



Manual do credenciado

Maio / 2023

ANS - nº 41754-8

MANUAL DO CREDENCIADO FIOSAÚDE

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 – OBJETIVO DO MANUAL

2 – ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO E DIVULGAÇÃO DE ESPECIALIDADE

2.1 - ALTERAÇÃO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS

2.2 - ALTERAÇÃO DE ESPECIALIDADE

2.3 - DIVULGAÇÃO DE ESPECIALIDADE

3 – ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

3.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

3.2 - IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

3.3 - AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DO ATENDIMENTO (SENHA)

3.4 - EXECUÇÃO DE CONSULTAS

3.5 - EXECUÇÃO DE EXAMES, SERVIÇOS E TRATAMENTOS AMBULATORIAIS

3.6 - EXECUÇÃO DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS

3.7 - EXECUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES (CLÍNICOS E CIRÚRGICOS)

3.8 - EXECUÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

3.9 - PRÓTESES CIRÚRGICAS

3.10 - EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE REMOÇÃO

3.11 - SERVIÇOS NÃO COBERTOS Pela FioSaúde

3.12 - REGISTRO DO ATENDIMENTO

3.13 - SUPERVISÃO MÉDICA

4 - COBRANÇA/FATURAMENTO

4.1 - ENCAMINHAMENTO DA COBRANÇA

4.2 - ENTREGA E REGISTRO DE PROCESSOS

4.3 - ANÁLISE TÉCNICA

4.4 - ANÁLISE ADMINISTRATIVA

5 – PAGAMENTO

5.1 - CONDIÇÃO BÁSICA

5.2 - CONTA BANCÁRIA

5.3 - VALOR LÍQUIDO

5.4 - ISENÇÃO DE DEDUÇÃO DE TRIBUTOS LEGAIS

5.5 - EXTRATO DE PAGAMENTOS

6 - REVISÃO DE PAGAMENTO

7 – SOLICITAÇÃO DE MATERIAL

ANEXOS

ANEXO 1 - Tabela “CÓDIGO DAS ESPECIALIDADES”

ANEXO 2 - Tabela “SERVIÇOS COM EXIGÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO Da FioSaúde”

ANEXO 3 - Tabela “SERVIÇOS NÃO COBERTOS Pela FioSaúde”

ANEXO 4 - Tabela “CÓDIGOS DOS MOTIVOS DE GLOSAS”

ANEXO 5 – Tabela “DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE DEDUÇÃO DE TRIBUTOS LEGAIS”

ANEXO 6 – Modelo de Protocolo de Processo

Obs...: Imprima os formulários pela página da FioSaúde na Internet, acessando a opção Credenciados.

APRESENTAÇÃO

A FioSaúde - Caixa de Assistência Oswaldo Cruz é o plano de saúde dos Servidores da Fundação Oswaldo Cruz. Administrado por autogestão, tem como objetivo promover o bem-estar social de seus usuários. O Plano garante assistência médico-hospitalar aos usuários inscritos segundo o seu Regulamento. A FioSaúde possui os planos abaixo nas seguintes modalidades de atendimento.

Acomodação em enfermaria

☐ Básico;

Acomodação quarto privativo/apartamento (tipo standard), com direito a acompanhante (pernoite com café da manhã).

- | | |
|---|---|
| ☐ Superior | ☐ Total Saúde I |
| ☐ Executivo | ☐ Total Saúde II |
| ☐ Essencial | ☐ Total Saúde Família IV |
| ☐ Clássico | ☐ Total Saúde Família V |
| ☐ Executivo Especial | ☐ Fundamental |
| ☐ Família I | ☐ Fundamental Família |
| ☐ Família II | |
| ☐ Família III | |

1 – OBJETIVO DO MANUAL

Este Manual tem por finalidade apresentar regras gerais de relacionamento com os prestadores de serviço, complementares ao contrato que estabelece o vínculo entre a FioSaúde e o Credenciado.

Informações adicionais podem ser obtidas junto à FioSaúde ou em suas Representações Regionais, cujos endereços e telefones estão abaixo:

RIO DE JANEIRO – RJ - FioSaúde

A/C: Relacionamento com Credenciados
Avenida Brasil, 4036 - 3º andar –Manguinhos
CEP 21040-361 - Rio de Janeiro – RJ
Telefone: (21) 3865-1881 opção 5
Fax: (21) 3865-1802
E-mail: credenciamento@fiosaude.org.br
Home Page: www.fiosaude.org.br

BELO HORIZONTE - MG

Centro de Pesquisas René Rachou
A/C: Representação Regional da FioSaúde
Avenida Augusto de Lima, 1715 - Barro Preto
CEP 39190-002 - Belo Horizonte - MG
Telefax: (31) 3295-1118 / (31) 3349-7827

RECIFE - PE

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
A/C: Representação Regional da FioSaúde
Av. Prof. Moraes Rego, s/nº - Campus da UFPE
CEP 50670-420 - Recife – PE
Telefax: (81) 3453-3440 / Tel.: (81) 2101-2547

SALVADOR - BA

Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz
A/C: Representação Regional da FioSaúde
Rua Waldemar Falcão, 121 – Candeal
CEP 40296-710 - Salvador – BA
Telefax: (71) 3356-2371

BRASÍLIA - DF

DIREB
A/C: Representação Regional da FioSaúde
Av. L3 Norte - Campus Darcy Ribeiro, Gleba A
(prédio Administrativo da Fiocruz, na UNB)
CEP 70750-520 - Brasília - DF
Telefax: (71) 3447-7137

MANAUS - AM

Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane
A/C: Representação Regional da FioSaúde
Av. Terezina, 476 – sala SEGET – Manaus
CEP 69057-070
Tel.: (92) 3621-2323 atend. no ramal da FioSaúde

2 – ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO E DIVULGAÇÃO DE ESPECIALIDADE

2.1 - ALTERAÇÃO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS

O Credenciado deve manter os dados e informações cadastrais permanentemente atualizados, de modo a facilitar a sua identificação pelos usuários e o correto processamento do pagamento.

Qualquer mudança de endereço, telefone ou conta bancária deve ser imediatamente comunicada para que seja providenciada a devida alteração no sistema informatizado.

Os pedidos de atualização dos dados cadastrais devem ser feitos à FioSaúde, de acordo com as seguintes situações:

Alteração de endereço de atendimento:

Pedido por escrito, assinado pelo Credenciado, acompanhado de cópia do alvará de localização ou declaração de sublocação.

Mudança de telefone:

Solicitação feita diretamente ao Setor de Relacionamento com a Rede Credenciada da FioSaúde (pelo telefone: 021- 3865-1881 ou pelo e-mail: credenciamento@fiosaude.org.br).

Alteração de conta bancária:

Pedido por escrito, assinado pelo Credenciado e encaminhado à FioSaúde com cópia do comprovante bancário.

Alteração de Pessoa Física para Pessoa Jurídica:

Pedido por escrito, assinado pelo Credenciado, acompanhado dos seguintes documentos:

- Comprovante de isenção tributária
- Cópia da licença concedida pela Vigilância Sanitária
- Cópia do alvará de localização e/ou declaração de sublocação
- Cópia do certificado de registro da empresa no CRM
- Cópia do CNPJ
- Cópia do Contrato Social
- Cópia do da Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica no CRM
- Cópia da certidão negativa de débito junto ao INSS atualizada
- Cópia do comprovante de conta bancária
- Relação de convênios que possui
- Cópia do Cartão de Inscrição Municipal
- Relação do corpo clínico
- Número do Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

2.2 - ALTERAÇÃO DE ESPECIALIDADE

Caso, a qualquer tempo, seja do interesse do Credenciado habilitar-se em outra especialidade, diferente daquela para a qual está credenciado, deverá fazer um pedido por escrito à FioSaúde, anexando o seu título de especialista ou do profissional responsável pelo novo serviço.

O Credenciado só estará habilitado a atender na(s) especialidade(s) que constar(em) do seu cadastro e após a anuência formal da FioSaúde.

A segmentação assistencial de cada plano de saúde obedece ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2.3 - DIVULGAÇÃO DE ESPECIALIDADE

A divulgação da relação dos profissionais e serviços credenciados é feita através da distribuição periódica do “Livro de Credenciados” aos usuários titulares do plano e, também, pela disponibilização do mesmo na Internet (**www.fiosaude.org.br**), facilitando ao beneficiário a escolha do profissional e do local de atendimento mais adequado ao seu caso.

3 - ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

3.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Ao atender um usuário o Credenciado deve considerar os seguintes aspectos:

- a) somente estarão cobertos pela FioSaúde os procedimentos para os quais o prestador de serviço está credenciado;
- b) o beneficiário deve se identificar como pessoa e como beneficiário da FioSaúde (ver item 3.2);
- c) certos procedimentos só podem ser executados com a autorização da FioSaúde (ver item 3.3);
- d) para cada tipo de serviço existem situações especiais a serem consideradas (ver itens 3.4 a 3.10);
- e) alguns procedimentos não são cobertos pela FioSaúde (ver item 3.11).
- f) todo atendimento deve ser registrado em uma Guia correspondente ao serviço prestado (ver item 3.12)
- g) Os atos médicos (praticados em caráter de urgência ou emergência) terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:
 - a) No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;
 - b) Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;
- h) Aos atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência, quando iniciado no período normal aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte.

3.2 - IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

A Carteira de Identificação da FioSaúde apresenta todas as informações sobre o beneficiário, necessárias ao preenchimento das Guias pelo Credenciado.

LAYOUT DAS CARTEIRAS FIO SAÚDE

Planos Básico, Superior, Executivo, Essencial, Clássico, Exec. Especial, Fam I, Fam II, Fam III, Fundamental/fam

Modelo contendo «Nome» na parte da frente da carteira, igual ao «Nome Civil», no verso do documento

Abrangência Nacional	
	
FioSaúde	
Caixa de Assistência Oswaldo Cruz	
Nº CARTEIRA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Nome: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Plano: XXXXXXXXXXXXXXXX	Registro: XXXXXXXXXXXXXXXX
Acomodação: XXXXXXXXXXXXXXXX	
Empresa: XXXXXXXX	
Segmentação Assistencial: XXXXXXXXXXXXXXXX	
Validade: XX/XX/XXXX	

Nome Civil: XX	
Matrícula: XXXXXX.XX.X	CNS: XXXXXXXXXXXXXXXX
Data de Nascimento: XX/XX/XXXX	Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
REDE FioSaúde	
Carências	Término
Consulta	---
Exames/Tratam.	---
Internações/Internações Obstétricas - Verificar Elegibilidade	
SAC (FioSaúde): 0800 28 28 878 Autorização (FioSaúde): (21) 3865-1881	
Válida somente com Documento de Identidade e verificação da elegibilidade	
Para utilização fora do Rio de Janeiro ligue para 0800 729 0080 - Central de Atendimento da CASSI	
Disque ANS: 0800 701 9656 - http://www.ans.gov.br	

Obs.: Para beneficiários dos planos Básico, Superior e/ou Executivo não há menção sobre cobertura odontológica no verso da carteira, já que não é ali contemplada. Beneficiários do Essencial, Clássico, Executivo Especial e Família I, II e III que utilizam a rede ampliada FioSaúde/CASSI recebem a carteira FioSaúde somente para atendimento em odontologia

Modelo para aqueles que solicitaram que o atendimento seja feito pelo «Nome Social», na frente do documento

Abrangência Nacional	
	
FioSaúde	
Caixa de Assistência Oswaldo Cruz	
Nº CARTEIRA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Nome Social: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Plano: XXXXXXXXXXXXXXXX	Registro: XXXXXXXXXXXXXXXX
Acomodação: XXXXXXXXXXXXXXXX	
Empresa: XXXXXXXX	
Segmentação Assistencial: XXXXXXXXXXXXXXXX	
Validade: XX/XX/XXXX	

Nome Civil: XX	
Matrícula: XXXXXX.XX.X	CNS: XXXXXXXXXXXXXXXX
Data de Nascimento: XX/XX/XXXX	Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
REDE FioSaúde	
Carências	Término
Consulta	---
Exames/Tratam.	---
Internações/Internações Obstétricas - Verificar Elegibilidade	
SAC (FioSaúde): 0800 28 28 878 Autorização (FioSaúde): (21) 3865-1881	
Válida somente com Documento de Identidade e verificação da elegibilidade	
Para utilização fora do Rio de Janeiro ligue para 0800 729 0080 - Central de Atendimento da CASSI	
Disque ANS: 0800 701 9656 - http://www.ans.gov.br	

Obs.: NOME SOCIAL é a forma pela qual pessoas transexuais e travestis preferem ser chamadas cotidianamente, em contraste com o nome oficialmente registrado («nome civil», ou nome de batismo, que consta do verso do documento).

Modelo para aqueles que solicitaram que o atendimento seja feito pelo «Nome Afetivo», na frente do documento

Abrangência Nacional	
	
FioSaúde	
Caixa de Assistência Oswaldo Cruz	
Nº CARTEIRA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Nome Afetivo: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Plano: XXXXXXXXXXXXXXXX	Registro: XXXXXXXXXXXXXXXX
Acomodação: XXXXXXXXXXXXXXXX	
Empresa: XXXXXXXX	
Segmentação Assistencial: XXXXXXXXXXXXXXXX	
Validade: XX/XX/XXXX	

Nome Civil: XX	
Matrícula: XXXXXX.XX.X	CNS: XXXXXXXXXXXXXXXX
Data de Nascimento: XX/XX/XXXX	Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
REDE FioSaúde	
Carências	Término
Consulta	---
Exames/Tratam.	---
Internações/Internações Obstétricas - Verificar Elegibilidade	
SAC (FioSaúde): 0800 28 28 878 Autorização (FioSaúde): (21) 3865-1881	
Válida somente com Documento de Identidade e verificação da elegibilidade	
Para utilização fora do Rio de Janeiro ligue para 0800 729 0080 - Central de Atendimento da CASSI	
Disque ANS: 0800 701 9656 - http://www.ans.gov.br	

Obs.: O NOME AFETIVO é usado por pessoas em processo de adoção (identificação escolhida pelas famílias adotantes), antes que seja concluído o processo de adoção definitiva - existindo em paralelo ao «nome civil» (do verso da carteira), até que este seja alterado na conclusão da adoção.

Carteiras para os planos Total Saúde I, Total Saúde II, Total Saúde Família IV, Total Saúde Família V



TOTAL SAÚDE
Plano de Atenção Integral

FioSaúde
Abrangência Grupo de municípios

Nº CARTEIRA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Nome: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Plano: XXXXXXXXXXXXXXXX Registro: XXXXXXXXX
Acomodação: XXXXXXXXXXXXXXXX
Empresa: XXXXXXXX
Segmentação Assistencial: XXXXXXXXXXXXXXXX

Validade: XX/XX/XXXX



Nome Civil: XX
Matrícula: XXXXXXXX.XXX.XX CNS: XXXXXXXXXXXXXXXX
Data de Nascimento: XX/XX/XXXX Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial

REDE FioSaúde

Carências	Término	Odonto	Cobertura (SIN)
Consultas	----	Rai ANS	----
Exame Total	----	Ortodontia	----
Imagens/Interações Obstétricas - Verificar Elegibilidade			

SAC (FioSaúde): 0800 28 28 878 | Autorização (FioSaúde): (21) 3865-1881
Central de Orientação em Saúde 24h - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Válida somente com Documento de Identidade e verificação da elegibilidade
Disque ANS: 0800 701 9555 - <http://www.ans.gov.br>

Saiba mais sobre os planos Total Saúde em www.fiosaude.org.br/totalsaude



Detalhes do atendimento mediante a carteira da FioSaúde:

Carteira virtual

A FioSaúde disponibiliza a seus beneficiários a CARTEIRA VIRTUAL, que pode ser acessada pelo smartphone do paciente.

Atenção: o serviço só está disponível caso o paciente use seu pacote de dados (4G) ou wi-fi do local.

Em apresentação de carteira física ou virtual, fique atento:

Antes da prestação de qualquer atendimento médico-hospitalar, o beneficiário deve apresentar ao Credenciado o documento oficial de identidade e a Carteira de Identificação da FioSaúde.

O Credenciado deverá verificar se as Carteiras de Identificação, bem como os prazos de carência para cada tipo de procedimento, encontram-se dentro das respectivas validades. Poderá acessar também, a elegibilidade do beneficiário a cada atendimento, através do sistema disponibilizado pela FioSaúde, no endereço tiss.fiosaude.org.br (atenção: o endereço na Internet não tem www), sem o qual a FioSaúde não se responsabiliza pelo pagamento dos serviços prestados.

Observações importantes:

Os recém-nascidos, com idade inferior a 30 (trinta) dias, quando ainda não dispuserem da Carteira de Identificação, poderão ser atendidos com a identificação do Titular, após a confirmação da sua condição de usuário pela FioSaúde.

Orientamos abaixo quais documentos podem ser substituídos, caso o beneficiário não esteja de posse do documento oficial de identidade ou carteirinha do Plano de Saúde:

Carteira de Identificação Oficial:

- Carteira de trabalho;
- CNH (Carteira Nacional de Habilitação);
- Passaporte emitido pela Polícia Federal;
- Carteira profissional, como da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB);
- Carteira de identificação funcional, como o CRM;

E no caso da carteirinha do plano:

Faça a elegibilidade no site da FioSaúde no endereço eletrônico: tiss.fiosaude.org.br, lá você encontrará várias formas de pesquisas, como por exemplo nome ou CPF etc.

Veja o exemplo abaixo:

Neste caso, o beneficiário encontra-se isento de carência

Plano	ESSENCIAL
Consulta	isento
Exame	isento
Proc. Ambulatorial	isento
Internação Enferm.	isento
Internação Quarto	isento
Obstetrícia Enferm.	isento
Obstetrícia Quarto	isento

3.3 - AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DO ATENDIMENTO (SENHA)

O Credenciado ou o beneficiário, conforme for o caso, deve solicitar a FioSaúde autorização prévia para execução do atendimento, conforme previsto no ANEXO 2 deste Manual.

Em situações de urgência ou de emergência, também previstas no ANEXO 2 deste Manual, a autorização deverá ser obtida logo após o primeiro atendimento ao beneficiário ou no primeiro dia útil subsequente ao atendimento, quando este ocorrer no horário noturno, aos sábados, domingos ou feriados.

Em ambas as situações o Credenciado deve registrar na Guia correspondente o número da senha, a data da liberação e o nome do funcionário da FioSaúde que a liberou.

Toda autorização envolvendo internação é formalizada pela FioSaúde por meio de formulário específico a ser entregue ao beneficiário (no caso de cirurgia eletiva) ou enviado ao Credenciado por fax ou e-mail (no caso de internação de urgência).

3.4 – EXECUÇÃO DE CONSULTAS

- Podem ser realizadas em:

- a) Consultórios e Clínicas Especializadas
- b) Ambulatórios
- c) Hospitais autorizados e Casas de Saúde
- d) Pronto-Socorro

- ✓ Autorização: não é necessária autorização para consultas nas especialidades cobertas pela FioSaúde.
- ✓ Registro do Atendimento: Guia de Consultas quando executadas em consultórios e clínicas especializadas, ambulatórios, hospitais e casas de saúde.
- ✓ Registro do Atendimento: Guias de Serviço Profissional / Serviço Aux. de Diag. e Terapia - SP/SADT

quando executadas em pronto-socorro

- ✓ Valores cobrados: conforme tabela acordada
- ✓ Situações Especiais:

a) Se, durante a consulta, for necessário realizar procedimentos de pequena complexidade, estes devem ser cobrados através de Guias de Serviço Profissional / Serviço Aux. de Diag. e Terapia - SP/SADT, desde que o profissional esteja autorizado a fazê-lo(s). Nesses casos a consulta deverá ser incluída nas Guias de Serviço Profissional / Serviço Aux. de Diag. e Terapia - SP/SADT, mencionando-se o código específico da especialidade de consulta.

b) No atendimento de Pronto-Socorro (emergência), a consulta prestada ao paciente deverá ser cobrada, juntamente com o procedimento ambulatorial executado, através da Guia de Serviço Profissional / Serviço Aux. de Diag. e Terapia - SP/SADT, mencionando-se o código específico da especialidade de consulta.

c) Se, durante a consulta, for solicitada a realização de exames complementares de pequena complexidade, estes deverão ser prescritos pelo médico em receituário próprio ou Guia SP/SADT, constando a indicação clínica do pedido. O pedido médico será válido por 30 (trinta) dias, a partir da data de sua emissão.

d) A cobrança de consultas realizadas para um mesmo beneficiário, no mesmo profissional e especialidade, com intervalo de tempo entre elas de até 15 (quinze) dias deve estar acompanhada de justificativa médica, sob pena de não ser aceita pela FioSaúde.

e) Em quaisquer situações, todas as informações de natureza técnica devem ser encaminhadas de forma confidencial, aos cuidados da equipe médica da FioSaúde.

3.5 - EXECUÇÃO DE EXAMES, SERVIÇOS E TRATAMENTOS AMBULATORIAIS

- Podem ser realizados em:

- a) Laboratórios
- b) Clínicas especializadas
- c) Ambulatórios
- d) Hospitais e Casas de Saúde
- e) Pronto-Socorro

- ✓ Autorização: para alguns exames, serviços e tratamentos ambulatoriais é necessário que o procedimento esteja previamente autorizado pela FioSaúde (ver ANEXO 2 deste Manual).
- ✓ Registro do Atendimento: Guia de Exames, Serviços e Tratamentos Ambulatoriais acompanhada do Pedido Médico.
- ✓ Valores cobrados: conforme tabela acordada
- ✓ Situações Especiais:

a) todos os exames, serviços e tratamentos ambulatoriais deverão ser prescritos em receituário próprio ou guia TISS, constando a indicação clínica do pedido. O pedido médico será válido por 30 (trinta) dias, a partir da data de sua emissão

- b) as consultas feitas durante o atendimento em Pronto-Socorro (emergência) deverão ser cobradas através de Guias de Serviço Profissional / Serviço Aux. de Diag. e Terapia - SP/SADT, mencionando-se o código específico da de consulta.

Para Psicologia:

Código: 5.00.00.47-0 - SESSÃO DE PSICOTERAPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

As Sessões deverão ser pré-autorizadas, e para iniciar o tratamento é necessário o encaminhamento médico (qualquer especialidade) com CID e ou indicação clínica.

O Relatório do psicólogo/ terapeuta com a evolução do tratamento tem a validade de 3 três meses (Envio trimestral).

Após 30 sessões, equivalente ao semestre de tratamento, para continuidade, será obrigatório o envio de novo relatório detalhado do profissional médico com um prognóstico e uma previsão do tratamento, cujo pedido inicial tem validade de 6 (seis) meses.

Relatório do Psicólogo = Trimestral Relatório Médico = Semestral

Serão autorizadas 4 (quatro) sessões mensais (Limitado a 50 sessões por ano de contrato). Em caso de necessidade, como os meses com 5 semanas, poderão ser autorizadas ATÉ 5 (cinco) sessões por mês correspondentes a frequência de uma sessão semanal (mais habitual). Caso o beneficiário necessite realizar o tratamento com frequência semanal maior o profissional solicitante deverá justificar através de relatório, porém o número total não deverá exceder a 50 sessões por ano de contrato, (número maior que o mínimo estabelecido pela ANS).

As autorizações poderão ser fornecidas para um grupo de até 05 sessões, no limite mensal de uma sessão por semana;

Para o tratamento com frequência semanal maior o médico solicitante deverá justificar através de relatório. Para a continuidade do tratamento será aceito relatório do terapeuta;

Prazo para resposta: o prazo para análise do pedido de autorização é de até 2 dias úteis a partir do recebimento do pedido médico

Cobrança: As cobranças das sessões de psicoterapias serão faturadas na guia Guia SP/SADT, com a informação da data de cada uma das sessões nas diversas linhas para inclusão de procedimentos. com a assinatura individual do beneficiário.

Para Fonoaudiologia:

A codificação e a liberação serão de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) da ANS

Código Sessão: 10101543

Código Avaliação: 10101470

Solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso.

Necessário pedido médico. Para a continuidade do tratamento será aceito relatório do terapeuta;

Prazo para resposta: 2 dias úteis a partir do recebimento do pedido médico.

Para Nutrição:

A codificação e a liberação serão de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) da ANS.

Código: 20101074

De acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento.

Para os demais casos, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

Terapia Ocupacional:

A codificação e a liberação serão de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) da ANS.

Código: 20104210

De acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

Dispositivo Intra-Uterino (DIU):

Necessário pedido médico com solicitação do material

3.6 - EXECUÇÃO DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS

- Podem ser realizadas em:

- a) Consultórios e Clínicas
- b) Ambulatórios
- c) Hospitais e Casas de Saúde
- d) Pronto-Socorro

- ✓ Autorização: em todos os casos é necessário solicitar autorização a FioSaúde (ver ANEXO 2 deste Manual), estando a mesma sujeita à avaliação técnica, com base em relatório do médico assistente e nos resultados dos exames já realizados.
- ✓ Registro do Atendimento: Guias de Serviço Profissional / Serviço Aux. de Diag. e Terapia - SP/SADT
- ✓ Valores cobrados:
 - a). Honorários médicos: conforme tabela acordada
 - b) Taxas, materiais e medicamentos: conforme valores contratados

3.7 – EXECUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES (CLÍNICOS E CIRÚRGICOS) (prestados durante o período de internação do paciente)

- Podem ser prestados por:

a) Hospitais

b) Casas de Saúde

- ✓ Autorização: é necessária em todos os casos de internação, utilização de próteses cirúrgicas internas nacionais e prorrogação do período de internação (ver ANEXO 2 deste Manual).

- ✓ Registro do Atendimento: Guia de Solicitação de Internação + Guia de Resumo de Internação + Guia de Outras Despesas.

Obs: A cobrança de Exames executados, durante o período de internação, por outro estabelecimento/ profissional Credenciado é feita através de Guias de Serviço Profissional / Serv. Aux. de Diag. e Terapia - SP/SADT emitidas pelo estabelecimento/profissional prestador dos exames.

- ✓ Valores cobrados:

a) Honorários Médicos: conforme tabela acordada

b) Diárias taxas, materiais e medicamentos: conforme valores contratados

Cobertura	Tipos de planos						
	Básico	Superior	Executivo	Essencial	Clássico	Executivo Especial	Família I Total Saúde I
							Família II Total Saúde II
							Família III Total Saúde Família IV
							Família V Total Saúde Família V Fund/Fm
Serviços	Consultas, serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento e internações clínicas e cirúrgicas						
Tipo de acomodação	Enfermaria	Quarto individual com banheiro privativo					
Direito a acompanhante	Conforme os casos previstos em Lei	Em todas as situações					

OBS. 1 - Quando o usuário optar por utilizar acomodação diversa daquela coberta por sua modalidade de atendimento, arcará com a diferença a ser apurada em decorrência dessa escolha, não cabendo qualquer responsabilidade e ônus para a CONTRATANTE, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar conforme disposto no artigo 33 da Lei nº 9656/98.

Eventuais despesas extras realizadas pelo usuário ou seus acompanhantes, não inclusas no valor das respectivas diárias, serão de inteira responsabilidade dos mesmos.

3.8 - EXECUÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

(prestados durante o período de internação do paciente)

- ✓ Podem ser prestados:

- a) pela equipe médica (staff) do próprio hospital
- b) por equipe médica externa.

Registro do Atendimento: Guia de Honorário Individual

- a) Quando se tratar de equipe médica (staff) do hospital a Guia deverá ser emitida pelo hospital e encaminhada para cobrança juntamente com a Guia de Resumo de Internação.
- b) Quando se tratar de equipe médica externa ao hospital, a Guia deverá ser emitida pelo chefe da equipe, podendo, nesse caso, ser encaminhada para cobrança separadamente.

- ✓ Valores cobrados: conforme tabela acordada

3.9 –PRÓTESES CIRÚRGICAS (ELETIVAS)

- ✓ Pedido: deve ser feito com antecedência mínima de 7 (sete) dias úteis e conter todas as especificações necessárias à aquisição do material.
- ✓ Aquisição: a FioSaúde se reserva o direito de fazer a compra direta ou a reposição, conforme sua conveniência.

3.10 - EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE REMOÇÃO

- ✓ Finalidade: podem ser realizados para atender a uma finalidade:

Transporte do paciente visando a realização de exames fora do estabelecimento em que estiver internado;

Transferência de pacientes de unidade hospitalar.

- ✓ Execução: a FioSaúde disponibiliza para o beneficiário um serviço terceirizado de remoções, atualmente em parceria com a empresa abaixo:

1. Savior - Tel Central - (21) 3171-3030

- ✓ Autorização: Havendo necessidade de remoção de um paciente e estando configuradas as condições acima, deverá ser feito contato com a FioSaúde pelas empresas de remoção, a fim de que seja dada a autorização prévia e o serviço possa ser agendado pelo credenciado com o prestador. Nos casos de urgência e emergência não há a necessidade de autorização prévia, deverá ser apresentado relatório médico no qual esta condição fique claramente consignada.

- ✓ Registro do Atendimento: feito diretamente pela LEFE e/ou Savior.

- ✓ Valores cobrados: conforme contrato mantido entre a FioSaúde e LEFE e/ou Savior.

- ✓ Condições específicas: para ter a cobertura da FioSaúde deverão ser satisfeitas, cumulativamente, as seguintes condições:

- a) ser comprovada a impossibilidade de locomoção do beneficiário por meios próprios;
- b) ser a remoção solicitada e justificada pelo médico;

3.11 - SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELA FIOSAÚDE

Os serviços não cobertos pela FioSaúde estão relacionados no ANEXO 3 deste Manual.

3.12 - REGISTRO DO ATENDIMENTO

Todo atendimento prestado deve ser registrado em formulários denominados Guias - conforme modelo TISS, fornecidos pela FioSaúde aos Credenciados, conforme o tipo de serviço para o qual está credenciado.

A falta de preenchimento e/ou o preenchimento incorreto e/ou ilegível de um ou mais campos do formulário poderá acarretar glosas por ocasião do pagamento. A execução dos serviços é comprovada pela assinatura do beneficiário nas respectivas Guias.

3.13 - SUPERVISÃO MÉDICA

A FioSaúde mantém um quadro de médicos para fazer visitas de acompanhamento das internações e verificação das condições de prestação dos serviços aos pacientes. Esta visitação é feita a cada pedido de prorrogação, ou a critério da FioSaúde, sempre que houver necessidade de melhor compreensão do quadro do beneficiário.

O Credenciado deve facilitar o trabalho do Supervisor Médico da FioSaúde, disponibilizando as informações sobre o quadro clínico do paciente e permitindo o livre acesso ao seu prontuário médico.

4 - COBRANÇA / FATURAMENTO

4.1 - ENCAMINHAMENTO DA COBRANÇA

O encaminhamento da cobrança é feito por meio do TISS ELETRÔNICO, devidamente preenchido, acompanhado das Guias correspondentes.

As cobranças impressas devem ser enviadas em formulários apropriados do padrão TISS, disponíveis no site da FioSaúde (www.fiosaude.org.br). Podendo também serem solicitadas pelo e-mail do Setor de Convênios e Credenciamento: credenciamento@fiosaude.org.br, pelo fax: 3865-1802 ou enviando o pedido pelo correio para a Caixa de Assistência Oswaldo Cruz – FioSaúde, na Av. Brasil, 4036/3º andar – Mangueiras – Rio de Janeiro, CEP: 21040-361.

A FioSaúde não aceita o envio das cobranças sem os formulários originais, ou seja, não aceita fotocópias ou folha de fax.

Qualquer referência às cobranças enviadas à FioSaúde deve ser feita pelo número de processo.

Os documentos de cobrança podem ser entregues diretamente nas suas Representações Regionais (MG, BA, PE, AM e DF), nos endereços mencionados na Apresentação deste Manual.

No caso das faturas encaminhadas pelo correio, consideraremos a data de recebimento na sede da FioSaúde.

4.2 - ENTREGA E REGISTRO DE PROCESSOS

Os processos de cobrança serão apresentados mensalmente, no período preestabelecido (três dias úteis), conforme definido em calendário disponível na área restrita do credenciado em nosso site. Estes processos devem vir acompanhados das suas respectivas guias.

Os pagamentos de pessoas jurídicas ficarão condicionados à entrega das notas fiscais, de acordo com as datas pré-definidas em calendário anual.

As cobranças somente serão aceitas se forem apresentadas à FioSaúde até 90 (noventa) dias após a data do atendimento, no caso de hospitais, e até 60 (sessenta) dias para todos os outros serviços.

4.3 - ANÁLISE TÉCNICA

As Guias de Solicitação de Internação e as Guias de Honorário Individual passam sempre pela análise técnica da equipe médica da FioSaúde, quanto à especificação, quantidade e, eventualmente, valores cobrados para os serviços.

As Guias de Serviço Profissional / Serv. Aux. de Diag. e Terapia - SP/SAPT, quando envolverem procedimentos mais complexos ou pequenas cirurgias, também são submetidas à análise técnica da equipe médica da FioSaúde.

Os motivos e os respectivos códigos de glosas estão apresentados no ANEXO 4 deste Manual.

4.4 - ANÁLISE ADMINISTRATIVA

Todas as Guias encaminhadas pelos Credenciados passam por uma conferência, verificação e análise administrativa, podendo sofrer alterações (glosas) com a finalidade de corrigir e/ou eliminar distorções e/ou erros cometidos pelos Credenciados quanto à especificação, quantidade e valores cobrados para os diversos serviços.

Os motivos e os respectivos códigos das glosas estão apresentados no ANEXO 4 deste Manual.

5- PAGAMENTO

5.1 - CONDIÇÃO BÁSICA

Todo e qualquer pagamento está condicionado ao correto preenchimento dos documentos exigidos pela FioSaúde, conforme orientação deste Manual.

5.2 - CONTA BANCÁRIA

Os pagamentos são efetuados por crédito em conta corrente, na instituição bancária indicada pelo Credenciado, seja pessoa física ou jurídica.

O Credenciado deve ser o titular da conta corrente indicada para pagamento de seus serviços. A conta indicada pelo Credenciado deverá ter o mesmo CPF ou CNPJ constante em seu cadastro, sob pena de o pagamento não ser processado.

5.3 - VALOR LÍQUIDO

O valor líquido do pagamento corresponderá a:

- a) Pessoa física - soma dos valores dos documentos apresentados, consideradas as glosas e ajustes feitos pela FioSaúde, deduzido o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), quando couber.
- b) Pessoa jurídica - soma dos valores dos documentos apresentados, consideradas as glosas e ajustes feitos pela FioSaúde, deduzido o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e Imposto Sobre Serviços (ISS), quando couber.

5.4 - ISENÇÃO DE DEDUÇÃO DE TRIBUTOS LEGAIS

Para fazer jus à isenção de tributos, o Credenciado terá que apresentar à FioSaúde uma Declaração de

Isenção, conforme o modelo constante do ANEXO 5 deste Manual.

5.5 - EXTRATO DE PAGAMENTOS

A FioSaúde se compromete a disponibilizar, mensalmente, extrato contendo discriminação das guias pagas, bem como das glosas havidas, no site da FioSaúde. Acesse www.fiosaude.org.br e escolha a opção Credenciados. Para ter acesso ao conteúdo desta área, utilize a senha fornecida pela FioSaúde.

6 – REVISÃO DE PAGAMENTO

Caso o Credenciado não concorde com as glosas e/ou correções feitas pela FioSaúde, poderá, dentro do prazo de 60 dias e se devidamente justificado, solicitar uma REVISÃO DE PAGAMENTO, com base nas informações constantes do Extrato de Pagamentos.

A revisão de glosa poderá ser solicitada pelo endereço eletrônico: glosa@fiosaude.org.br, ou pessoalmente, através de entrevista agendada com o Setor de Contas Médicas (telefone (021) 3865-1881 Opção 04).

7 – SOLICITAÇÃO DE MATERIAL

A reposição do material de atendimento poderá ser solicitada pela Internet ou por pedido escrito especificando o tipo de guia necessária. Em ambos os casos, o pedido poderá ser enviado para a sede da FioSaúde ou para suas Representações Regionais.

Poderá também acessar nossa página na internet – www.fiosaude.org.br, na área restrita do credenciado, no menu ao lado esquerdo da tela, clicar em “Download” guia Tiss.

- Escolha 1 tipo de guia
- Escolha a quantidade (até 20 guias)
- Clique em baixar
- Salve em outro arquivo (word) e imprima

ANEXO 1 – CÓDIGO DAS ESPECIALIDADES

ESPECIALIDADE	CÓDIGO
Consulta em consultório	10101012
Consulta Emergência	10101039

Acesse www.fiosaude.org.br para conferir a tabela de domínios ANS (efetuando o login no canto superior direito do site, clicando no menu vertical “TISS” e no link “Manual do TISS”).

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE ATENDIMENTOS

a) Execução dos Exames, Serviços e Tratamentos Ambulatoriais (Procedimentos relacionados abaixo)

Solicitante: Beneficiário ou Prestador (procedimentos eletivos)

Antecedência: 2 dias úteis

Liberação: Central de Atendimento

Validade da Senha: 30 dias

Clique [AQUI](#) para ver a relação completa de eventos FioSaúde que possuem exigência de autorização prévia (senha).

b) Execução de qualquer Cirurgia Ambulatorial

Solicitante: Beneficiário ou prestador (com relatório do médico assistente e os resultados dos exames realizados) Antecedência: 5 dias úteis

Avaliação Técnica: Equipe médica da

FioSaúde Liberação: telefone (21) 3865-1881

Validade da Senha: 30 dias

c) Execução de qualquer Serviço Hospitalar (internação) eletivo

Solicitante: Beneficiário ou prestador (com relatório do médico assistente e os resultados dos exames realizados) Antecedência: 5 dias úteis

Avaliação Técnica: Equipe médica da

FioSaúde Liberação: telefone 21 3865-1881

Validade da Senha: 30 dias

d) Utilização de Prótese Cirúrgica

Solicitante: Credenciado (médico assistente, através de relatório médico detalhado feito em receituário próprio)

Antecedência: 7 dias úteis (no mínimo) Avaliação Técnica: Equipe médica da FioSaúde

Liberação: telefone 21 3865-1881

e) Remoção de Paciente

Solicitante: Credenciado (médico assistente, através de relatório médico detalhado feito em receituário próprio)

Avaliação Técnica: Equipe médica da FioSaúde

AUTORIZAÇÃO APÓS O ATENDIMENTO

a) Atendimento de comprovada urgência ou emergência

Solicitante: Credenciado (após ter sido prestado o primeiro atendimento ou no primeiro dia útil subsequente)

Providência complementar: enviar relatório médico com a descrição do quadro clínico e a caracterização da urgência ou emergência

Liberação: telefone 21 3865-1881 Opção 1

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

a) Atendimento de comprovada urgência ou emergência

Solicitante: Credenciado

Providência complementar: enviar relatório médico com a descrição do quadro clínico e a caracterização da urgência ou emergência

Avaliação Técnica: Equipe médica da FioSaúde

Liberação: telefone 21 3865-1881 Opção 1

b) Prorrogação do período de internação

Solicitante: Credenciado (com justificativa médica e número de dias necessários)

Antecedência: antes de expirar o prazo inicialmente autorizado

Avaliação Técnica: Equipe médica da FioSaúde

Liberação: telefone 21 3865-1881 Opção 1

c) Exames durante a internação

Solicitante: Credenciado (médico assistente, através de relatório médico detalhado feito em receituário próprio)

Avaliação Técnica: Equipe médica da FioSaúde

Providência complementar: enviar relatório médico com a descrição do quadro clínico e a caracterização da urgência ou emergência

Avaliação Técnica: Equipe médica da FioSaúde

Liberação: Setor de Análise de Processos Tel 21 3865-1881 Opção 1

f) Utilização de prótese cirúrgica / OPME

Solicitante: Credenciado (médico assistente, através de relatório médico detalhado, discriminando todos os materiais utilizados e caracterizando a urgência/emergência, após ter sido prestado o primeiro atendimento ou no primeiro dia útil subsequente)

Avaliação Técnica: Equipe médica da FioSaúde

Liberação: telefone 21 3865-1881 Opção 1

Fax 21 3865-1802

d) Remoção de paciente (inter-hospitalar e alta hospitalar)

Solicitante: Credenciado (médico assistente, através de relatório médico detalhado feito em receituário próprio)

Avaliação Técnica: Equipe médica da FioSaúde

Liberação: 21 3865-1881 Opção 1 (de segunda a sexta-feira, de 08 às 18 horas)

e) Atendimentos prestados em horário noturno, aos sábados, domingos e feriados

Solicitante: Credenciado (após ter sido prestado o primeiro atendimento ou no primeiro dia útil subsequente)

Providência complementar: enviar relatório médico com a descrição do quadro clínico e a caracterização da urgência ou emergência

Liberação: telefone 21 3865-1881 Opção 1

Descredenciamento

O descredenciamento ocorrerá a partir da solicitação por escrito do profissional/entidade prestadora de serviços ou por decisão da Caixa de Assistência, com antecedência mínima de 90 dias.

Diárias de Acompanhantes

Acomodação Enfermaria: Sem direito a acompanhante.

Acomodação Quarto: Individual com banheiro privativo, com direito a acompanhante (pernoite com café-da-manhã já incluso no valor da diária), em todas as situações.

Também está coberta a acomodação para acompanhante de pacientes, conforme previsto na portaria abaixo, para os planos com direito a Enfermaria (café-da-manhã, almoço e jantar) e Quarto (pernoite com café-da-manhã já incluso no valor da diária, mais o almoço e o jantar). Somando três refeições.

Portaria Normativa nº 3, MPOG, de 30 de julho de 2009.

Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 anos, de idosos a partir de 60 anos de idade, de portadores de necessidades especiais e de gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

O valor dessas refeições deverá estar acordado previamente entre o prestador e o convênio.

ANEXO 3 - SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELA FIOSAÚDE

PEQUENAS CIRURGIAS AMBULATORIAIS

MH1 Cirurgias não previstas no Código Brasileiro de Ética Médica vigente na ocasião do evento e suas consequências ou atos médicos com ela relacionados

TRATAMENTOS AMBULATORIAIS

TA1 Reabilitação em geral, excluindo-se a fisioterapia prevista no Regulamento

TA2 Imunoterapia, inclusive tratamento de vacinas, bem como suas consequências

SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES (CLÍNICO E CIRÚRGICO)

MH1 Cirurgias não previstas no Código Brasileiro de Ética Médica vigente na ocasião do evento e suas consequências ou atos médicos com ela relacionados

MH2 Implantes e transplantes de qualquer natureza, suas complicações, assim como, quaisquer despesas com doadores de órgãos, exceto os previstos em legislação específica

MH3 Atos cirúrgicos que tiverem apenas finalidades estética ou de rejuvenescimento, mesmo quando justificados por relatório médico, exceção feita a cirurgias para restauração funcional de lesões

provocadas por acidentes pessoais ocorridos durante a vigência do Contrato

- MH4 Intervenções cirúrgicas, internações, tratamentos e exames em geral, quando motivados por acidentes ocorridos durante competição em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios, pela prática de paraquedismo, “asa-delta” e suas derivações
- MH5 Intervenções cirúrgicas, internações, tratamentos e exames em geral motivados por lesões resultantes de contaminação por substâncias radioativas, envenenamento de caráter coletivo e qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população e por prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada
- MH7 Qualquer tratamento e internação por motivo de emagrecimento estético, em suas várias modalidades
- MH9 Internações hospitalares por motivo de senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento estético, nas suas diversas modalidades
- MH10 Despesas extraordinárias tais como: telefonemas, lanches, consumo de frigobar e toda despesa considerada como “extra” no contexto da acomodação oferecida pela FioSaúde, assim como todas aqueles pertinentes aos acompanhantes
- MH11 Cobertura médica domiciliar
- MH12 Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em residência ou hospital

REMOÇÃO

- R1 Remoções de pacientes em distâncias superiores a 200 km, salvo casos particulares de remoções especializadas ou situações que exijam autorização prévia da FioSaúde

GERAL

- G1 Tratamentos experimentais e medicamentosos ainda não reconhecidos como éticos e/ou sob questionamento por parte dos órgãos oficiais que fiscalizam o exercício legal da medicina
- G2 Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo que por indicação médica
- G3 Confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos ortopédicos em geral, bem como equipamentos para exercícios de reabilitação. Aparelho estético e seus acessórios para substituição ou acompanhamento de função, colchões, cadeiras, óculos, lentes oculares, aparelhos para surdez, ressaltados as próteses cirúrgicas internas nacionais e os materiais de síntese, necessários à complementação de atos cirúrgicos

ANEXO 4 - CÓDIGOS DOS MOTIVOS DE GLOSAS

GRUPO	DESCRIÇÃO	CÓDIGO
01	Falta de solicitação médica	02
SOLICITAÇÃO/	Solicitação médica inválida	09
JUSTIFICATIVA MÉDICA	Procedimento sem justificativa médica	31

02	Falta de senha	14
SENHA	Senha inválida	20
	Senha expirada	26
	Senha liberada para outro beneficiário	33
	Senha liberada para outro procedimento	44
	Senha liberada para outro prestador	49
	Senha negada/cancelada	51
	Senha liberada para outro tipo de guia	63
03	Falta assinatura do beneficiário	22
ASSINATURA	Falta assinatura/carimbo do credenciado	23
	Assinatura inválida	39
04	Cobrança em excesso material/medicamento	03
VALORES	Erro de cálculo	07
	Valor errado	08
	Quilometragem em excesso	12
	Qtd. máxima de eventos ultrapassada	56
	Qtd de eventos maior do que o autorizado	60
	Erro na soma da qtd de eventos cobrados	64
	Erro na soma dos valores dos eventos cobrados	65
	Valor cobrado em excesso	76
05	Data do evento/solicitação médica inválida	09
DATAS E PRAZOS	Prazo de cobrança expirado	17
	Falta de data	32
	Data do evento maior do que a do recbto da guia	52
	Data do evento maior do que a do pagamento	53
06	Código/especialidade inexistente	04
COBERTURAS	Código/especialidade não coberta	06
(Códigos, especialidades e procedimentos)	Especialidade não cadastrada	06
	Serviço/profissional não credenciado	25
	Procedimento sem cobertura	27
	Falta código da especialidade	40
	Credenciado não habilitado para o código/especialidade	41
	Função não cadastrada	72
07	Matrícula incorreta	15
USUÁRIO	Usuário excluído	30
	Usuário inexistente	38
	Usuário em carência	42
	Usuário não cadastrado para o convênio	69
08	Acomodação sem cobertura contratual	01
GERAL	Cobrança indevida	05
	Qtd/tipo de diária não autorizada	10
	Insuficiência de dados para análise	11
	Falta/erro de preenchimento de campos	13
	Falta CPF/CNPJ	16
	Procedimento pago por reembolso	19
	Serviço não discriminado	24
	Cópia xerox de documento	28
	Processo de outro convênio	29

Cobrança em processo de outro credenciado	34
Guia indevida para o procedimento	36
Cobrança sem guia	37
Guia rasurada	43
Cobrança em duplicidade	47
Plano não coberto pelo prestador	48
Evento incompatível	54
Sexo/idade não permitido para o evento	58
Não incide honorário para o evento	68
Via de acesso diferente	70
Função cobrada em duplicidade	71
Quantidade de auxiliares inválida	73
Credenciado não faz parte da equipe médica	74
Horário/via de acesso diferente do proced principal	75
Documento inválido	77

ANEXO 5 - MODELO DE DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE DEDUÇÃO DE TRIBUTOS LEGAIS

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE DEDUÇÃO DE TRIBUTOS LEGAIS

“ Declaramos que esta prestadora de serviços de medicina se enquadra na exceção prevista na....., de....../...../....., da Secretaria da Receita Federal, observando, em especial seu(s) item(ns)....., na qualidade de conforme comprovam os documentos desta Instituição.

Declaramos estar com as nossas inscrições junto aos órgãos públicos competentes devidamente registradas e atualizadas.

O signatário, representante legal do declarante, assume o compromisso com a verdade das declarações ora prestadas, sob as penas da lei (civil, penal e tributária), bem como procederá a comunicação imediata a esse Instituto de qualquer fato que venha a prejudicar o seu enquadramento na exceção acima prevista, pelo que, desde já, declara assumir quaisquer ônus decorrentes que porventura possam recair sobre esse Instituto, tais como multas, juros, custas, custas processuais e honorários de advogado na forma e valor contratados.

Rio de Janeiro, de de

assinatura e carimbo do credenciado ou responsável

MODELO 1 DE DECLARAÇÃO ISENÇÃO DE INSS

CREDENCIADO SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO QUE ELEGE UMA PESSOA JURÍDICA PARA FAZER A RETENÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO

Em conformidade com o que determina a IN/INSS/DC Nº 089/2003 e a IN MPS/SRP Nº 03/2005,

declaramos junto Caixa de Assistência Oswaldo Cruz, para efeito de dedução da retenção pela fonte pagadora de contribuição individual previdenciária (INSS), que o (a) Dr.(a)....., CPF N°....., registrado no PIS sob o nº..... ou inscrição no INSS nº....., prestou serviços como autônomo para esta empresa, sendo sua remuneração bruta no mês de ____/____ (competência atual ou anterior) de R\$..... cuja contribuição previdenciária descontada para o INSS será de R\$....., valor este que esta empresa se responsabiliza em recolher ao INSS até o dia do mês de vencimento e informar na GFIP correspondente.

Cidade - Estado e

Data

NOME DA FONTE PAGADORA:.....

CNPJ:.....

.....
ENDEREÇO:.....

..
DDD/TELEFONE:.....

Declaro, sob as penas da lei, que caso haja qualquer alteração de desconto sobre o valor acima informado, será de minha inteira responsabilidade complementar a contribuição ao INSS até o limite máximo de contribuição.

NOME, CARIMBO E ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO

ATENÇÃO: esta declaração dever ser enviada **mensalmente ao FioSaúde**, mencionando o mês do pagamento, a remuneração bruta e o valor da contribuição retida.

Quando não for informado o valor da remuneração, mencionando apenas a remuneração igual ou superior ao SALÁRIO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DO INSS, será acatado como remuneração o SALÁRIO TETO DO INSS vigente à época da emissão da declaração, sendo necessária sua renovação, **imediatamente**, em caso de alteração do teto de contribuição pelo INSS, sob pena de ser feito o desconto complementar entre o salário máximo informado e o novo salário vigente.

MODELO 2 DE DECLARAÇÃO ISENÇÃO DE INSS

CREDENCIADO AUTÔNOMO QUE ASSUME O RECOLHIMENTO PELO TETO DE SUA CONTRIBUIÇÃO (EMITIDA PELO PRÓPRIO PRESTADOR)

Em conformidade com o que determina a IN/INSS/DC Nº 089/2003 e a IN MPS/SRP Nº03/2005, EU, Dr. (a), CPF Nº, Data de Nascimento: registrado no PIS sob o nº ou inscrição no INSS nº, declaro, junto ao **Caixa de Assistência Oswaldo Cruz**, sob as penas da lei, que prestei (presto) serviços como autônomo para a empresa, CNPJ nº, sendo minha remuneração bruta acima do SALÁRIO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DO INSS, tendo recolhido na competência ____/____ o valor de R\$ (mencionar o valor da última competência recolhida), que deverá ser considerado no período de validade desta declaração, para fins da não retenção da contribuição acima do teto.

Declaro, sob as penas da lei, que caso haja qualquer alteração nos valores acima informados, será de minha inteira responsabilidade complementar a contribuição ao INSS até o limite máximo de contribuição.

Cidade – Estado e data

VALIDADE DESTA DECLARAÇÃO:
(mencionar o período de validade da declaração. A validade máxima expira em 31/12 do ano da emissão da declaração).

NOME, CARIMBO E ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO

ATENÇÃO: esta declaração deve ser enviada ao **FioSaúde**, mensalmente ou uma única vez por ano, quando for válida para mais de um mês de competência, devendo o prestador especificar os meses de sua validade, os quais não podem fugir ao exercício financeiro.

Quando não for informado o valor da remuneração, mencionando apenas a remuneração igual ou superior ao SALÁRIO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DO INSS, será acatado como remuneração o SALÁRIO TETO DO INSS vigente à época da emissão da declaração, sendo necessária sua renovação, **imediatamente**, em caso de alteração do teto de contribuição pelo INSS, sob pena de ser feito o desconto complementar entre o salário máximo informado e o novo salário vigente.

MODELO 3 DE DECLARAÇÃO ISENÇÃO DE INSS

CREDENCIADO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO A PESSOA JURÍDICA QUE RECOLHE PELO TETO DA CONTRIBUIÇÃO

Em conformidade com o que determina a IN/INSS/DC N° 089/2003 e IN MPS/SRP N° 03/2005, declaramos junto a Caixa de Assistência Oswaldo Cruz, para efeito de dedução da retenção pela fonte pagadora de contribuição individual previdenciária (INSS), que o (a) Dr (a)., CPF N°, Data de Nascimento:.....Portador da CTPS n°, Série registrado no PIS sob o n° ou inscrição no INSS n°, mantém vínculo empregatício com esta empresa desde/...../.....descontando mensalmente a contribuição previdenciária ao Regime Geral de Previdência Social, no TETO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DO INSS, tendo recolhido na competência/.....o valor de R\$..... (mencionar o valor da última competência paga ao profissional), que deverá ser considerado no período de validade desta declaração, para fins da **não** retenção da contribuição acima do teto.

Declaramos ainda que nos responsabilizamos pela retenção e recolhimento da contribuição previdenciária descontada para o INSS, bem como informar no E-Social correspondente, em cada mês.

Cidade – Estado e data:

NOME DA FONTE PAGADORA:

CNPJ:

ENDEREÇO:

DDD/TELEFONE:

VALIDADE DESTA DECLARAÇÃO:

(mencionar o período de validade da declaração).

NOME, CARGO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO DEPAT° RH

Declaro, sob as penas da lei, que caso haja qualquer alteração de desconto será de minha responsabilidade complementar a contribuição ao INSS até o limite máximo de contribuição, bem como comunicar imediatamente ao FIOSAÚDE em caso de perda do vínculo empregatício com a empresa acima mencionada. Declaro ainda que estou ciente de que deverei renovar esta declaração a cada exercício, sob pena do FIOSAÚDE fazer a retenção do INSS após sua validade.

NOME, CARIMBO E ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO

Atenção: esta declaração será enviada pelo prestador ao FIOSAÚDE **mensalmente ou anualmente**, ou se houver alteração da remuneração ou ainda se o prestador perder o vínculo empregatício.

Esta declaração terá validade para o período informado, que legalmente é limitado ao exercício, expirado em 31/12 do ano da emissão, desde que encaminhada ao FIOSAÚDE no ato de sua emissão, via fax ou enviado pelos correios ao setor de credenciamento.

Quando não for informado o valor da remuneração, mencionando apenas a remuneração igual ou superior ao **SALÁRIO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DO INSS**, será acatado como remuneração o **SALÁRIO TETO DO INSS** vigente à época da emissão da declaração, sendo necessária sua renovação, **imediatamente**, em caso de alteração do teto de contribuição pelo INSS, sob pena de ser feito o desconto complementar entre o salário máximo informado e o novo salário vigente.

MODELO 4 DE DECLARAÇÃO ISENÇÃO DE INSS

CRENCIADO VINCULADO A COOPERATIVA DE TRABALHO QUE RECOLHE PELO TETO DA CONTRIBUIÇÃO (EM PAPEL TIMBRADO DA COOPERATIVA)

Em conformidade com o que determina a IN/INSS/DC Nº 089/2003 e a IN MPS/SRP Nº 03/2005 declaramos e a Caixa de Assistência Oswaldo Cruz de contribuição individual previdenciária (INSS), que o (a) Dr., CPF Nº:....., Data de Nascimento:....., registrado no PIS sob o nº ou inscrição no INSS nº, é um profissional associado a esta Cooperativa de Trabalho, descontando mensalmente a contribuição previdenciária ao Regime Geral de Previdência Social, no TETO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DO INSS, tendo recebido na competência ____/____ o valor de R\$.....(mencionar o valor da última competência paga ao profissional), que deverá ser considerado no período de validade desta declaração, para fins da **não** retenção da contribuição acima do teto.

Declaramos ainda que nos responsabilizamos pela retenção e recolhimento da contribuição previdenciária descontada para o INSS, bem como informar no E-Social correspondente, em cada mês.

Cidade – Estado e data:

NOME DA COOPERATIVA:

CNPJ:.....

ENDEREÇO:.....

DDD/TELEFONE:.....

VALIDADE DESTA DECLARAÇÃO:.....

(mencionar o período de validade da declaração. A validade máxima expira em 31/12 do ano da emissão da declaração).

NOME, CARGO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DA COOPERATIVA

Declaro, sob as penas da lei, que caso haja qualquer alteração de desconto, será de minha responsabilidade complementar a contribuição ao INSS até o limite máximo de contribuição, bem como comunicar imediatamente ao FIOSAÚDE em caso de perda do vínculo com a Cooperativa acima mencionada. Declaro ainda que estou ciente de que deverei renovar esta declaração anualmente, no início de cada exercício, sob pena do FIOSAÚDE fazer a retenção do INSS após sua validade.

NOME, CARIMBO E ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO

Atenção: esta declaração será enviada pelo prestador ao FIOSAÚDE anualmente, ou se houver alteração da remuneração ou ainda se o prestador perder o vínculo com a cooperativa.

Esta declaração terá validade para o período informado, que legalmente é limitado ao exercício, expirado em 31/12 do ano da emissão, desde que encaminhada ao FIOSAÚDE no ato de sua emissão, via fax ou enviado pelos correios ao setor de credenciamento.

Quando não for informado o valor da remuneração, mencionando apenas a remuneração igual ou superior ao SALÁRIO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DO INSS, será acatado como remuneração o SALÁRIO TETO DO INSS vigente à época da emissão da declaração, sendo necessária sua renovação, **imediatamente**, em caso de alteração do teto de contribuição pelo INSS, sob pena de ser feito o desconto complementar entre o salário máximo informado e o novo salário vigente.

Atenção: veja abaixo os links para acessar alguns formulários no site da FioSaúde
(após efetuar seu login para a área restrita a credenciados):

- Hemodiálise: <http://www.fiosaude.org.br/files/Hemodi%C3%A1lise.pdf>

- Quimioterapia/radioterapia:

<http://www.fiosaude.org.br/files/Formul%C3%A1rio%20QT%20e%20Radio.pdf>