



# **MANUAL DO CREDENCIADO**



Norclínicas  
Intermédica

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>03</b>
<b>INSTRUÇÕES GERAIS</b> .....	<b>04</b>
<b>SOLICITAÇÃO DE IMPRESSOS PARA ATENDIMENTO</b> .....	<b>05</b>
<b>TELEFONES ÚTEIS</b> .....	<b>06</b>
<b>TIPOS DE BENEFICIÁRIOS</b> .....	<b>07</b>
<b>MODELOS DAS CARTEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO</b> .....	<b>07</b>
<b>PLANO EMPRESA E PLANO INDIVIDUAL</b> .....	<b>11</b>
<b>CÉDULA PROVISÓRIA PARA ATENDIMENTO</b> .....	<b>13</b>
<b>GUIA DE CONSULTA</b> .....	<b>14</b>
<b>GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SADT</b> .....	<b>16</b>
<b>GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA</b>	
<b>SP/SADT (REDE PRÓPRIA)</b> .....	<b>18</b>
<b>GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA</b>	
<b>SP/SADT (ANTIGO BAU)</b> .....	<b>18</b>
<b>GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>GUIA RESUMO DE INTERNAÇÃO</b> .....	<b>28</b>
<b>GUIA DE OUTRAS DESPESAS</b> .....	<b>32</b>
<b>GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL</b> .....	<b>34</b>
<b>PROTOCOLO DE CONTAS MÉDICAS E HOSPITALARES</b> .....	<b>36</b>
<b>RECURSO DE GLOSAS</b> .....	<b>37</b>
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXO 1 – CBO-S (ESPECIALIDADE)</b> .....	<b>40</b>
<b>ANEXO 2 – TABELA</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXO 3 – TIPO DE ACOMODAÇÃO</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXO 4 – CONSELHO PROFISSIONAL</b> .....	<b>42</b>
<b>ANEXO 5 – POSIÇÃO DO PROFISSIONAL NA EQUIPE</b> .....	<b>42</b>
<b>ANEXO 6 – MOTIVO DE SAÍDA DA INTERNAÇÃO</b> .....	<b>42</b>
<b>ANEXO 7 – RELAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO</b> .....	<b>44</b>

## **INTRODUÇÃO**

Este Manual de Orientação tem como finalidade orientá-lo no atendimento aos nossos Beneficiários.

É muito importante que nosso cliente seja bem atendido, já que ele é o objetivo maior do nosso trabalho.

Contamos com seu profissionalismo e dedicação para que continuemos a atender da melhor maneira as necessidades da Assistência Médica.  
Obrigado.



**Norclínicas  
Intermédica**

**Av. Prof. Andrade Bezerra, 1078 – Salgadoinho – Olinda – PE - CEP 53110-110**  
**CNPJ – 44.649.812/0108-77**  
**Internet: [www.norclinicas.com.br](http://www.norclinicas.com.br)**

**Departamento de Credenciamento Médico**  
**“DECRED”**  
**e-mail: [coordcredenciamento@norclinicas.com.br](mailto:coordcredenciamento@norclinicas.com.br)**

## INSTRUÇÕES GERAIS

1. Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados junto a Norclínicas Intermédica, através do fax (0XX81) 3426-6630, ou pelo endereço: Av. Prof. Andrade Bezerra, 1078 – Salgadinho – Olinda - PE, CEP: 53.110-110 ou pelo e-mail: [coordcredenciamento@norclinicas.com.br](mailto:coordcredenciamento@norclinicas.com.br). Qualquer dúvida entre em contato com o DECRETED, através do telefone **(0XX81) 3242-4708**;
2. Caso o médico se ausente do consultório/clínica por férias, licença, congresso ou qualquer outro motivo, bem como, nos casos de equipamentos em manutenção, mudança de corpo clínico ou reforma, solicitamos comunicar imediatamente o DECRETED pelos telefones **(0XX81)3242-4708**, Fax **(0XX81) 3426-6630**, ou pelo e-mail: [coordcredenciamento@norclinicas.com.br](mailto:coordcredenciamento@norclinicas.com.br);
3. Caso o paciente esteja em carência na rede credenciada, não realize o atendimento, informe ao mesmo e encaminhe-o para os Centros Médicos Norclínicas Intermédica;
- Em caso de dúvidas ligue para a nossa central de atendimento 24 horas (CAMO) - (0xx81) 2121-1001 para Recife e grande Recife e 0800 888 1900 nas demais localidades. O atendimento aos Beneficiários que estiverem em **período de carência**, acontecerá **somente**, com a apresentação de **Guia, emitida pelos Centros Médicos Norclínicas Intermédica**;
4. Preencha corretamente com letra legível e sem rasuras, pois, a leitura será feita por sistema de computadores e, qualquer erro, será acusado como atendimento indevido, portanto, sujeito a eventuais diferenças de pagamento;
5. O faturamento de contas deve ser feito com a guia original. Não serão acatadas cópias, xérox ou fax;
6. Evite deslocamentos desnecessários do paciente, que poderá retornar ao seu consultório no caso dos impressos não estarem devidamente preenchidos;
7. Observe a obrigatoriedade de preenchimento de todos os campos (das guias) que não estiver com o sombreamento;
8. As Guias emitidas pelos Centros Médicos da Norclínicas Intermédica, tem validade de 30 (trinta) dias a partir da data da emissão, assim como, as emitidas pelos consultórios, clínicas credenciadas e Ambulatório de Empresas conveniadas;
9. Para atendimento, os Beneficiários deverão apresentar obrigatoriamente:
  - ✓ **CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO OU CÉDULA PROVISÓRIA DE ATENDIMENTO**
  - ✓ **DOCUMENTO DE IDENTIDADE OU CARTEIRA PROFISSIONAL**
  - ✓ **RECIBO DE PAGAMENTO QUITADO PARA O PLANO INDIVIDUAL.**

**OBSERVAÇÃO:** Nos casos em que o beneficiário (plano individual) compareça para atendimento e não tenha o boleto bancário do último mês quitado, contate à central de atendimento 24 h (CAMO) - (0xx81) 2121-1001 para Recife e grande Recife e 0800 888 1900 nas demais localidades.

# SOLICITAÇÃO DE IMPRESSOS PARA ATENDIMENTO

Os impressos para atendimento deverão ser solicitados por escrito com a descrição dos mesmos. A entrega será realizada via correio, para aquelas localidades onde não temos Unidades de Atendimento, ou no mesmo local da entrega das contas médicas hospitalares.

**IMPORTANTE:** TODO IMPRESSO FORNECIDO É NUMERADO E REGISTRADO NO SISTEMA VINCULADO AO PRESTADOR DE SERVIÇO, PORTANTO O USO É EXCLUSIVO E INTRANSFERÍVEL, A NORCLÍNICAS INTERMÉDICA NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELO PAGAMENTO DAS GUIAS APRESENTADAS POR OUTRO PRESTADOR DE SERVIÇO.

## Unidades de Atendimento ao Credenciado Norclínicas Intermédica

### **MARANHÃO**

#### **SÃO LUÍS**

R. do Passeio, 611 - Centro - São Luís - MA  
Fone: (0XX98) 3232.5221

### **CEARÁ**

#### **FORTALEZA**

R. Tibúrcio Cavalcanti, 1563 - Aldeota - Fortaleza - CE  
Fone: (0XX85) 3052.2600

### **RIO GRANDE DO NORTE**

#### **NATAL**

R. Maxaranguape, 621 - Sala 301 - Tirol - Natal - RN  
Fone: (0XX84) 3201.3798

### **PARAÍBA**

#### **JOÃO PESSOA**

Av. Presidente Epitácio Pessoa, 475 - Sala 502 - Bairro dos Estados - João Pessoa - PB  
Fone: (0XX83) 3244.3120/1248

#### **CAMPINA GRANDE**

Av. Floriano Peixoto, 53 - Sala 306 - Centro - Campina Grande - PB  
Fone: (0XX83) 3341.5295

### **PERNAMBUCO**

#### **OLINDA**

Av. Professor Andrade Bezerra, 1078 - Salgadinho - Olinda - PE  
Fone: (0XX81) 3242.4708

#### **CARUARU**

R. Equatorial, 30 - Maurício de Nassau - Caruaru - PE  
Fone.: (0XX81) 3722.0260

#### **PETROLINA**

R. Dr. Júlio de Melo, 123, 1º andar - SI 01 - 521 - Centro - Petrolina - PE  
Fone.: (0XX87) 3862.0211

## **ALAGOAS**

### **MACEIÓ**

Av. Tomás Spindola, 83 - Farol - Maceió - AL  
Fone: (0XX82) 3336.1570

## **SERGIPE**

### **ARACAJU**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 1696 - São José - Aracaju - SE  
Fone: (0XX79) 3211.9429

## **BAHIA**

### **SALVADOR**

Av. Lucaia, 317, Sala 201 – Edf. Rafael Gordilho - Rio Vermelho - Salvador - BA  
Fone: (0XX71) 2104.3673

## **TELEFONES ÚTEIS**

**DEPARTAMENTO DE CREDENCIAMENTO::** Fone: (0XX81) 3242-4708  
**Recurso de Glosa: Fone:** (0XX81) 3426-6699 R. 217

### **Central de Atendimento 24h**

(0XX81)2121 1001 – Recife e Grande Recife  
(0XX71) 2104 3355 – Grande Salvador – Segunda a sexta das 08:00h às 18:00h  
0800 888 1900 – Demais Localidades

A nossa Central de Atendimento 24h, deverá ser acionada nos casos abaixo:

- Beneficiários em débito no dia do atendimento;
- Beneficiários sem Recibo de Pagamento ou Carteira de Identificação;
- Beneficiários em carência no dia do atendimento **(Ver no verso da Carteira de Identificação no campo "Carências")**;
- Orientações nas situações de urgência;
- Direitos e coberturas contratuais;
- Remoções;
- Remoção Inter-hospitalar;
- Dúvidas sobre internações e realizações de exame e procedimentos;
- Autorização e senha para Internação.

## **TIPOS DE BENEFICIÁRIOS**

### **São considerados Beneficiários:**

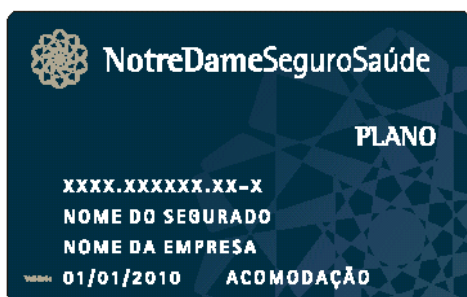
- ✓ Todos os funcionários, dependentes e agregados, das empresas que mantêm Plano de Assistência Médica da Intermédica Sistema de Saúde S/A.
- ✓ Todos os beneficiários do Plano Individual com apresentação do último Recibo de Pagamento devidamente quitado.

# MODELOS DAS CARTEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO

## NORCLÍNICAS INTERMÉDICA



## NOTREDADE SEGURO SAÚDE



### Atendimento aos segurados NotreDame Seguro Saúde

Toda Rede Credenciada estará autorizada a prestar atendimento aos beneficiários portadores da carteira da NotreDame Seguro Saúde, de acordo com o plano Sênior (307) da Norclínicas Intermédica observando-se o tipo de acomodação indicada na parte frontal da carteira (**ver modelo acima**).

A identificação do beneficiário NotreDame será feita através da apresentação da carteira NotreDame (**Modelo acima**), junto com o documento de identidade.

Ressaltamos que todas as regras para atendimento, autorização e preenchimento dos atendimentos realizados, deverão seguir os mesmos procedimentos, exceto a autorização solicitada através de fax,

que é exclusivo para beneficiários NotreDame, e utilizar os mesmos formulários fornecidos para o atendimento dos beneficiários Norclínicas Intermédica, devendo apenas, **adicionar no início da inscrição do beneficiário o número 90**, visando facilitar a identificação, conforme modelo abaixo:

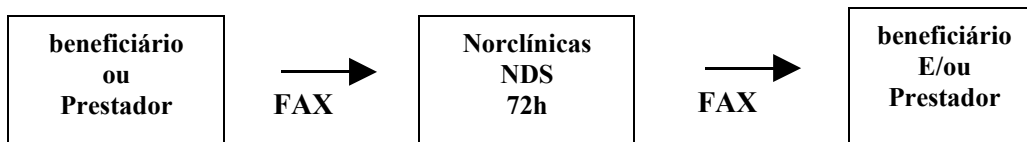
Número da carteira																
A	A	A	A	9	0	B	B	B	B	B	B	C	C	D		

Aproveitamos para lembrar que a identificação do beneficiário NotreDame é feita através da apresentação da carteira NotreDame Seguro Saúde, junto com o documento de identificação pessoal.

Os segurados da NotreDame Seguro Saúde poderão ser atendidos com **autorização médica enviada por fax**, para os casos de exames especiais, procedimentos e cirurgias eletivas.

O fluxo de atendimento aos beneficiários NotreDame ocorrerá da seguinte forma:

O **beneficiário** ou o **Prestador** passará, via **fax**, a solicitação de exames, procedimentos ou cirurgia eletiva para a Norclínicas Intermédica – **CAMO** – fones: **(0XX81) 2121 1001/ fax : (0XX81) 2121 1013 no Grande Recife, e 0800 888 1900** para as demais localidades, funcionando 24h, após a análise ( prazo máximo de 72h) e autorização da guia, o setor enviará a resposta ( autorização ou negativa), através do **fax**, para o **Emissor**.



Ao receber o fax da solicitação médica autorizada, orientar à recepção para o correto preenchimento do formulário Norclínicas Intermédica/NotreDame, repassando as informações contidas no fax para o referido documento. Esta medida visa dinamizar o processo de análise das contas Médicas.

Ratificamos que essa modalidade de atendimento via fax é exclusiva para os segurados NotreDame Seguro Saúde.

O atendimento ao beneficiário da NotreDame Seguro Saúde deve ser prestado com a mesma competência e zelo que a Rede Credenciada sempre mostrou para com a Norclínicas Intermédica.

## **TIPOS DE PLANOS - NORCLÍNICAS INTERMÉDICA**

A descrição dos planos de saúde Norclínicas Intermédica define a forma de acesso aos recursos próprios ou credenciados e o tipo de acomodação que o beneficiário receberá em caso de internação.

### **PLANOS NÃO REGULAMENTADOS**

<b><i>CÓD. DO PLANO</i></b>	<b><i>NOME DO PLANO</i></b>	<b><i>ACOMODAÇÃO</i></b>	<b><i>TIPO DE ACESSO</i></b>
222	BÁSICO(*)	ENFERMARIA	REDE PRÓPRIA/REFERENCIADA
501	STANDARD(*)	ENFERMARIA	REDE PRÓPRIA/REFERENCIADA
502	PLENO(*)	APARTAMENTO	REDE PRÓPRIA/REFERENCIADA
506	EXTRA	ENFERMARIA	LIVRE ESCOLHA NA REDE
507	SÊNIOR	APARTAMENTO	CREDENCIADA
521 a 526	OURO	APARTAMENTO	LIVRE ESCOLHA NA REDE CREDENCIADA E/OU REEMBOLSO EM RECURSOS NÃO CREDENCIADOS

**(\*) O acesso à rede credenciada dos beneficiários dos planos de rede própria, dar-se-á por meio de encaminhamento.**

### **PLANOS REGULAMENTADOS**

<b><i>CÓD. DO PLANO</i></b>	<b><i>NOME DO PLANO</i></b>	<b><i>ACOMODAÇÃO</i></b>	<b><i>TIPO DE ACESSO</i></b>
301	STANDARD (*)	ENFERMARIA	REDE PRÓPRIA/REFERENCIADA
302	PLENO(*)	APARTAMENTO	
333	INTER ALPHA(*)	ENFERMARIA	
334	INTER LUXO(*)	APARTAMENTO	
531	INTER MAIS(*)	ENFERMARIA	
532	INTER PLENO(*)	APARTAMENTO	
303	ESPECIAL NE	ENFERMARIA	LIVRE ESCOLHA NA REDE REFERENCIADA
304	ESPECIAL NE PLUS	APARTAMENTO	LIVRE ESCOLHA NA REDE REFERENCIADA

537	INTER SÊNIOR	APARTAMENTO	LIVRE ESCOLHA NA REDE CREDENCIADA
536	INTER EXTRA	ENFERMARIA	LIVRE ESCOLHA NA REDE CREDENCIADA
306	EXTRA	ENFERMARIA	LIVRE ESCOLHA NA REDE CREDENCIADA
307	SÊNIOR	APARTAMENTO	
321 / 323	OURO	APARTAMENTO	
200	MAX 200(*)	ENFERMARIA	REDE PRÓPRIA/REFERENCIADA
210	MAX 200 PLUS(*)	APARTAMENTO	REDE PRÓPRIA/REFERENCIADA
300	MAX 300	ENFERMARIA	LIVRE ESCOLHA NA REDE REFERENCIADA
310	MAX 300 PLUS	APARTAMENTO	
350	MAX 350	ENFERMARIA	
351	MAX 350 PLUS	APARTAMENTO	
400	MAX 400	ENFERMARIA	LIVRE ESCOLHA NA REDE CREDENCIADA
410	MAX 400 PLUS	APARTAMENTO	
510	MAX 500 PLUS	APARTAMENTO	
810	MAX 800 PLUS	APARTAMENTO	LIVRE ESCOLHA NA REDE CREDENCIADA OU REEMBOLSO EM RECURSOS NÃO CREDENCIADO

**(\*) O acesso à rede credenciada dos beneficiários dos planos de rede própria, dar-se-á por meio de encaminhamento.**

# NORCLÍNICAS INTERMÉDICA – PLANO EMPRESA E PLANO INDIVIDUAL

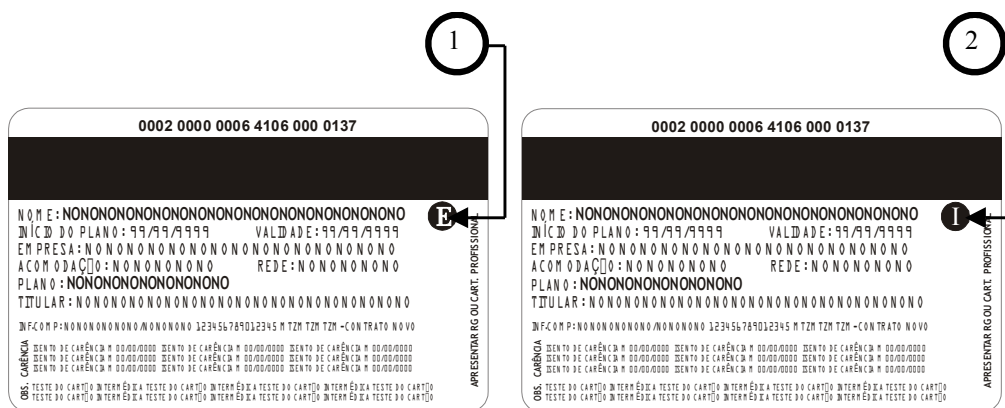
## FINALIDADE

Identificar os Beneficiários dos Planos Empresa e Individual da Norclínicas Intermédica.

<b>PLANO EMPRESA</b>	<b>PLANO INDIVIDUAL</b> apresentar Recibo de Pagamento quitado.
Norclínicas Intermédica <b>E</b>	Norclínicas Intermédica <b>I</b>

## IMPORTANTE

Para diferenciar se um Plano é Empresa ou Individual, observe na Carteira de Identificação do Beneficiário, no lado superior direito:



1 Isento da apresentação de Recibo de pagamento quitado

2 Apresentar Recibo de pagamento quitado carteirinha.

## MODELO DO RECIBO DE PAGAMENTO



Norclínicas  
Intermédica

### Recibo do Sacado

Cedente	INTERMEDICA SISTEMA DE SAUDE S/A		CNPJ	44.649.812/0108-77	Agência/Código Cedente	1247/22763-8	
Sacado			CNPJ/CPF		Vencimento	10/01/2006	
Data documento	Número do documento	15/12/2005	57522	Nosso número	00057522	Valor	66,04

Mensagem:

**ANS - Nº 359017**

REF. TAXA DE MANUTENCAO CONTRATUAL - 1/2006

"A NORCLINICAS INTERMEDICA DESEJA A TODOS OS SEUS USUARIOS UM 2006 COM MUITA SAUDE E PROSPERIDADE"

APOS VENCIMENTO, ADICIONAR AO PREMIO R\$ 0,20 PARA CADA DIA DE ATRASO E MAIS 2% DE MULTA SOBRE O VALOR DO DOCUMENTO.

[www.norclinicas.com.br](http://www.norclinicas.com.br)

Autenticação Mecânica


'112/96571955-5'

# CÉDULA PROVISÓRIA DE ATENDIMENTO - CPA

## FINALIDADE

É fornecida aos Beneficiários recém-admitidos nas empresas conveniadas, provisoriamente até o recebimento da Carteira de Identificação definitiva. Esta Cédula é válida por 30 dias a partir da data de emissão.

## MODELO DA CÉDULA PROVISÓRIA DE ATENDIMENTO – CPA



**Norclínicas  
Intermédica**

CARTEIRA PROVISORIA

ASSOCIADO (TITULAR)  
Nome:..... ES  
Empresa:..... INTERMEDICA SISTEMA DE SAUDE S/A  
Padrao de Conforto: PLENO (502)  
Contrato:..... 000004  
Inscricao - Ordem:  
Convenio:..... 10735  
Data de Nascimento:  
Data de Inclusao:.  
Carencias.....: EXAMES 29/05/2004  
CIRURGIAS/INTERNACOES 29/05/2004  
PARTO 29/05/2004  
DIALISES/HEMODIALISES 29/05/2004  
QUIMIO/RADIOTERAPIA 29/05/2004  
FISIOTERAPIA 29/05/2004

ESTA CARTEIRA TEM VALIDADE ATE 22 DE NOVEMBRO DE 2006

QUALQUER ESCLARECIMENTO, FAVOR CONTACTAR NA CENTRAL DE ATENDIMENTO 24HS  
DA NORCLINICAS PELO TELEFONE (81) 2121.1001

Recife, 23 de Outubro de 2006


Atenciosamente,

# GUIA DE CONSULTA

## FINALIDADE

Formalizar registros de atendimento relativos a consulta realizada em consultório credenciado.

## MODELO GUIA DE CONSULTA

 <b>Intermédica</b> ANS nº 359017		<b>GUIA DE CONSULTA</b>		3- DATA DE EMISSÃO DA GUIA	
4- NÚMERO DA CARTEIRA			5- PLANO		6- VALIDADE DA CARTEIRA
7- NOME				8- NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
<b>DADOS DO CONTRATADO</b>					
9- CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF			10- NOME DO CONTRATADO		11- CÓDIGO CNES
12- T. LOG	13-14-15- LOGRADOURO - NÚMERO - COMPLEMENTO				
16- MUNICÍPIO		17- UF	18- CÓDIGO IBGE	19- CEP	
20- NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE					
21- CONSELHO PROFISSIONAL		22- NÚMERO NO CONSELHO		23- UF	24- CÓDIGO CBO S
<b>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA</b>					
25- TIPO DE DOENÇA A- Aguda C- Crônica		26- TEMPO DE DOENÇA A- Anos M- Meses D- Dias		27- INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0- Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1- Trânsito 2- Outros	
28- CID PRINCIPAL		29- CID (2)		30- CID (3)	
31- CID (4)					
<b>DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO REALIZADO</b>					
32- DATA DO ATENDIMENTO	33- CÓDIGO TABELA	34- CÓDIGO PROCEDIMENTO		35- TIPO DE CONSULTA 1- Primária 2- Seguimento 3- Pré-Natal	
36- TIPO DE SAÍDA 1- Retorno 2- Retorno SADI 3- Referência 4- Internação 5- Alta					
37- OBSERVAÇÃO					
38- DATA E ASSINATURA DO MÉDICO			39- DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL		
6204 DE CONSULTA - 007/06					

**DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:**

<b>CAMPOS:</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:</b>
<b>3. DATA DE EMISSÃO DA GUIA:</b>	⇒ Data da emissão da guia
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>	
<b>4. NÚMERO DA CARTEIRA:</b>	⇒ N.º do cartão do Beneficiário. deve ser preenchido com 19 (dezenove) dígitos, da esquerda para direita. Os últimos 4 (quatro) dígitos da carteirinha, deverão ser desprezados.
<b>5. PLANO:</b>	⇒ Nome do plano e n.º da Rede do Beneficiário.
<b>6. VALIDADE DA CARTEIRA:</b>	⇒ Data de validade da carteirinha do Beneficiário. (Quando constar).
<b>7. NOME:</b>	⇒ Nome do Beneficiário
<b>8. NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:</b>	⇒ Número do cartão nacional de saúde do Beneficiário.
<b>DADOS DO CONTRATADO</b>	
<b>9. CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF:</b>	⇒ Código do prestador fornecido pela Norclínicas Intermédica.
<b>10. NOME DO CONTRATADO:</b>	⇒ Nome do prestador.
<b>11. CÓDIGO CNES:</b>	⇒ Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde, conforme Resolução Normativa N.º100, da Agência Nacional de Saúde – ANS.
<b>12. T.LOG.</b>	⇒ Tipo de Logradouro.
<b>13.-14-15- LOGRADOURO – NÚMERO – COMPLEMENTO:</b>	⇒ Endereço, número do endereço e complemento do prestador executante.
<b>16. MUNICÍPIO:</b>	⇒ Município do prestador
<b>17. UF:</b>	⇒ Sigla da unidade Federativa do prestador.
<b>18. CÓDIGO IBGE:</b>	⇒ Código IBGE do município do prestador.
<b>19. CEP:</b>	⇒ Código IBGE do município do prestador.
<b>20. NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE:</b>	⇒ Nome do prestador executante.
<b>21. CONSELHO PROFISSIONAL:</b>	⇒ Sigla do Conselho Profissional do executante.
<b>22. NÚMERO DO CONSELHO:</b>	⇒ N.º do conselho profissional do executante.
<b>23. UF:</b>	⇒ Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante.
<b>24. CÓDIGO CBO–S:</b>	⇒ Código da especialidade do prestador, conforme Anexo 1 na página 40.
<b>25. TIPO DE DOENÇA:</b>	⇒ A - Aguda C - Crônica
<b>26. TEMPO DE DOENÇA:</b>	⇒ Tempo da doença referido pelo paciente e unidade



## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL /SADT

### FINALIDADE

Encaminhar os Beneficiários aos locais credenciados para a realização de procedimentos e serviços auxiliares de diagnóstico, bem como, formalizar a cobrança junto ao Setor de Contas Médicas da Norclínicas Intermédica

### ATENÇÃO

**PARA DIFERENCIAR ORIGEM DA EMISSÃO DA GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL, OBSERVE A COR:**

- ✓ GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SADT – Rede Credenciada (cor azul, manual);
- ✓ GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SADT – Ambulatório Empresa (cor verde, manual);
- ✓ Guia de Serviço Profissional/SADT - Rede Própria (cor rosa, manual);
- ✓ GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SADT – Rede Própria (cor Branca) emitida através de sistema informatizado;
- ✓ Antes da realização dos exames, observe se a Guia está endereçada ao seu serviço.
  
- ✓ Solicite os exames de forma individual, não fazendo solicitação de forma genérica como: Provas de Atividade Reumática, Sorologia para Lues, Rotina de Pré-Natal e outras.
  
- ✓ A Guia deverá ser preenchida por tipo de serviço. Ex.: uma guia para Exames Laboratoriais, outra para Radiologia, Exames Cardiológicos, Audiometria, Colposcopia, Ultra-sonografia, Endoscopia. Cada Guia deve constar até 5 exames. Procure confirmar com o paciente no ato do agendamento se as guias estão emitidas separadamente, conforme exemplo acima. Caso contrário, oriente o paciente a procurar o Centro Médico mais próximo para trocar a Guia.

## SOLICITAÇÕES DE PROCEDIMENTOS E EXAMES ESPECIAIS – GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SADT – (COR AZUL)

### FINALIDADE

Encaminhar os Beneficiários à Rede Própria da Norclínicas Intermédica, para autorização e emissão da Guia, nos casos de solicitações de Procedimentos / Exames Especiais.

Os exames a partir de 500 CH's, exames contrastados ou Doppler colorido e quimioterapia / radioterapia para todo plano Norclínicas Intermédica, deverão ser requisitados com a justificativa médica, CID e código da AMB na Guia de Serviços Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SP/SADT, orientando o beneficiário a comparecer ao Centro Médico Norclínicas Intermédica para prévia autorização.

**Relacionamos alguns Exames/Procedimentos que necessitam de Autorização e emissão de guia pela Norclínicas Intermédica:**

ANGIOFLUORESCENOGRÁFIA/ RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE AV. DE ESCLEROSE E VARIZES DE ESÓFAGO AV. DE LITOTRIPSIA RENAL BIOMETRIA ULTRASSÔNICA BRONCOSCOPIA CALAZIO CAPSULECTOMIA CARDIO ESTIMULAÇÃO TRANSESOFÁGICA (CETE) CARDIOTOCOGRAFIA CATETERISMOS CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO COMMIBI CINTILOGRAFIAS/ MAPEAMENTOS COLONOSCOPIA DENSITOMETRIA ÓSSEA ECOCARDIOGRAMA FETAL ECODOPPLER/ USG COM DOPPLER/ FLUXOMETRIA	ECODOPPLER CARDIOGRAMA COLORIDO ECOSTRESS ECOTRANSESOFÁGICO ELETROCOCLEOGRAFIA ELETROENCEFALOGRAFIA DIGITAL/ MAPEAMENTO CEREBRAL DIGITAL ELETROMANOMETRIA ELETRONEUROMIOGRAFIAS ESCLEROSE DE VARIZES DE ESÓFAGO ESTUDOS ANGIOGRÁFICOS ESTUDO URODINÂMICO/ UROFLUXOMETRIA FACECTOMIA (CATARATA) FLEBOGRAFIA FOTOCOAGULAÇÃO GENÉTICA (EXAMES E PROCEDIMENTOS) HEMODIALISE HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA HOLTER DE PRESSÃO (MAPA) LITOTRIPSIA MANOMETRIA ANORETAL	MAPEAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA) MIELOGRAFIA NASOFIBROLARINGOSCOPIA OTONEUROLÓGICO PEQUENA CIRURGIA PH METRIA MONITORAÇÃO CONTÍNUA DO PH ESÓFAGO POLISSONOGRAFIA PROVAS DE FUNÇÃO PULMONAR (SIMPLES E COMPLETA) PTERÍGIO PUNÇÃO BIÓPSIA QUIMIOTERAPIA RADIOTERAPIA RENOGRAMA RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS TESTE DE AGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA TOCOCARDIOGRAFIA/ CARDIOTOCOGRAFIA TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS VITRECTOMIA
--	---	---

## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL /SADT – REDE PRÓPRIA (BRANCA SE INFORMATIZADA OU ROSA SE MANUAL)

### FINALIDADE

Encaminhar os beneficiários aos locais autorizados para realização de procedimentos e serviços auxiliares de diagnóstico, bem como formalizar cobrança junto ao setor de Contas Médicas da Norclínicas Intermédica.

### IMPORTANTE

Esta guia será emitida apenas pelos Centros Médicos da Norclínicas Intermédica.

## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SADT - (COR AMARELA) - ANTIGO "BAU"

### FINALIDADE

Registrar todos os atendimentos de urgência e emergência realizados aos pacientes da Norclínicas Intermédica. É de extrema importância no processamento da fatura apresentada pelo Hospital.


### IMPORTANTE

A recepção do Pronto Socorro do Hospital ao recepcionar o paciente da Norclínicas Intermédica deverá preencher a Guia de Serviço Profissional (cor amarela), para registro do atendimento.

1 – Todas as solicitações e senhas deverão ser efetuadas antes do atendimento ao beneficiário. Não serão liberadas senhas após o atendimento;

2 - Para realização dos atendimentos de urgência / emergência o hospital deverá solicitar senha à Central de Atendimento 24h (CAMO) Norclínicas Intermédica;

3 - Esta guia deve ser grampeada juntamente com a "Ficha de Atendimento Hospitalar", emitida pelo hospital.

 Intermédica		<b>ANS nº 359017</b>		<b>GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT</b>							
3- Nº GUIA PRINCIPAL (PACIENTE INTERVADO)		4- DATA DA AUTORIZAÇÃO		5- SENHA		6- DATA VALIDADE DA SENHA		7- DATA EMISSÃO DA GUIA			
8- NÚMERO DA CARTEIRA				9- PLANO				10- VALIDADE DA CARTEIRA			
11- NOME						12- NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE					
13- CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF		14- NOME DO CONTRATADO				15- CÓDIGO CNES					
16- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				17- CONSELHO PROFISSIONAL		18- NÚMERO NO CONSELHO		19- UF		20- CÓDIGO CBO S	
21- DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO		22- CARÁTER DA SOLICITAÇÃO E- Eletiva U- Urgência/Emergência		23- CID 10		24- INDICAÇÃO CLÍNICA (OBRIGATORIO SE PEQUENA CIRURGIA, TERAPIA, CONSULTA REFERENCIADA E ALTO CUSTO)					
25- TABELA		26- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27- DESCRIÇÃO				28- QTDE. SOLIC.	29- QTDE. AUTORIZ.		
01											
02											
03											
04											
05											
30- CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF		31- NOME DO CONTRATADO				32- T. LOG					
33-34-35- LOGRADOURO - NÚMERO - COMPLEMENTO		36- MUNICÍPIO				37- UF		38- CDD- IBGE	39- CEP	40- CÓDIGO CNES	
41- NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE/COMPLEMENTAR				42- CONSELHO PROFISSIONAL		43- NÚMERO NO CONSELHO		44- UF	45- CÓDIGO CBO S		
46- TIPO ATENDIMENTO 01- Hemorragia 02- Pequena Cirurgia 03- Terapias 04- Consulta 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar 07- SADT Internado 08- Quimioterapia 09- Radioterapia 10- TRS - Terapia Renal Substitutiva				47- INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0- Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1- Trânsito 2- Outros		48- TIPO DE SAÍDA 1- Rotorno 2- Rotorno SADT 3- Referência 4- Internação 5- Alta 6- Óbito		49- TIPO DE DOENÇA A- Aguda C- Crônica		50- TEMPO DE DOENÇA A- Anos M- Meses D- Dias	
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL OUT/08											
<b>PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE</b>											
51- DATA	52- HORA INICIAL	53- HORA FINAL	54- TABELA	55- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	56- DESCRIÇÃO	57- QTDE.	58- VIA	59- TEC.	60- % RED./ACRESC.	61- VALOR UNITÁRIO R\$	62- VALOR TOTAL R\$
1:											
2:											
3:											
4:											
5:											
<b>63- DATA E ASSINATURA DE PROCEDIMENTOS EM SÉRIE</b>											
1:	3:	5:	7:	9:							
2:	4:	6:	8:	10:							
64- OBSERVAÇÃO											
65- TOTAL PROCEDIMENTOS R\$		66- TOTAL TAXAS E ALUGUEIS R\$		67- TOTAL MATERIAIS R\$		68- TOTAL MEDICAMENTOS R\$		69- TOTAL DIARIAS R\$		70- TOTAL GASES MEDICINAIS R\$	71- TOTAL GERAL DA GUIA R\$
86- DATA E ASSINATURA SOLICITANTE				87- DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO				88- DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL		89- DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE	
<b>OPM SOLICITADOS</b>											
72- TABELA	73- CÓDIGO DO OPM	74- DESCRIÇÃO OPM			75- QTDE.	76- FABRICANTE			77- VALOR UNITÁRIO R\$		
1:											
2:											
3:											
4:											
5:											
6:											
7:											
8:											
9:											
<b>OPM UTILIZADOS</b>											
78- TABELA	79- CÓDIGO DO OPM	80- DESCRIÇÃO OPM			81- QTDE.	82- CÓDIGO DE BARRAS	83- VALOR UNITÁRIO R\$		84- VALOR TOTAL R\$		
1:											
2:											
3:											
4:											
5:											
6:											
7:											
8:											
9:											
										85- TOTAL DA OPM R\$	

**DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:**

<b>CAMPOS:</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:</b>
<b>3. N.º DA GUIA PRINCIPAL (PACIENTE INTERNADO):</b>	⇒ Este campo se aplica somente a pacientes internados.
<b>4. DATA DA AUTORIZAÇÃO:</b>	⇒ Data da autorização
<b>5. SENHA:</b>	⇒ Senha de autorização
<b>6. DATA VALIDADE SENHA:</b>	⇒ Data de validade da senha
<b>7. DATA DE EMISSÃO DA GUIA:</b>	⇒ Data de emissão da guia
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO:</b>	
<b>8. N.º DA CARTEIRA:</b>	⇒ N.º do cartão do Beneficiário. deve ser preenchido com 19 (dezenove) dígitos, da esquerda para direita. Os últimos 4 (quatro) dígitos da carteirinha, deverão ser desprezados.
<b>9. PLANO:</b>	⇒ NOME DO PLANO E N.º DA REDE DO BENEFICIÁRIO
<b>10. VALIDADE DA CARTEIRA:</b>	⇒ Data de validade da carteirinha do Beneficiário. <b>(Quando constar).</b>
<b>11. NOME:</b>	⇒ Nome do Beneficiário
<b>12. NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:</b>	⇒ Número do cartão nacional de saúde do Beneficiário.
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE:</b>	
<b>13. CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF:</b>	⇒ Código do prestador fornecido pela Norclínicas Intermédica.
<b>14. NOME DO CONTRATADO:</b>	⇒ Nome do prestador solicitante.
<b>15. CÓDIGO CNES:</b>	⇒ Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde, conforme Resolução Normativa N.º100, da Agência Nacional de Saúde – ANS.
<b>16. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:</b>	⇒ Nome do profissional solicitante
<b>17. CONSELHO PROFISSIONAL:</b>	⇒ Sigla do conselho profissional
<b>18. NÚMERO NO CONSELHO:</b>	⇒ Número no conselho profissional
<b>19. UF:</b>	⇒ Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional
<b>20. CÓDIGO CBO-S:</b>	⇒ Código da especialidade do prestador, conforme Anexo 1 na página 40
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS/EXAMES SOLICITADOS</b>	
<b>21. DATA/ HORA DA SOLICITAÇÃO:</b>	⇒ Data/ hora da solicitação
<b>22. CARÁTER DA SOLICITAÇÃO:</b>	⇒ Código do caráter da solicitação Eletivo = "E" Urgência/Emergência = "U"
<b>23. CID10:</b>	⇒ Código CID10 do diagnóstico principal
<b>24. INDICAÇÃO CLÍNICA:</b>	⇒ Deve ser preenchido pelo profissional solicitante
<b>25. TABELA:</b>	⇒ Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme Anexo 2 na página 41
<b>26. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:</b>	⇒ Código do Procedimento solicitado
<b>27. DESCRIÇÃO :</b>	⇒ Descrição do procedimento solicitado
<b>28. QTDE. SOLIC.:</b>	⇒ Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento

<b>29. QTDE AUTORIZ.:</b>	⇒ Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento
<b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>	
<b>30. CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF:</b>	⇒ Código na operadora ou CNPJ ou CPF do Prestador executante
<b>31. NOME DO CONTRATADO:</b>	⇒ Nome do prestador
<b>32. T. LOG.:</b>	⇒ Tipo de Logradouro.
<b>33.-34-35- LOGRADOURO – NÚMERO – COMPLEMENTO:</b>	⇒ Endereço, número do endereço e complemento do prestador executante.
<b>36. MUNICÍPIO:</b>	⇒ Município do prestador executante
<b>37. UF:</b>	⇒ Sigla da UF do prestador executante
<b>38. Cód. IBGE:</b>	⇒ Código IBGE do município do prestador executante
<b>39. CEP:</b>	⇒ CEP do endereço do prestador.
<b>40 CÓDIGO CNES:</b>	⇒ Código CNES do prestador executante
<b>41. NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / COMPLEMENTAR:</b>	⇒ Nome do profissional executante / complementar
<b>42. CONSELHO PROFISSIONAL:</b>	⇒ Sigla do conselho profissional do solicitante conforme Anexo 4 na página 42
<b>43. NÚMERO NO CONSELHO:</b>	⇒ Número no conselho profissional do solicitante.
<b>44. UF:</b>	⇒ Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante.
<b>45. CÓDIGO CBO-S:</b>	⇒ Código da especialidade do solicitante conforme Anexo 1 na página 40
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>	
<b>46. TIPO ATENDIMENTO:</b>	Preencha com o código correspondente ao tipo de atendimento: 1 - Remoção 2 - Pequena Cirurgia 3 - Terapia 4 - Consulta 5 - Exame 6 - Atendimento Domiciliar 7 - SADT Internado 8 - Quimioterapia 9 - Radioterapia 10 - TRS Terapia Renal Substitutiva
<b>47. INDICAÇÃO DE ACIDENTE:</b>	⇒ Indica se houve Acidente ou doença relacionado 0 - ao trabalho 1 - trânsito 2 - outros
<b>48. TIPO DE SAÍDA:</b>	⇒ Preencha com o código correspondente do tipo de saída: 1 - Retorno 2 - Retorno com SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
<b>49. TIPO DE DOENÇA:</b>	⇒ Preencha com código correspondente ao Tipo de Doença: A - Aguda C - Crônica
<b>50. TEMPO DE DOENÇA</b>	⇒

	Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo: "A" =anos "M" =meses "D" =dias
<b>PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE</b>	
<b>51. DATA:</b>	⇒ Data de realização do procedimento
<b>52. HORA INICIAL:</b>	⇒ Hora inicial de realização do Procedimento
<b>53. HORA FINAL:</b>	⇒ Hora final de realização do procedimento
<b>54. TABELA:</b>	⇒ Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme Anexo 2 na página 41
<b>55. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:</b>	Código do procedimento Realizado.
<b>56. DESCRIÇÃO :</b>	⇒ Descrição do procedimento solicitado
<b>57. QUANTIDADE REALIZADA:</b>	⇒ Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/procedimento realizado.
<b>58. VIA DE ACESSO</b>	⇒ Código da via de acesso U – Única M – Mesma via D – Diferentes vias
<b>59. TÉCNICA UTILIZADA:</b>	⇒ Código da técnica utilizada C – Convencional V - Videolaparoscopia
<b>60. % DE REDUÇÃO/ACRÉSCIMO:</b>	⇒ % de redução/ acréscimo no caso de cirurgia múltipla/radiologia de múltiplas áreas
<b>61. VALOR UNITÁRIO R\$:</b>	⇒ Valor unitário em R\$ do procedimento/serviço realizado
<b>62. VALOR TOTAL R\$:</b>	⇒ Valor total em R\$ dos procedimentos/serviços realizado
<b>63 – DATA E ASSINATURA DE PROCEDIMENTOS EM SÉRIE (QUANDO HOVER)</b>	
<b>1 3 5 7 9</b> <b>2 4 6 8 10:</b>	⇒ Datar e solicitar a assinatura dos pacientes em cada sessão dos Procedimentos em série
<b>64. OBSERVAÇÃO:</b>	⇒ Observações
<b>65. TOTAL PROCEDIMENTOS R\$:</b>	⇒ Valor em R\$ de procedimentos
<b>66. TOTAL TAXAS E ALUGUÉIS R\$:</b>	⇒ Valor em R\$ taxas e aluguéis
<b>67. TOTAL MATERIAIS R\$:</b>	⇒ Valor em R\$ de materiais
<b>68. TOTAL MEDICAMENTOS:</b>	⇒ Valor em R\$ de medicamentos
<b>69. TOTAL DIÁRIAS R\$:</b>	⇒ Valor em R\$ de diárias
<b>70. TOTAL GASES MEDICINAIS R\$:</b>	⇒ Valor em R\$ de gases medicinais
<b>71. TOTAL GERAL DA GUIA R\$:</b>	⇒ Valor em R\$ do total geral
<b>OPM SOLICITADOS (QUANDO HOVER)</b>	
<b>72. TABELA:</b>	⇒ Código da Tabela de OPM.
<b>73. CÓDIGO OPM:</b>	⇒ Código da OPM solicitada
<b>74. DESCRIÇÃO OPM:</b>	⇒ Descrição OPM solicitada
<b>75. QTDE.:</b>	⇒ Quantidade de OPM solicitadas
<b>76. FABRICANTE:</b>	⇒ Nome do Fabricante da OPM Solicitada
<b>77. VALOR UNITÁRIO R\$:</b>	⇒ Valor unitário em R\$ da OPM Utilizada
<b>OPM UTILIZADOS (QUANDO HOVER)</b>	
<b>78. TABELA:</b>	⇒ Código da Tabela de OPM.
<b>79. CÓDIGO OPM:</b>	⇒ Código da OPM utilizada

<b>80. DESCRIÇÃO OPM:</b>	⇒ Descrição da OPM
<b>81. QTDE.:</b>	⇒ Quantidade utilizada de OPM
<b>82. CÓDIGO DE BARRAS:</b>	⇒ Código de barra identificador da OPM utilizada
<b>83. VALOR UNITÁRIO R\$:</b>	⇒ Valor unitário em R\$ da OPM Utilizada
<b>84. VALOR TOTAL R\$:</b>	⇒ Valor total em R\$ da OPM Utilizada
<b>85. TOTAL DA OPM R\$:</b>	⇒ Valor total de OPM em R\$
<b>86 DATA E ASSINATURA DO SOLICITANTE:</b>	⇒ Data e assinatura do solicitante
<b>87. DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO:</b>	⇒ Data e assinatura do responsável pela autorização
<b>88. DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL:</b>	⇒ Data e assinatura do beneficiário ou responsável.
<b>89. DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE:</b>	⇒ Data e assinatura do prestador executante

---

## PROCEDIMENTO NOS CASOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

---

### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

#### FINALIDADE

Registrar a solicitação de Internação Hospitalar.

#### **IMPORTANTE:**

- 1 - As solicitações de cirurgias eletivas serão efetuadas nesta guia. O beneficiário deverá ser orientado a comparecer ao Centro Médico Norclínicas Intermédica para autorização prévia;
- 2- No ato da Internação eletiva, solicite a senha de autorização fornecida pela central de atendimento 24h (CAMO) - (0xx81) 2121-1001 para Recife e grande Recife e 0800 888 1900 nas demais localidades.
- 3 - Os procedimentos cirúrgicos que necessitem de materiais e/ou medicações especiais de alto custo (VER ANEXO 7, na pág. 44), devem ser pré-autorizados pela Norclínicas Intermédica, com a apresentação dos valores, obedecendo a antecedência de 48 horas. Nos casos de urgência, ligar de imediato para a CAMO, disponível 24 horas;
- 4 - Após o atendimento realizado em Pronto Socorro (Urgência e/ou Emergência) e verificando-se a necessidade de Internação Hospitalar em caráter de urgência, a recepção deverá emitir a Guia de Solicitação de Internação;
- 5 - A ocorrência da Internação deverá ser comunicada de imediato à central de atendimento 24 h (CAMO) - (0xx81) 2121-1001 para Recife e grande Recife e 0800 888 1900 nas demais localidades, e solicitada a respectiva Senha de Autorização. **NÃO SERÁ FORNECIDA SENHA RETROATIVA.**

# MODELO DA GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO - API



**Intermédica**

**ANS Nº 959017**

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

3- DATA DA AUTORIZAÇÃO		4- SENHA		5- DATA VALIDADE DA SENHA		6- DATA EMISSÃO DA GUIA		
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>								
7- NÚMERO DA CARTEIRA				8- PLANO		9- VALIDADE DA CARTEIRA		
10- NOME				11- NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE				
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>								
12- CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF			13- NOME DO CONTRATADO			14- CÓDIGO CNES		
15- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE								
16- CONSELHO PROFISSIONAL		17- NÚMERO NO CONSELHO			18- UF	19- CÓDIGO CBO S		
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO</b>								
20- CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ				21- NOME DO PRESTADOR				
22- CARÁTER DA INTERNAÇÃO E- Eletiva U- Urgência/Emergência		23- TIPO DE INTERNAÇÃO 1- Clínica 2- Cirúrgica 3- Obstétrica 4- Podiátrica 5- Psiquiátrica		24- REGIME DE INTERNAÇÃO 1- Hospitalar 2- Hospital-dia 3- Domiciliar		25- QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS		
26- INDICAÇÃO CLÍNICA								
<b>HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS</b>								
27- TIPO DE DOENÇA A- Aguda C- Crônicas		28- TEMPO DE DOENÇA REFERIDA PELO PACIENTE A- Anos M- Meses D- Dias		29- INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0- Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1- Trânsito 2- Outros				
30- CID 10 PRINCIPAL		31- CID 10 (2)		32- CID 10 (3)		33- CID 10 (4)		
<b>PROCEDIMENTOS SOLICITADOS</b>								
34- TABELA	35- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			36- DESCRIÇÃO			37- QTDE. SOLIC.	38- QTDE. AUTORIZ.
01								
02								
03								
04								
05								
<b>OPM SOLICITADOS</b>								
39- TABELA	40- CÓDIGO DO OPM		41- DESCRIÇÃO OPM		42- QTDE.	43- FABRICANTE	44- VALOR UNITÁRIO R\$	
01								
02								
03								
04								
05								
<b>DADOS DA AUTORIZAÇÃO</b>								
45- DATA PROVÁVEL DA ADMISSÃO HOSPITALAR		46- QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS	47- TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA		48- CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ			
49- NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO						50- CÓDIGO CNES		
51- OBSERVAÇÃO								
52- DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE				53- DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL		54- DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO		

**VERSO:**

PRORROGAÇÕES									
55- DATA		56- SENHA			57- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO				
58- TIPO ACOMOD.	59- ACOMODAÇÃO							60- QTDE. AUTORIZADA	
61- TABELA	62- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		63- DESCRIÇÃO			64- QTDE. SOLIC.	65- QTDE. AUT.		
66- TABELA	67- CÓDIGO DO OPM		68- DESCRIÇÃO OPM	69- QTDE.	70- FABRICANTE		71- VALOR UNITÁRIO R\$		
55- DATA		56- SENHA			57- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO				
58- TIPO ACOMOD.	59- ACOMODAÇÃO							60- QTDE. AUTORIZADA	
61- TABELA	62- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		63- DESCRIÇÃO			64- QTDE. SOLIC.	65- QTDE. AUT.		
66- TABELA	67- CÓDIGO DO OPM		68- DESCRIÇÃO OPM	69- QTDE.	70- FABRICANTE		71- VALOR UNITÁRIO R\$		
55- DATA		56- SENHA			57- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO				
58- TIPO ACOMOD.	59- ACOMODAÇÃO							60- QTDE. AUTORIZADA	
61- TABELA	62- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		63- DESCRIÇÃO			64- QTDE. SOLIC.	65- QTDE. AUT.		
66- TABELA	67- CÓDIGO DO OPM		68- DESCRIÇÃO OPM	69- QTDE.	70- FABRICANTE		71- VALOR UNITÁRIO R\$		
55- DATA		56- SENHA			57- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO				
58- TIPO ACOMOD.	59- ACOMODAÇÃO							60- QTDE. AUTORIZADA	
61- TABELA	62- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		63- DESCRIÇÃO			64- QTDE. SOLIC.	65- QTDE. AUT.		
66- TABELA	67- CÓDIGO DO OPM		68- DESCRIÇÃO OPM	69- QTDE.	70- FABRICANTE		71- VALOR UNITÁRIO R\$		
55- DATA		56- SENHA			57- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO				
58- TIPO ACOMOD.	59- ACOMODAÇÃO							60- QTDE. AUTORIZADA	
61- TABELA	62- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		63- DESCRIÇÃO			64- QTDE. SOLIC.	65- QTDE. AUT.		
66- TABELA	67- CÓDIGO DO OPM		68- DESCRIÇÃO OPM	69- QTDE.	70- FABRICANTE		71- VALOR UNITÁRIO R\$		

**DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:**

<b>CAMPOS:</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:</b>
<b>3. DATA DA AUTORIZAÇÃO:</b>	⇒ Data da autorização
<b>4. SENHA:</b>	⇒ Senha de autorização
<b>5. DATA VALIDADE DA SENHA:</b>	⇒ Data de validade da senha
<b>6. DATA EMISSÃO DA GUIA:</b>	⇒ Data de emissão da guia
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO:</b>	
<b>7. N.º DA CARTEIRA:</b>	⇒ Nº do cartão do Beneficiário. deve ser preenchido com 19 (dezenove) dígitos, da esquerda para direita. Os últimos 4 (quatro) dígitos da carteirinha, deverão ser desprezados.
<b>8. PLANO:</b>	⇒ Nome do plano e n.º da Rede do Beneficiário
<b>9. VALIDADE DA CARTEIRA:</b>	⇒ Data de validade da carteirinha do Beneficiário. <b>(Quando constar).</b>
<b>10. NOME:</b>	⇒ Nome do Beneficiário
<b>11. NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:</b>	⇒ Número do cartão nacional de saúde do Beneficiário.
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE:</b>	
<b>12. CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF:</b>	⇒ Código do prestador fornecido pela Norclínicas Intermédica.
<b>13. NOME DO CONTRATADO:</b>	⇒ Nome do prestador solicitante.
<b>14. CÓDIGO CNES:</b>	⇒ Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde, conforme Resolução Normativa N.º100, da Agência Nacional de Saúde – ANS.
<b>15. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:</b>	⇒ Nome do profissional solicitante
<b>16. CONSELHO PROFISSIONAL:</b>	⇒ Sigla do conselho profissional
<b>17. NÚMERO NO CONSELHO:</b>	⇒ Número no conselho profissional
<b>18. UF:</b>	⇒ Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional
<b>19. CÓDIGO CBO-S:</b>	⇒ Código da especialidade do prestador, conforme Anexo 1 na página 40
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO/DADOS DA INTERNAÇÃO</b>	
<b>20. CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ:</b>	⇒ Código na operadora ou CNPJ ou CPF do Prestador executante
<b>21. NOME DO PRESTADOR:</b>	⇒ Nome do prestador
<b>22. CARÁTER DA INTERNAÇÃO:</b>	⇒ Código do caráter da internação Eletivo = "E" Urgência/Emergência = "U"
<b>23. TIPO DE INTERNAÇÃO:</b>	⇒ Código tipo de internação 1 – Clínica      4 - Pediátrica 2 – Cirúrgica    5 - Psiquiátrica 3 – Obstétrica
<b>24. REGIME DE INTERNAÇÃO:</b>	⇒ 1 – Hospitalar    3 - Domiciliar 2 – Hospital-dia
<b>5. QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS:</b>	⇒ Quantidades de diárias solicitadas.
<b>26. INDICAÇÃO CLÍNICA:</b>	⇒ Texto livre preenchimento pelo médico

	solicitante da internação.
<b>HIPÓTESES DIAGNOSTICAS</b>	
<b>27. TIPO DE DOENÇA:</b>	⇒ Preencha com código correspondente ao Tipo de Doença: A – Aguda C - Crônica
<b>28. TEMPO DE DOENÇA REFERIDA PELO PACIENTE.:</b>	⇒ Tempo da doença referido pelo paciente e unidade de tempo: ⇒ "A" =anos "M" =meses "D" =dias
<b>29. INDICAÇÃO DE ACIDENTE:</b>	⇒ Indica se houve Acidente ou doença 0 - ao trabalho 2 – Outros 1 – trânsito
<b>30. CID 10 PRINCIPAL:</b>	⇒ Código CID 10 do diagnóstico principal
<b>31. CID 10 (2):</b>	⇒ Código CID 10 do segundo diagnóstico
<b>32. CID 10 (3):</b>	⇒ Código CID 10 do terceiro diagnóstico
<b>33. CID 10 (4):</b>	⇒ Código CID 10 do quarto diagnóstico
<b>Procedimentos Solicitados</b>	
<b>34. TABELA:</b>	⇒ Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme Anexo 2 na página 41
<b>35. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:</b>	⇒ Código do Procedimento solicitado
<b>36. DESCRIÇÃO:</b>	⇒ Descrição do procedimento solicitado
<b>37. QTDE. SOLIC.:</b>	⇒ Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento
<b>38. QTDE. AUTOZ.:</b>	⇒ Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento
<b>OPM Solicitados (Quando houver)</b>	
<b>39. TABELA:</b>	⇒ Código da Tabela de OPM.
<b>40. CÓDIGO DO OPM:</b>	⇒ Código da OPM solicitada
<b>41. DESCRIÇÃO OPM:</b>	⇒ Descrição OPM solicitada
<b>42. QTDE.:</b>	⇒ Quantidade de OPM solicitadas
<b>43. FABRICANTE:</b>	⇒ Nome do Fabricante da OPM Solicitada
<b>44. VALOR UNITÁRIO R\$:</b>	⇒ Valor unitário em R\$ da OPM Utilizada
<b>DADOS DA AUTORIZAÇÃO (Quando houver)</b>	
<b>45. DATA PROVÁVEL DA ADMISSÃO HOSPITALAR:</b>	⇒ Data provável da admissão no hospital
<b>46. QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS:</b>	⇒ Número de dias autorizados para a internação
<b>47. TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA:</b>	⇒ Código do tipo da acomodação autorizada conforme Anexo 3 na página 41
<b>48. CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ:</b>	⇒ Código do prestador fornecido pela Norclínicas

	Intermédica
<b>49. NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO:</b>	⇒ Nome do prestador solicitante
<b>50. CÓDIGO CNES:</b>	⇒ Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde, conforme Resolução Normativa N.º100, da Agência Nacional de Saúde – ANS.
<b>51. OBSERVAÇÃO:</b>	⇒ Observações
<b>52. DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE:</b>	⇒ Data e assinatura do médico solicitante
<b>53. DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL:</b>	⇒ Data e assinatura do paciente ou responsável
<b>54. DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO:</b>	⇒ Data e assinatura do responsável pela autorização
<b>Prorrogações</b>	
<b>55. DATA:</b>	⇒ Data da prorrogação
<b>56. SENHA:</b>	⇒ Senha de autorização
<b>57. RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO:</b>	⇒ Nome do responsável pela prorrogação
<b>58. TIPO ACOMOD.:</b>	⇒ Tipo de acomodação autorizada conforme Anexo 6 na página 42
<b>59. ACOMODAÇÃO:</b>	⇒ Descrição da acomodação
<b>60. QTDE. AUTORIZADA:</b>	⇒ Quantidade autorizada
<b>61. TABELA:</b>	⇒ Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme Anexo 2 na página 41
<b>62. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:</b>	⇒ Código do Procedimento solicitado
<b>63. DESCRIÇÃO</b>	⇒ Descrição do procedimento solicitado
<b>64. QTDE. SOLICITADA:</b>	⇒ Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento
<b>65. QTDE. AUT.:</b>	⇒ Quantidade autorizada de um mesmo serviço/procedimento
<b>66. TABELA:</b>	⇒ Código da Tabela de OPM.
<b>67. CÓDIGO DO OPM:</b>	⇒ Código da OPM solicitada
<b>68. DESCRIÇÃO OPM:</b>	⇒ Descrição OPM solicitada
<b>69. QTDE.:</b>	⇒ Quantidade de OPM solicitadas
<b>70. FABRICANTE:</b>	⇒ Nome do Fabricante da OPM Solicitada
<b>71. VALOR UNITÁRIO R\$:</b>	⇒ Valor unitário em R\$ da OPM Utilizada

# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

## **FINALIDADE**

Registrar as ocorrências das Internações Hospitalares, bem como, formalizar a cobrança junto ao Setor de Contas Médicas da Norclínicas Intermédica.

## **IMPORTANTE**

- 1- Todo internamento eletivo, urgência ou emergência, deverá estar munido de senha de confirmação fornecido pela Central de Atendimento 24h (CAMO), solicitada no ato da internação;
- 2- Em caso de atendimento em "Day Clinic", também deverá ser solicitada senha à Central de Atendimento 24h (CAMO), disponível 24 horas;
- 3- Para entrega de contas parcial referente ao mesmo paciente que permanece internado, faz-se necessário entrar em contato com a CAMO, disponível 24 horas, para comunicação do fato e solicitação de uma nova senha, independente de seguirem no mesmo período de entrega das faturas.



**DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:**

<b>CAMPOS:</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:</b>
<b>3. N.º GUIA SOLICITAÇÃO:</b>	⇒ Número da guia de solicitação.
<b>4. DATA DA AUTORIZAÇÃO:</b>	⇒ Data de emissão da autorização
<b>5. SENHA:</b>	⇒ Número da senha de autorização
<b>6. DATA VALIDADE DA SENHA:</b>	⇒ Data de validade da senha de autorização
<b>7. DATA DE EMISSÃO DA GUIA:</b>	⇒ Data de emissão da guia
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO:</b>	
<b>8. NÚMERO DA CARTEIRA:</b>	⇒ Número do cartão do beneficiário
<b>9. PLANO:</b>	⇒ Nome do plano e N.º da Rede do beneficiário
<b>10. VALIDADE DA CARTEIRA:</b>	⇒ Validade da carteira do beneficiário
<b>11. NOME:</b>	⇒ Nome do beneficiário
<b>12. NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:</b>	⇒ Número do Cartão Nacional de Saúde
<b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>	
<b>13. CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF:</b>	⇒ Código na operadora/CNPJ/CPF do contratado executante
<b>14. NOME DO CONTRATADO EXECUTANTE:</b>	⇒ Nome do contratado executante
<b>15. CÓDIGO CNES CÓDIGO EXECUTANTE:</b>	⇒ Código CNES do prestador executante
<b>16. TIPO LOGRADOURO:</b>	⇒ Tipo Logradouro
<b>17-18-19-20. LOGRADOURO / NÚMERO / COMPLEMENTO / MUNICÍPIO:</b>	⇒ Endereço completo do Prestador
<b>21. UF:</b>	⇒ Sigla da unidade federativa
<b>22. CÓDIGO IBGE:</b>	⇒ Código do município da Tabela do IBGE
<b>23. CEP:</b>	⇒ CEP do endereço do contratado executante
<b>DADOS DA INTERNAÇÃO:</b>	
<b>24. CARÁTER DA INTERNAÇÃO:</b>	⇒ Caráter da internação de acordo com: E – Eletivo U - Urgência / Emergência
<b>25. TIPO DE ACOMODAÇÃO:</b>	⇒ Tipo de Acomodação autorizada para a internação de acordo com o Anexo 3 na pág. 41
<b>26. DATA E HORA DA INTERNAÇÃO:</b>	⇒ Data e hora de início da internação
<b>27. DATA E HORA DA INTERNAÇÃO:</b>	⇒ Data e hora da saída da internação
<b>28. TIPO DA INTERNAÇÃO:</b>	⇒ Preencha com o código correspondente ao Tipo da 1 – Clínica 2 – Cirúrgica 3 – Obstétrica 4- Pediátrica 5 – Psiquiátrica
<b>29. REGIME DA INTERNAÇÃO:</b>	⇒ Preencha com o código correspondente ao Regime 1 – Hospitalar 2 – Hospital – dia 3 – domiciliar
<b>30. INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA:</b>	⇒ Campos a serem preenchidos para o caso de Internação Obstétrica
<b>31. SE ÓBITO EM MULHER:</b>	⇒ Condição da mulher em caso de óbito: 1 - grávida 2 - até 42 dias após termino 3 - de 43 dias a 2 meses após o término da gestação
<b>32. SE ÓBITO NEONATAL AS QUANTIDADES REFERENTES</b>	⇒ Em caso de óbito neonatal, informar as quantidades

<b>QTDE ÓBITO NEONATAL PRECOCE</b>	referentes
<b>QTDE ÓBITO NEONATAL TARDIO</b>	Número de óbitos neonatal precoce Número de óbitos neonatal tardio
<b>33. N.º DA DECLARAÇÃO DOS NASCIDOS VIVOS:</b>	⇒ N.º da declaração dos nascidos vivos
<b>34. QUANTIDADE DE NASCIDOS VIVOS A TERMO:</b>	⇒ Quantidade de nascidos vivos a termo
<b>35. QUANTIDADE NASCIDOS MORTOS:</b>	⇒ Quantidade Nascidos mortos
<b>36. QUANTIDADE NASCIDOS VIVOS PREMATUROS:</b>	⇒ Quantidade Nascidos vivos prematuros
<b>DADOS DA SAÍDA DA INTERNAÇÃO</b>	
<b>37. CID-10 PRINCIPAL:</b>	⇒ CID-10 Principal - Código Internacional de doença principal responsável pela internação.
<b>38. CID-10 (2):</b>	⇒ CID-10 (2) Código Internacional de doença responsável pela internação (quando houver)
<b>39. CID-10 (3):</b>	⇒ CID-0 (3) Código Internacional de doença responsável pela internação (quando houver)
<b>40. CID-10 (4):</b>	⇒ CID-0 (4) Código Internacional de doença responsável pela internação (quando houver)
<b>41. INDICADOR DE ACIDENTE:</b>	⇒ Indica se houve acidente de trabalho ou doença: 0 - relacionada ao trabalho 1 - acidente de trânsito 2 - outros acidentes
<b>42. MOTIVO SAÍDA:</b>	⇒ Código do motivo da saída da internação de acordo com Anexo 6 na pág. 42
<b>43. CID-10 ÓBITO:</b>	⇒ Código Internacional de Doença responsável pelo óbito do paciente
<b>44. N.º DECLARAÇÃO DE ÓBITO:</b>	⇒ Número da declaração de óbito do paciente
<b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>	
<b>45. DATA:</b>	⇒ Data de realização do procedimento
<b>46. HORA INICIAL:</b>	⇒ Horário inicial da realização do procedimento
<b>47. HORA FINAL:</b>	⇒ Horário final da realização do procedimento
<b>48. TABELA:</b>	⇒ Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme Anexo 2 na página 41
<b>49. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:</b>	⇒ Código do procedimento realizado
<b>50. DESCRIÇÃO:</b>	⇒ Descrição do procedimento realizado
<b>51. QUANTIDADE:</b>	⇒ Quantidade realizada do procedimento apresentado
<b>52. VIA DE ACESSO:</b>	⇒ Preencha com o código correspondente a Via de U – Única M – Mesma D – Diferentes Vias
<b>53. TÉCNICA UTILIZADA:</b>	⇒ Código da técnica utilizada C – Convencional                      V – Vídeolaparoscopia
<b>54. % REDUÇÃO / ACRÉSCIMO:</b>	⇒ Percentual de redução ou acréscimo




	itens de medicamentos levando em consideração a quantidade
<b>79. TOTAL GASES MEDICINAIS:</b>	⇒ Valor total dos Gases Medicinais. Somatório de todos os itens de Gases Medicinais levando em consideração a quantidade
<b>80. TOTAL GERAL:</b>	⇒ Somatório de todos os valores totais. Procedimento + Diárias + Taxas / Aluguéis + Materiais + Medicamentos + Gases Medicinais
<b>81. OBSERVAÇÃO:</b>	⇒ Observações
<b>82. DATA E ASSINATURA DO CONTRATADO:</b>	⇒ Data e Assinatura do contratado
<b>83. DATA E ASSINATURA DO AUDITOR DA OPERADORA:</b>	⇒ Data e Assinatura do auditor da operadora

## GUIAS DE OUTRAS DESPESAS

### FINALIDADE

Formalizar as despesas realizadas no atendimento com Gases Medicinais, Medicamentos, Materiais, Taxas Diversas, Diárias, Aluguéis, desde que permitido contratualmente.

### MODELO DA GUIA DE OUTRAS DESPESAS

 Intermédica		ANS nº 359017		<b>GUIA DE OUTRAS DESPESAS</b>				2- Nº GUIA REFERENCIADA					
3- CÓDIGO NA OPERADORA CNPJ/CPF			4- NOME DO CONTRATADO			DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE				5- CÓDIGO CNES			
1- CÓDIGO DE DESPESAS REALIZADAS													
CD - 1- GASES MEDICINAIS 2- MEDICAMENTOS 3- MATERIAIS 4- TAXAS DIVERSAS 5- DIÁRIAS 6- ALUGUÉIS													
6- CD*	7- DATA	8- HORA INICIAL	9- HORA FINAL	10- TABELA	11- CÓDIGO DO ITEM	12- DESCRIÇÃO	13- QTDE.	14- % RED. / ACRESC.	15- VALOR UNITÁRIO R\$	16- VALOR TOTAL R\$			
1-													
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
16-													
17-													
18-													
19-													
20-													
17- TOTAL GASES MEDICINAIS R\$		18- TOTAL MEDICAMENTOS R\$		19- TOTAL MATERIAIS R\$		20- TOTAL TAXAS DIVERSAS R\$		21- TOTAL DIÁRIAS R\$		22- TOTAL ALUGUÉIS R\$		23- TOTAL GERAL R\$	

**DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:**

<b>CAMPOS:</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:</b>
<b>2. N.º GUIA REFERENCIA:</b>	⇒ Número da Guia referencia as despesas adicionais. Número da guia principal.
<b>3. CÓDIGO NA OPERADORA /CNPJ /CPF:</b>	⇒ Código na operadora ou CNPJ ou CPF do Prestador executante
<b>4. NOME DO CONTRATADO:</b>	⇒ Nome do prestador
<b>5. CÓDIGO CNES:</b>	⇒ Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde, conforme Resolução Normativa N.º100, da Agência Nacional de Saúde – ANS.
<b>6. CD:</b>	⇒ Código da natureza da despesa: 1 – Gases Medicinais      4 – Taxas Diversas 2 – Medicamento        5 – Diárias 3 – Material                6 - Aluguéis
<b>7. DATA:</b>	⇒ Data da realização das despesas
<b>8. HORA INICIAL:</b>	⇒ Horário inicial da realização das despesas
<b>9. HORA FINAL:</b>	⇒ Horário final da realização das despesas
<b>10. TABELA:</b>	⇒ Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme Anexo 2 na página 41
<b>11. CÓDIGO DO ITEM:</b>	⇒ Código das despesas utilizadas
<b>12. DESCRIÇÃO:</b>	⇒ Descrição das despesas utilizadas
<b>13. QTDE:</b>	⇒ Quantidade realizada da despesa apresentada
<b>14. % RED./ ACRESC.:</b>	⇒ Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor da despesa realizada
<b>15. VALOR UNITÁRIO:</b>	⇒ Valor monetário de cada despesa
<b>16. VALOR TOTAL:</b>	⇒ Valor monetário da despesa considerando a quantidade executada
<b>17 TOTAL GASES MEDICINAIS R\$:</b>	⇒ Valor final de gases medicinais considerando o somatório do campo "Valor Total"
<b>18. TOTAL MEDICAMENTOS R\$:</b>	⇒ Valor final de medicamentos considerando o somatório do campo "Valor Total"
<b>19. TOTAL MATERIAIS R\$:</b>	⇒ Valor final de materiais considerando o somatório do campo "Valor Total"
<b>20. TOTAL TAXAS DIVERSAS R\$:</b>	⇒ Valor final de taxas diversas considerando o somatório do campo "Valor Total"
<b>21. TOTAL DIÁRIAS R\$:</b>	⇒ Valor final de diárias considerando o somatório do campo "Valor Total"
<b>22. TOTAL ALUGUÉIS R\$:</b>	⇒

	Valor final de aluguéis considerando o somatório do campo "Valor Total"
<b>23. TOTAL GERAL R\$:</b>	⇒ Valor final do honorário médico considerando o somatório do campo "Valor Total"


## GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

### FINALIDADE

Registrar os atendimentos realizados para os casos de visitas e avaliações hospitalares, bem como, honorários dos procedimentos cirúrgicos.

### IMPORTANTE:

É fundamental a cobrança dos honorários médicos, na guia específica, de sua posição na equipe médica, isto no caso das guias emitidas nos Centros Médicos Norclínicas Intermédica. Será acusado como atendimento indevido uma cobrança em que a guia não corresponda à posição do profissional na equipe, portanto, estando sujeito a eventuais diferenças de pagamento.

 Intermédica		<b>GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL</b>		3- Nº GUIA DE SOLICITAÇÃO / SENHA	4- DATA EMISSÃO DA GUIA																																																																																																																																																										
5- NÚMERO DA CARTEIRA		6- PLANO		7- VALIDADE DA CARTEIRA																																																																																																																																																											
8- NOME		9- NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE																																																																																																																																																													
10- CARGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF		11- NOME DO CONTRATADO		12- CÓDIGO CNES																																																																																																																																																											
13- CARGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF		14- NOME DO CONTRATADO EXECUTANTE		15- CÓDIGO CNES																																																																																																																																																											
17- GRUPO/ PART		18- NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		19- CONSELHO PROFISSIONAL																																																																																																																																																											
				20- NÚMERO NO CONSELHO																																																																																																																																																											
				21- UF																																																																																																																																																											
				22- NÚMERO NO C.P.F.																																																																																																																																																											
				23- TIPO DE ADMONISTRAÇÃO AUTORIZADA																																																																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">PROCEDIMENTOS REALIZADOS</th> <th>33- VALOR UNITÁRIO R\$</th> <th>34- VALOR TOTAL R\$</th> </tr> <tr> <th>23- DATA</th> <th>24- HORA INICIAL</th> <th>25- HORA FINAL</th> <th>26- TABELA</th> <th>27- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</th> <th>28- DESCRIÇÃO</th> <th>29- Q/TDE</th> <th>30- VIA</th> <th>31- TEC.</th> <th>32- % FREQ/ACRESC.</th> <th>33- VALOR UNITÁRIO R\$</th> <th>34- VALOR TOTAL R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">35- TOTAL GERAL HONORÁRIOS R\$</td> </tr> </tbody> </table>							PROCEDIMENTOS REALIZADOS							33- VALOR UNITÁRIO R\$	34- VALOR TOTAL R\$	23- DATA	24- HORA INICIAL	25- HORA FINAL	26- TABELA	27- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	28- DESCRIÇÃO	29- Q/TDE	30- VIA	31- TEC.	32- % FREQ/ACRESC.	33- VALOR UNITÁRIO R\$	34- VALOR TOTAL R\$	1-												2-												3-												4-												5-												6-												7-												8-												9-												10-																						35- TOTAL GERAL HONORÁRIOS R\$	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							33- VALOR UNITÁRIO R\$	34- VALOR TOTAL R\$																																																																																																																																																							
23- DATA	24- HORA INICIAL	25- HORA FINAL	26- TABELA	27- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	28- DESCRIÇÃO	29- Q/TDE	30- VIA	31- TEC.	32- % FREQ/ACRESC.	33- VALOR UNITÁRIO R\$	34- VALOR TOTAL R\$																																																																																																																																																				
1-																																																																																																																																																															
2-																																																																																																																																																															
3-																																																																																																																																																															
4-																																																																																																																																																															
5-																																																																																																																																																															
6-																																																																																																																																																															
7-																																																																																																																																																															
8-																																																																																																																																																															
9-																																																																																																																																																															
10-																																																																																																																																																															
										35- TOTAL GERAL HONORÁRIOS R\$																																																																																																																																																					
36- OBSERVAÇÃO																																																																																																																																																															
37- DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR																																																																																																																																																															
38- DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL																																																																																																																																																															

### DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:

CAMPOS:	DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:
<b>3. N.º GUIA DE SOLICITAÇÃO / SENHA:</b>	⇒ Número da guia de solicitação
<b>4- DATA EMISSÃO DA GUIA:</b>	⇒ Data de emissão da guia
<b>5. NÚMERO DA CARTEIRA:</b>	⇒ N.º do cartão do Beneficiário. deve ser preenchido com 19 (dezenove) dígitos, da esquerda para direita. Os últimos 4 (quatro) dígitos da carteirinha, deverão ser desprezados.
<b>6. PLANO:</b>	⇒ Nome do plano e n.º da Rede do Beneficiário.
<b>7. VALIDADE DA CARTEIRA:</b>	⇒ Data de

	validade da carteirinha do Beneficiário. ( <b>Quando constar</b> ).
<b>8. NOME:</b>	⇒ Nome do Beneficiário
<b>9. NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:</b>	⇒ Número do cartão nacional de saúde do Beneficiário.
<b>DADOS DO CONTRATADO (ONDE FOI EXECUTADO O PROCEDIMENTO)</b>	
<b>10. CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF:</b>	⇒ do prestador fornecido pela Norclínicas Intermédica. Código
<b>11. NOME DO CONTRATADO:</b>	⇒ Nome do prestador.
<b>12. CÓDIGO CNES:</b>	⇒ Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde, conforme Resolução Normativa N.º100, da Agência Nacional de Saúde – ANS.
<b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>	
<b>13. CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF:</b>	⇒ do prestador fornecido pela Norclínicas Intermédica. Código
<b>14. NOME DO CONTRATADO:</b>	⇒ Nome do prestador.
<b>15. CÓDIGO CNES:</b>	⇒ Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde, conforme Resolução Normativa N.º100, da Agência Nacional de Saúde – ANS.
<b>16. TIPO DA ACOMODAÇÃO AUTORIZADA:</b>	⇒ Tipo de acomodação autorizada conforme Anexo 3 na página 41
<b>17. GRAU PART:</b>	⇒ Grau de participação do profissional na equipe médica executante do serviço conforme Anexo 5 na página 42
<b>18. NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE:</b>	⇒ Nome do prestador executante.
<b>19. CONSELHO PROFISSIONAL:</b>	⇒ Sigla do Conselho Profissional do executante.
<b>20 NÚMERO DO CONSELHO:</b>	⇒ N.º do conselho profissional do executante.
<b>21. UF:</b>	⇒ Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante.
<b>22. NÚMERO NO C.P.F:</b>	⇒ Número do CPF do profissional executante do serviço
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>	
<b>23. DATA:</b>	⇒ Data de realização do procedimento
<b>24. HORA INICIAL:</b>	⇒ Hora inicial de realização do Procedimento
<b>25. HORA FINAL:</b>	⇒ Hora final de realização do procedimento
<b>26. TABELA:</b>	⇒ Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme Anexo 2 na página 41
<b>27. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:</b>	⇒ Código do procedimento Realizado.
<b>28. DESCRIÇÃO:</b>	⇒ Descrição do procedimento solicitado
<b>29. QUANTIDADE REALIZADA:</b>	⇒ Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/procedimento realizado.

<b>30. VIA DE ACESSO:</b>	⇒ Preencha com o código correspondente a Via de U – Única M – Mesma D – Diferentes Vias
<b>31. TÉCNICA UTILIZADA:</b>	⇒ Código da técnica utilizada C - Convencional V - Videolaparoscopia
<b>32. % DE REDUÇÃO/ACRÉSCIMO:</b>	⇒ % de redução/ acréscimo no caso de cirurgia múltipla/radiologia de múltiplas áreas
<b>33. VALOR UNITÁRIO R\$:</b>	⇒ Valor unitário em R\$ do procedimento/serviço realizado
<b>34. VALOR TOTAL R\$:</b>	⇒ Valor total em R\$ dos procedimentos/serviços realizado
<b>35. TOTAL GERAL HONORÁRIOS R\$:</b>	⇒ Valor final do honorário médico considerando o somatório do campo "Valor Total"
<b>36. OBSERVAÇÃO:</b>	⇒ Observaç ões
<b>37. DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR:</b>	⇒ Data e assinatura do prestador
<b>38. DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL:</b>	⇒ Data e assinatura do beneficiário ou responsável.

## PROTOCOLO DE CONTAS MÉDICAS E HOSPITALARES

### FINALIDADE

Formalizar e documentar a entrega das Contas, junto a Norclínicas Intermédica.

**Para a cobrança dos atendimentos é obrigatório o preenchimento em 02 (duas) vias do protocolo de contas médicas. A entrega de contas referente aos atendimentos dos beneficiários NotreDame, deverá ter suas guias relacionadas num protocolo de recebimento de contas médicas e hospitalares separado dos demais protocolos, visando agilizar o processamento e pagamento das mesmas.**

O faturamento deve ser entregue de acordo com o Cronograma Anual, nas unidades de atendimento da Norclínicas Intermédica, das 08:00h às 17:00h, da seguinte forma:

1. Coloque as guias em ordem alfabética;
  2. Relacione os pacientes internados;
  3. Verifique se todos os campos obrigatórios estão devidamente preenchidos e valorizados;
  4. Será considerada, para as contas entregues pelo correio ou em outras unidades da Norclínicas Intermédica, a data do protocolo do Departamento de Contas Médicas. Após o último dia do cronograma as contas serão automaticamente lançadas na próxima entrega (mês seguinte);
  5. Encaminhe juntamente com as contas a nota fiscal datada do mês da prestação dos serviços:
- Pessoa Jurídica: Nota Fiscal

Pessoa Física: RPA (Recibo de Pagamento a Autônomos), preenchido com o n.º de inscrição junto ao INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) ou n.º do PIS (Programa de Integração Social). Em ambos os casos, os documentos deverão ser totalmente preenchidos com a data do mês e da prestação de Serviço, e entregues mensalmente.

## RECURSO DE GLOSAS

1. As guias faturadas deverão ser apresentadas, obedecendo ao cronograma anual de entrega de contas médicas;
2. Para reivindicação de glosas será considerado o recebimento das contas até 90 dias fora o mês da entrega. Exemplificando: em relação às contas entregues até 30 de maio, o credenciado terá até o dia 30 de agosto para recorrer, sendo considerado intempestivo qualquer recurso apresentado além deste prazo;
3. O recurso deverá ser enviado e justificado, por escrito, acompanhado dos documentos originais que estão sendo glosados;
4. As guias **reapresentadas** deverão ser encaminhadas no mesmo período da entrega das faturas, porém em capas de lote " Protocolo de Contas Médicas e Hospitalares" separadas e devidamente preenchidas, identificando que se trata de reapresentação e anexando as guias de atendimentos correspondentes e todos os documentos necessários ao processo de reanálise da conta. O valor detalhado na capa de lote deverá ser referente apenas ao recurso ora apresentado e não ao valor total da fatura;
5. Os Recursos de Glosas devem ser encaminhados para o mesmo endereço do envio das contas;
6. Não estaremos recebendo recursos de glosas após vencido o prazo acima exposto.

## MODELO DO PROTOCOLO DE CONTAS MÉDICAS E HOSPITALARES

	<b>PROTOCOLO DE CONTAS MÉDICAS E HOSPITALARES</b>	Data da Entrega: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span> 			
Credenciado: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span>		Código do Credenciado: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</span> 			
Recebido por (Assinatura e Carimbo): <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4</span>					
Ordem	Guias <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">5</span>	Valor (R\$) <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">6</span>	Ordem	Guias	Valor (R\$)
1			36		
2			37		
3			38		
4			39		
5			40		
6			41		
7			42		
8			43		
9			44		
10			45		
11			46		
12			47		
13			48		
14			49		
15			50		
16			51		
17			52		
18			53		
19			54		
20			55		
21			56		
22			57		
23			58		
24			59		
25			60		
26			61		
27			62		
28			63		
29			64		
30			65		
31			66		
32			67		
33			68		
34			69		
35			70		
Total de Guias: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">7</span>			Total do Valor de Entregas(R\$): <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">8</span>		

**ANS – Nº 359017**

## **DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:**

<b>CAMPOS:</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:</b>
1. <b>Data de entrega:</b>	⇒ Data de entrega da conta na Norclínicas Intermédica.
2. <b>Credenciado:</b>	⇒ Razão social do Credenciado.
3. <b>Cód. Credenciado:</b>	⇒ Cód. da contratante (Fornecido pela Norclínicas Intermédica).
4. <b>Recebido por</b>	⇒ Identificação do funcionário recebedor (carimbo e assinatura)
5. <b>Guias</b>	⇒ Número da guia
6. <b>Valor</b>	⇒ Valor unitário correspondente a cada serviço prestado, ou valor reivindicado (no caso de recurso)
7. <b>Total das Guias</b>	⇒ Quantitativo de guias relacionadas
8. <b>Total do valor de entrega</b>	⇒ Somatório dos valores registrados no protocolo

## **GLOSSÁRIO**

**Acidente de Trabalho** - É aquele que ocorre no exercício de atividade a serviço da empresa e provoca lesão corporal ou perturbação funcional, que pode causar a morte, a perda ou a redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho.

**Beneficiário** – São pessoas físicas, funcionários, dependentes e colaboradores de empresas que tem contrato de prestação de serviço de assistência médico hospitalar com a Norclínicas Intermédica.

**Carência:** é o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência das coberturas contratadas, durante o qual o beneficiário não goza do direito às coberturas do padrão do plano contratado.

**Carteira de Identificação** – É o cartão emitido pela Norclínicas Intermédica, para utilização individual e personalizada pelo beneficiário, sempre que este recorra a médicos e instituições constantes do Manual do beneficiário.

**Day Clinic** – É considerado o atendimento hospitalar, solicitado pelo médico assistente, com permanência máxima de 12 (doze) horas, em instalações especialmente projetadas para este tipo de atendimento.

**Emergência** – É tudo que implicar em risco iminente de vida ou lesões irreparáveis ao paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**Manual do Credenciado** – É o documento que orienta o contratado no atendimento aos beneficiários da Norclínicas Intermédica.

**Plano de saúde** – Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais com a finalidade de garantir a assistência à saúde quanto ao acesso e o atendimento por profissionais e unidades de saúde.

**Plano Regulamentado** - É aquele celebrado na vigência da Lei nº 9.656/98, ou seja, a partir de 1º de janeiro de 1999. Devem ter registro na ANS e estão totalmente sujeitos à nova legislação.

**Plano Não Regulamentado** - É aquele celebrado antes da vigência da Lei nº 9.656/98.

**Procedimentos de alta complexidade** – Procedimento de alto custo e que requer serviços de alto grau de especialização.

**Rede Credenciada** - São recursos de saúde (médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, hospitais, dentre outros) contratados pela operadora para atendimento de seus beneficiários.

**Rede Própria** - São recursos de saúde próprios da operadora para atendimento de seus beneficiários.

**Urgência** – É a situação resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, que não implica risco iminente de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

## **Anexo 1 - CBO'S (Especialidade)**

<b>Código – Descrição</b>	<b>Código - Descrição</b>
06158 - Médico acupunturista	06151 - Médico geral comunitário
06133 - Médico alergista/imunologista	06134 - Médico geriatra
06114 - Médico anatomopatologista	06132 - Médico ginecologista
06115 - Médico anestesista	06149 - Médico ginecologista / obstetra
06175 - Médico angiologista	06136 - Médico hansenologista
06116 - Médico broncoesofologista	06124 - Médico hematologista
06159 - Médico cancerologista	06148 - Médico homeopata
06117 - Médico cardiologista	06135 - Médico hemoterapeuta
06120 - Médico cirurgião cardiovascular	06144 - Médico infectologista
06161 - Médico cirurgião de mão	06166 - Médico intensivista
06146 - Médico cirurgião de cabeça e pescoço	06137 - Médico legista
06163 - Médico cirurgião do aparelho digestivo	06139 - Médico mastologista
06112 - Médico cirurgião pediátrico	06138 - Médico nefrologista
06180 - Médico cirurgião plástico	06131 - Médico neurocirurgião
06154 - Médico cirurgião torácico	06142 - Médico neurologista
06118 - Médico cirurgião vascular	06126 - Médico nuclear
06110 - Médico cirurgião geral	06145 - Médico obstetra
06153 - Médico citopatologista	06147 - Médico oftalmologista
06177 - Médico de medicina esportiva	06168 - Médico oncologista cirúrgico
06113 - Médico de perícias médicas	06129 - Médico oncologista clínico
06141 - Médico de saúde da família	06121 - Médico oncologista pediátrico
06119 - Médico dermatologista	06150 - Médico ortopedista
06122 - Médico do trabalho	06152 - Médico otorrinolaringologista
06125 - Médico endocrinologista	06172 - Médico patologista clínico
06127 - Médico endoscopista	06155 - Médico pediatra
06128 - Médico fisiatra	06164 - Médico plantonista
06123 - Médico gastroenterologista	06157 - Médico pneumotisiologista
06143 - Médico geneticista clínico	06160 - Médico proctologista

06162 - Médico psiquiatra  
 06165 - Médico radiologista  
 06167 - Médico radioterapeuta  
 06130 - Médico reumatologista  
 06140 - Médico sanitaria  
 06156 - Médico ultrasonografista  
 06170 - Médico urologista  
 06105 - Médico em geral (clínico geral)  
 06190 - Outros médicos  
 07915 - Acupunturista  
 07310 - Assistente social em geral  
 05250 - Bacteriologista  
 05110 - Biologista em geral (biólogo biomédico)  
 05230 - Bioquímico  
 06340 - Cirurgião dentista (endodontia)  
 06350 - Cirurgião dentista (patologia bucal)  
 06355 - Cirurgião dentista (pediatria)  
 06370 - Cirurgião dentista (periodontia)  
 06360 - Cirurgião dentista (prótese)  
 06365 - Cirurgião dentista (radiologia)  
 06330 - Cirurgião dentista (saúde pública)  
 06335 - Cirurgião dentista (traumatologia buco maxilo facial)  
 06345 - Cirurgião dentista (ortodontia)  
 06310 - Cirurgião dentista em geral  
 07110 - Enfermeiro do PACS  
 07112 - Enfermeiro do PSF

07155 - Enfermeiro de terapia intensiva  
 07150 - Enfermeiro de centro cirúrgico  
 07140 - Enfermeiro do trabalho  
 07110 - Enfermeiro em geral  
 07145 - Enfermeiro obstetra  
 07165 - Enfermeiro psiquiátrico  
 07160 - Enfermeiro puericultor e pediátrico  
 07130 - Enfermeiro sanitaria  
 06710 - Farmacêutico em geral  
 05270 - Farmacologista  
 01280 - Físico nuclear  
 07620 - Fisioterapeuta  
 07914 - Foniatra  
 07925 - Fonoaudiólogo  
 06510 - Médico veterinário em geral  
 06810 - Nutricionista em geral  
 07525 - Ortoptista  
 07530 - Ótico  
 05290 - Outros bacteriologistas e trabalhadores assemelhados  
 04945 - Pedagogo  
 07410 - Psicólogo em geral  
 07550 - Técnico em orientação e mobilidade de cegos e deficientes visuais  
 07630 - Terapeuta ocupacional  
 07690 - Terapeutas em geral (outros terapeutas)  
 06540 - Zootecnista  
 19998 - Outros profissionais de nível superior  
 31120 - Agente Administrativo

## **ANEXO 2 - TABELA**

### **Código - Descrição**

01 - Lista de Procedimentos Médicos AMB 90  
 02 - Lista de Procedimentos Médicos AMB 92  
 03 - Lista de Procedimentos Médicos AMB 96  
 04 - Tabela Brasíndice  
 05 - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos  
 06 - Tabela CIEFAS-93  
 07 - Rol de Procedimentos ANS  
 08 - Tabela de Procedimentos Ambulatoriais SUS  
 09 - Tabela de Procedimentos Hospitalares SUS  
 10 - Tabela SIMPRO  
 11 - Tabela TUNEP  
 12 - Tabela VRPO  
 13 - Tabela de Intercâmbio Sistema Uniodonto  
 00 - Outras Tabelas  
 99 - Tabela Própria

### **ANEXO 3 - TIPO DE ACOMODACÃO**

#### **Código - Descrição**

1 - Enfermaria
2 - Quarto particular
3 - UTI
4 - Enfermaria dois leitos
5 - One Day clinic
6 - Unidade intermediária
7 - Apartamento
8 - Ambulatório
11 - Apartamento luxo
12 - Apartamento Simples
13 - Apartamento Standard
14 - Apartamento Suíte
15 - Apartamento com alojamento conjunto
21 - Berçário normal
22 - Berçário patológico / prematuro

#### **Código - Descrição**

23 - Berçário patológico com isolamento
31 - Enfermaria (3 leitos)
32 - Enfermaria (4 ou mais leitos)
33 - Enfermaria com alojamento conjunto
34 - Hospital Dia
35 - Isolamento
41 - Quarto Coletivo (2 leitos)
42 - Quarto privativo
43 - Quarto com alojamento conjunto
51 - UTI Adulto
52 - UTI Pediátrica
53 - UTI Neo-Natal
54 - TSI - Unidade de Terapia semi-Intensiva
55 - Unidade coronariana
61 - Outras diárias

### **ANEXO 4 - CONSELHO PROFISSIONAL**

#### **Código – Descrição**

CRAS - Conselho Regional de Assistência Social
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
CRF - Conselho Regional de Farmácia
CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRM - Conselho Regional de Medicina
CRV - Conselho Regional de Medicina Veterinária
CRN - Conselho Regional de Nutrição
CRP - Conselho Regional de Psicologia
OUT - Outros Conselhos

### **ANEXO 5 - POSIÇÃO DO PROFISSIONAL NA EQUIPE**

#### **Código - Descrição**

0 - Cirurgião
1 - Primeiro Auxiliar
2 - Segundo Auxiliar
3 - Terceiro Auxiliar
4 - Quarto Auxiliar
5 - Instrumentador
6 - Anestesista
7 - Auxiliar de Anestesista
8 - Consultor
9 - Perfusionista
10 - Pediatra na sala de parto
11 - Auxiliar SADT
12 - Clínico

## **ANEXO 6 - MOTIVO DE SAÍDA DA INTERNAÇÃO**

### **Código - Descrição**

<b>Em caso de alta</b>	
10 - Para complementação em internação domiciliar	45 - De 24 ate 48h de internação, paciente chegou agônico
11 - Curado	46 - De 24 ate 48h de internação, paciente não chegou agônico
12 - Melhorado	<b>Em caso de óbito sem necrópsia</b>
13 - Inalterado	51 - Nas primeiras 48 horas, chegou agônico
14 - A pedido	52 - Nas primeiras 48 horas, não chegou agônico
15 - Internado para diagnóstico	53 - Ocorreu após 48 horas de internação
16 - Administrativa	54 - Óbito de parturiente, com necrópsia, com permanência do recém-nascido
17 - Por indisciplina	<b>Em caso de reoperação</b>
18 - Por evasão	61 - Em politraumatizado c/menos 24hs da 1ª Cirurgia
19 - Para completar tratamento	62 - Em politraumatizado 24 a 48hs após 1ª Cirurgia
<b>Em caso de permanência</b>	63 - Em politraumatizado 48 a 72hs após 1ª Cirurgia
21 - Por características da doença	64 - Em politraumatizado acima 72hs após 1ª Cirurgia
22 - Por intercorrência	65 - Em cirurgia de emergência c/menos 24hs após 1ª Cirurgia
23 - Por motivo social	66 - Em cirurgia de emergência 24 a 48hs após 1ª Cirurgia
24 - Por doença crônica	67 - Em cirurgia de emergência 48 a 72hs após 1ª Cirurgia
25 - Por impossibilidade de convívio sócio-familiar	68 - Em cirurgia emergência acima 72h após 1ª cirurgia
<b>Em caso de transferência</b>	69 - Alta da parturiente com permanência do recém-nascido
31 - Para tisiologia	<b>Em caso de alta da parturiente com permanência do recém nascido</b>
32 - Para psiquiatria	71 - Em caso de alta da parturiente com permanência do recém-nascido
33 - Para clínica médica	
34 - Para cirurgia	
35 - Para obstetrícia	
36 - Para berçário	
37 - Para pediatria	
38 - Para isolamento	
39 - Para outros (CTI, radioterapia, etc..)	
<b>Em caso de óbito com necrópsia</b>	
41 - Até 24 horas da internação	
43 - Ocorreu após 48 horas da internação	
44 - Óbito de parturiente, com necrópsia, com permanência do recém-nascido	

## **Anexo 7 - RELAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO**

<b>DESCRIÇÃO COMERCIAL</b>				
Albumina	Daunoxone	Genotropin	Noripurum	Rubina
Antitrombina III	Desferal	Granulokine	Novoseven	Saizen
Abelcet	Dispot	Imunoglobina	Oncotaxel	Sandostatin Lar
Actilyse rt. PA	Docenter	Interferon	Onxel	Serostim
Agrastat	Emend	Invanz	O-plat	Simdax
Ambisome	Enbrel	Kybernin P1000	Orthoclone OKT -3	Simulect
Amphocil	Endobulim	Lectrun	Ovifrel	Stilamin
Arecamin	Eposido	Lentaron	Paclired	Streptase
Aredia	Eprex	Leucin	Paclitax	Synagis
Avonex	Eritromax	Liplatin	Paraplatin	Targocid
Benefix	Ethylol	Lipovenos 20%	Parexel	Tissucol
Beriplex	Fator Anti-Hemofílico	Lupron	Pegasys	Tractocile
Candidas	Fauldpami	Luveres	Pegitron	Vfend
Carboplati	Fauldmetro	Maxcef	Polimixina	Visudyne
Cardioxane	Fauldoxo	Metalyse	Proleukin	Xigris
Ciclofosfamicia	Feiba	Mitoxal	Prothromplex	Zenapax
Clinomel	Flebogaman	Neo-decopeptyl	Rapamune	Zometa
Cloridrato de Irinotecano	Flumilib	Norditropin simplexx	Remicade	Zyvox
Colis-tek	FruIdcarbo	Norelbin	Reopro	

Complementação das informações:

- A relação de medicamentos acima sofrerá atualização de acordo com a entrada de novos produtos no mercado;
- **Em caso de dúvidas com relação ao procedimento, entrar em contato com a central de atendimento 24 h (CAMO) - (0xx81) 2121-1001 para Recife e grande Recife e 0800 888 1900 nas demais localidades.**