, Privados, Clínicas, Operadoras, Home Care, Tecnologia da Informação, Medicina Preventiva e Ocupacional, Equipamentos, Farmácia e Instituto de Saúde e Previdência. Em todas estas empresas procurei enfatizar a necessidade de conhecimento e inovação sempre, buscando a evolução dos profissionais.

Trabalhei 8 anos na Golden Cross, 11 anos na Sul América Saúde participando de pesquisas de desenvolvimento de tecnologias em saúde para melhoria de atendimento e controles de sinistros. Passagem pela Marítima Saúde e Qualicorp.

Em 1999, fundei a MSalles Relações Empresariais, empresa voltada para consultoria de gestão e tecnologia no segmento de saúde, sendo precursora do primeiro sistema de EDI para faturamento eletrônico e autorizador eletrônico (POS), utilizando interface inovadora (internet), implantando protocolos de padronização em um mercado fracionado.

Membro do grupo de profissionais atuante em liquidação de Operadoras de Planos de Saúde Suplementar pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, Comitê de Saúde da FIESP participando de mentorias especializadas, acumulando 35 anos de experiência no segmento.

Implantei metodologias de gestão em saúde e gerenciamento de crônicos utilizando conceitos de Screening, evoluindo mais tarde, em um projeto que compatibiliza o estado de saúde, bem-estar e ações de atendimento e tratamentos, base de conhecimento na ciência do comportamento onde idealizei a solução Virtual Care (2013) com foco no acompanhamento do estado de saúde e idosos, predizendo uma possível doença.

