



issec

INSTITUTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES
DO ESTADO DO CEARÁ

MANUAL DO CREDENCIADO

2014



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria do Planejamento e Gestão



O Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará - ISSEC é uma autarquia vinculada à Secretaria do Planejamento e Gestão - SEPLAG que tem por finalidade oferecer serviços de saúde, através de Rede Credenciada, aos servidores públicos do Estado do Ceará.

Missão

Gerenciar serviços de saúde oferecidos como benefício pelo Governo do Estado do Ceará aos servidores públicos estaduais, por meio de rede credenciada.

Visão

Ser um plano de saúde para os servidores públicos estaduais até 2014.

Valores

- Deus acima de tudo
- Ética
- Comprometimento
- Humanização
- Qualidade
- Motivação
- Inovação
- Modernização
- Espírito de equipe
- Responsabilidade social



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	6
2. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	7
3. REDE CREDENCIADA	8
4. INFORMAÇÕES GERAIS	11
5. ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO	13
5.1. CONSULTA MÉDICA	13
5.1.1 CONSULTAS ELETIVAS	13
5.1.2 CONSULTA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	14
5.2 EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	15
5.3 PEQUENO PROCEDIMENTO REALIZADO EM CONSULTÓRIO	17
5.4 TRATAMENTO: Fonoaudiologia, Psicologia e Fisioterapia	18
5.4.1 Para a Capital	18
5.4.2 Para o Interior do Estado	19
5.5 PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL E AUDITIVA	19
5.6 ODONTOLOGIA	20
5.6.1 AUTORIZAÇÃO DA CONSULTA ODONTOLÓGICA –Capital e Interior	20
5.6.2 NORMAS GERAIS PARA AUTORIZAÇÕES DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO CREDENCIADO	21
5.6.3 NORMAS COMPLEMENTARES PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS QUE COMPÕEM A TABELA REFERENCIAL DE ODONTOLOGIA (EXCETO CONSULTA)	23
5.6.3.1 Radiografia Periapical (ou RX-Periap) e Radiografia Interproximal (ou RX-Interpr)	23
5.6.3.2 Restauração em Amálgama (RAg) ou Restauração em Resina Fotopolimerizável (RRF)	24
5.6.3.3 Raspagem Sub-Supra Gengival (ou Rasp + Prof + ATF)	25
5.6.3.4 Aplicação Tópica de Flúor (ou Prof.+ATF)	24
5.6.3.5 Aplicação de Selante (Sel)	25
5.6.3.6 Exodontia de Dente Permanente (Exod Perm) e Exodontia de Dente Decíduo (Exod Dec)	25
5.6.3.7 Exodontia de Raiz Residual (Exod Raiz)	26
5.6.3.8 Exodontia de Dente Incluso ou Semi-Incluso	26
5.6.3.9 Tratamento Endodôntico ou Retratamento Endodôntico de 1 (um), 2 (dois), 3 (três) ou mais condutos (TratEndo 1 conduto, ReTratEndo 1 conduto, etc)	26
5.6.3.10 – Pulpotomia	27
5.6.3.11 - Procedimentos para Dente Supranumerário	27
5.7 PROCEDIMENTO HEMOTÉRAPICO – Capital	27
5.8 NUTRIÇÃO ENTERAL E NUTRIÇÃO PARENTERAL OU HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL – Capital	28
5.9 ANGIOGRAFIA E/OU HEMODINÂMICA – Capital	28
5.10 INTERNAMENTO HOSPITALAR	29
5.10.1 INTERNAMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	29
5.10.2 INTERNAMENTO ELETIVO	29
5.11 ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO -Capital	37
5.11.1 CONSULTA PSIQUIÁTRICA	37
5.11.2 TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL	37
6. COBRANÇA/PAGAMENTO DOS SERVIÇOS	39
7. FORMULÁRIOS E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO	41
7.1 REQUERIMENTO/SOLICITAÇÃO	42
7.2 REGISTRO DE CONSULTAS	44
7.3 GUIA DE SERVIÇO I	46
7.4 GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES ESPECIALIZADOS	48
7.5 GUIA DE SERVIÇO II	49
7.6 AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO: Fonoaudiologia, Psicologia e Fisioterapia	51
7.7 PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR – ELETIVO	52
7.8 GIH – GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALR ELETIVO	54



7.9 PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR – URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA _____	55
7.10 GIH – GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA _____	57
7.11 PROCEDIMENTO MÉDICO –HOSPITALAR _____	58
7.12 GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO NA REDE CREDENCIADA - FISIOTERÁPICO _____	60
7.13 LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE _____	61
7.14 GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA HOSPITALAR _____	63
7.15 REGISTRO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA _____	65
7.16 FICHA ODONTOLÓGICA _____	67
7.17 AUTORIZAÇÃO DE ODONTOLOGIA _____	70
7.18 GUIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR – GIH INTERIOR _____	71
7.19 AUTORIZAÇÃO DE PARTO - INTERIOR _____	73
7.20 GUIA - AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO - ASSISTÊNCIA AO EXCEPCIONAL _____	74
7.21 AUTORIZAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E NUTRIÇÃO PARENTERAL OU HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL _____	75
7.22 AUTORIZAÇÃO DE HEMOTERAPIA _____	76
7.23 AUTORIZAÇÃO DE HEMODINÂMICA _____	77
7.24 PEDIDO PARA TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL _____	78



1. APRESENTAÇÃO

Este **MANUAL DO CREDENCIADO – Edição 2014** servirá para regulamentar e fortalecer o sistema de auditoria do ISSEC no que se refere à autorização de procedimentos dos serviços de saúde oferecidos pelo ISSEC aos seus beneficiários, orientar, estabelecer critérios e recomendar normas aos credenciados no que diz respeito à obtenção de **autorização** para realizar procedimentos, à **cobrança** dos serviços executados e ao aperfeiçoamento da relação entre as partes.

Neste manual, que é parte integrante do contrato de prestação de serviços firmado entre o **ISSEC** e o(a) **credenciado(a)**, são apresentadas informações gerais, orientações técnicas, administrativas, normas e procedimentos a serem adotados, servindo como guia no que se refere aos aspectos operacionais da relação entre o ISSEC e a rede credenciada.

Periodicamente, de acordo com a necessidade, poderão ser criados novos formulários, emitidos comunicados e circulares de caráter substitutivo ou complementar, que serão considerados parte integrante deste manual.

As normas aqui contidas são de caráter geral e, em caso específico, deverá ser usado o bom senso.

Todas as normas aqui estabelecidas foram averbadas pela Superintendente do Instituto.

Qualquer dúvida adicional, não esclarecida neste manual, poderá ser sempre dirimida junto a:

Diretoria Técnica de Saúde31014855 e 3101-4847

Gerência de Contas da Assistência à Saúde..... 3101-4883

Núcleo de Análises de Contas3101- 4835 e 3101-4836

Núcleo de Controle de Documentação..... 3101- 4845(Fax) e 3101-4844

Gerência de Credenciamento 3101-4827

Núcleo de Acompanhamento da Rede Credenciado..... 3101-4830

Atendimento às Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais..... 3101-4830

Gerência de Autorização de Procedimentos 3101-4866

TELEATENDIMENTOFax 3101.4873 e 3101-4903

e-mail:teleatendimento@issec.ce.gov.br

Canais de Comunicação:

- Endereço: Rua Senador Pompeu, 685, Centro – CEP – 60.025-000
- Site: www.issec.ce.gov.br

2. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

São **beneficiários** do Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará – ISSEC, os servidores públicos civis e militares estaduais, ativos e inativos, e seus respectivos dependentes e pensionistas, dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, do Ministério Público Estadual, dos Tribunais de Contas do Estado e dos Municípios, dos órgãos e entidades da administração pública estadual direta, autarquia e fundacional.

O **dependente** terá direito ao benefício até 21 anos, excetuando-se os amparados por lei.

A identificação dos beneficiários e sua elegibilidade para o atendimento são determinadas obrigatoriamente pela apresentação do **Cartão Saúde ISSEC**, válido ou **cartão provisório**, conforme modelo.



Neles constam os dados necessários para a identificação do beneficiário:

- Número do cartão;
- Nome do usuário- (titular/dependente);
- Código de identificação do usuário;
- Data de nascimento;
- Data de validade do Cartão.

Para a realização do atendimento é indispensável a apresentação do **Cartão Saúde ISSEC**, válido ou **cartão provisório** acompanhado da Carteira de Identidade (RG) do beneficiário ou outro documento oficial com foto.

A prestação do serviço de saúde oferecida por este Instituto caracteriza-se pela **livre escolha**, isto é, o beneficiário escolhe o profissional ou entidade credenciada.



3. REDE CREDENCIADA

Formada por profissionais e entidades credenciadas por meio de **Edital de Credenciamento** para prestar assistência à saúde aos beneficiários do ISSEC.

O ISSEC oferece aos seus beneficiários por meio desta rede credenciada atendimento médico, ambulatorial e hospitalar, odontológico, psicológico, fisioterápico, fonoaudiológico e a pessoas portadoras de necessidades especiais, exames laboratoriais e especializados.

Efetuada o credenciamento, o credenciado é cadastrado no sistema informatizado para controle da assistência à saúde, sendo o código de identificação cadastral o número da sua **carta proposta**.

Os credenciados são incluídos em uma lista que contém seus dados profissionais (nome, endereços, telefones e especialidades) disponível no site do ISSEC: www.issec.ce.gov.br e posteriormente no **Guia Saúde ISSEC**.

A fim de manter atualizadas as informações cadastrais, para correta identificação dos credenciados, há a obrigatoriedade contratual que os mesmos comuniquem imediatamente qualquer alteração ocorrida em relação às condições e local de atendimento.

O credenciado somente poderá atender dentro da(s) especialidade(s) e procedimento(s) para o(s) qual(is) foi contratado e cadastrado.

O ISSEC não se responsabilizará pelo pagamento de serviços não contemplados nas tabelas e anexos constantes do Edital de Credenciamento.

Para efeito de cobrança/pagamento os procedimentos deverão ser codificados conforme a Tabela Saúde ISSEC. Os itens não contemplados na referida tabela deverão ser codificados conforme a Tabela AMB/92.

Os credenciados **não poderão cobrar** diretamente dos beneficiários quaisquer valores adicionais pela execução dos atendimentos e tratamentos contratados e prestados.

A cobrança de procedimentos não realizados causa prejuízos à Administração e/ou a terceiros, pois caso a Instituição efetue o pagamento destes o beneficiário ficará impedido de obter nova autorização dentro da periodicidade, sujeitando-se, ainda, o credenciado, independente de processo administrativo, a aplicação de penalidades previstas no TERMO DE CREDENCIAMENTO.

A cobrança dos serviços prestados será realizada através dos documentos comprobatórios do atendimento (guias de autorização, relatórios gerados pelo sistema de biometria e planilhas) juntamente com toda a documentação fiscal exigida.

Serão passíveis de glosa as inconsistências geradas no preenchimento dos campos das Guias Autorizadas, tais como: nome do credenciado, validade da guia, nome completo do beneficiário.



Será da responsabilidade do credenciado, verificar todos os campos das Guias Autorizadas e nos casos de inconsistências detectadas não proceder ao atendimento. Na internação de Urgência / Emergência providenciar correção da Guia, no prazo máximo de 24h úteis de sua emissão.

Também é de responsabilidade e passível de glosa a não apresentação da GUIA logo após a alta para emissão do parecer do auditor.

O **processo de cobrança/pagamento** deverá ser de acordo com cada tipo de guia de atendimento, com o **REQUERIMENTO** devidamente preenchido, constando carimbo e assinatura do credenciado e capa gerada na web.

O ISSEC elabora e disponibiliza um cronograma de entrega da produção mensal da rede credenciada - **CALENDÁRIO DE ENTREGA DE PROCESSOS DO ISSEC**.

O pagamento dos serviços prestados só poderá ser feito através de conta bancária **BRDESCO**, como consta do contrato de credenciamento.

A produção deverá ser entregue no setor de protocolo da Instituição, nas datas estabelecidas no calendário de entrega de processos do ISSEC no horário de 8h às 16h30min para a Capital e até o 5º dia útil do mês para o Interior do Estado.

Quanto à produção dos hospitais e clínicas com internamento da capital **os processos de internamento, urgência/emergência e recurso de glosa** deverão ser entregues na empresa de auditoria contratada pelo ISSEC, **mensalmente**, obedecendo ao calendário, desde que, não ultrapasse 90 (noventa) dias da alta do paciente.

A empresa contratada com este Instituto realizará, por meio de equipe médica e de enfermagem, serviços técnicos profissionais especializados de auditoria que deverá ter acesso ao prontuário, laudos e documentos relativos ao paciente durante o período de internação e/ou após a alta hospitalar. Autorizará as internações eletivas, de urgência/emergência e os procedimentos a ela vinculados. Quando necessário, também, realizará a perícia presencial do beneficiário para autorização de alguns procedimentos médicos.

A cobrança deverá ser feita no mês subsequente ao atendimento. Em cada processo deverá constar um único mês de atendimento.

A **produção em atraso** só poderá ser entregue até 90 (noventa) dias de sua realização e deverá obedecer as normas supracitadas.

Atendimentos realizados no mês de entrada não poderão vir no processo de cobrança.

É de inteira responsabilidade do credenciado procedimentos realizados por terceiros. Assim como é de sua responsabilidade o envio de toda a conta que está sendo cobrada.

As solicitações de **recurso de glosa** serão entregues na empresa de auditoria contratada pelo ISSEC de acordo com as normas estabelecidas no edital de credenciamento.



Os **formulários** para uso do credenciado estão disponíveis no site do ISSEC – www.issec.ce.gov.br, e de acordo com a necessidade, poderão ser criados novos formulários, de caráter substitutivo ou complementar.



4. INFORMAÇÕES GERAIS

Quando a autorização for através do **teleatendimento** ou da WEB pelo **sistema de biometria** é da inteira responsabilidade do credenciado a checagem da identificação e identidade do beneficiário.

Para autorização via WEB consulte o **MANUAL OPERACIONAL DE AUTORIZAÇÃO** acessando o site do ISSEC no endereço www.issec.ce.gov.br

Caso o beneficiário por ocasião do atendimento no consultório a sua digital ainda não esteja cadastrada a secretária poderá fazê-lo através da WEB, certificando-se da sua identificação com a apresentação da carteira de identidade (RG) e do **Cartão Saúde ISSEC**, válido ou **cartão provisório** atualizado.

Para a Capital e o Interior do Estado as **autorizações** serão por meio do **teleatendimento e biometria**.

O ISSEC disponibiliza as autorizações diretamente na rede credenciada, por meio da web/sistema de biometria ou pelo teleatendimento para a consulta médica eletiva, exames de Análises Clínicas, Exames Radiológicos, Exames Ultrassonográficos, Exames Cardiológicos consulta médica de urgência/emergência para os hospitais/clínicas, tratamento de Fonoaudiologia, Psicologia e Fisioterapia e procedimentos de odontologia.

No decorrer de 2014, dando continuidade à sistemática de autorização, o internamento eletivo, (clínico, cirúrgico e obstétrico), urgência/emergência, pequenos procedimentos e aqueles de alta complexidade, serão solicitados e autorizados diretamente na rede credenciada.

Alguns procedimentos poderão exigir a realização de perícia presencial do beneficiário. Nesse caso, haverá sinalização do sistema dessa necessidade, momento em que o credenciado deverá solicitar que o beneficiário agende por telefone (85) 3034-8888 e compareça na data agendada à Salutis Administração em Saúde, Rua Antônio Augusto, 1271 Sobreloja / Ed. Medical Gênese, para concluir o processo de autorização.

Procedimentos que necessitem de perícia médica para autorização seguirão normas e pré-requisitos estabelecidos pelo Instituto.

Estando o credenciado liberado para o uso do sistema de biometria, a autorização se dará através da web, gerando o **RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÃO** onde consta senha de autorização, o nome do credenciado e os dados do paciente, nome, data do atendimento, que será usada para cobrança/ pagamento.

Nos casos especiais, isto é, quando não for possível via web (sistema de biometria estiver inoperante, houver problema com a leitura da digital, fora da periodicidade, duplicidade etc), o credenciado deverá discar para o **teleatendimento** (85) 3101-4903 e solicitar a autorização para liberação do procedimento informando o código do credenciado e os dados do paciente, nome, nº do Cartão Saúde ISSEC, válido ou cartão provisório, atualizado, RG ou documento oficial com foto e data de nascimento, seguir as orientações constantes no **MANUAL OPERACIONAL DE AUTORIZAÇÃO** disponível no site do ISSEC.

No caso em que a autorização for pelo teleatendimento poderá ser solicitado o envio do pedido médico com justificativa, por fax (85) 3101-4823 ou por e-mail teleatendimento@issec.ce.gov.br, para ser analisada pela



auditoria médica do ISSEC/SALUTIS a fim de ser autorizado, quando possível. O teleatendimento está disponível de segunda a sexta-feira no horário de 8h às 17h.



5. ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO

5.1. CONSULTA MÉDICA

5.1.1 CONSULTAS ELETIVAS - estão sujeitas a autorização prévia pelo ISSEC.

O beneficiário dirige-se ao consultório do médico ou entidade credenciada, portando o Cartão Saúde ISSEC, válido ou cartão provisório atualizado e carteira de identidade (RG), na data agendada pelo credenciado escolhido.

Estando o credenciado liberado para o uso do **sistema de biometria**, a autorização se dará por meio da web, gerando o relatório **AUTORIZAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA** onde consta a senha de autorização, os dados do paciente (nome e data do atendimento) e dados do credenciado que será apresentado para efeito de cobrança/pagamento.

Quando a liberação do atendimento não for por meio do sistema de biometria o credenciado deverá, obrigatoriamente, preencher todos os campos do formulário REGISTRO DE CONSULTA MÉDICA, sem erro ou rasura que será apresentado para efeito de cobrança/pagamento.

Caso o credenciado não esteja liberado para o sistema de biometria, na hipótese de não conseguir acesso ao sistema ou de isenção da biometria, deverá discar para o **teleatendimento** e solicitar a autorização para liberação da **consulta**, informando a código do credenciado e os dados do paciente (nome, nº do Cartão Saúde ISSEC, válido ou cartão provisório, atualizado, identidade e data de nascimento).

Estando o beneficiário devidamente qualificado para a liberação da consulta, o operador do teleatendimento informa a **senha de autorização** que será transcrita para o formulário **REGISTRO DE CONSULTAS**, sem erros e/ou rasuras.

Tanto pelo sistema de biometria como pelo teleatendimento serão observados os limites de 100 consultas/mês, se pessoa física. No caso da pessoa jurídica o limite é de 100 consultas/mês/especialidade ou 200 consultas/mês em se tratando de cooperativas.

A consulta deverá ser realizada no mesmo dia da respectiva autorização e o beneficiário ou responsável deverá assinar o formulário **REGISTRO DE CONSULTAS** no campo indicado no caso da autorização ser pelo teleatendimento.

Quando a autorização for pela web/biometria, não há necessidade de constar no relatório a assinatura do beneficiário ou responsável e carimbo com assinatura do credenciado.

O beneficiário deverá estar presente no consultório no momento da solicitação da autorização da consulta pelo teleatendimento. No caso da autorização ser por meio da web a responsabilidade será do prestador do serviço, isto é, do credenciado.

O **retorno** do beneficiário no prazo de 30 dias não será considerado como nova consulta.



Para as **solicitações médicas** deverão ser usados os seguintes **formulários**:

- I- GUIA DE SERVIÇO I
 - exame auxiliar de diagnóstico;
 - pequeno procedimento realizado em consultório.
- II- GUIA DE SERVIÇO II
 - Tratamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia.
- III- PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITAR ELETIVO – Capital
- IV- GUIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR – Interior
- V - PEDIDO PARA TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

5.1.2 CONSULTA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – não está sujeita a autorização prévia.

O beneficiário portando o Cartão Saúde ISSEC válido ou cartão provisório atualizado e a Carteira de Identidade (RG) dirige-se ao hospital/clínica credenciada para o atendimento.

Estando o credenciado liberado para o uso do sistema de biometria, a autorização se dará por meio da web, gerando a **GUIA DE AUTORIZAÇÃO** onde consta a senha de autorização, o nome do credenciado e os dados do paciente (nome, data do atendimento etc.), que será usada para cobrança/pagamento.

O hospital/clínica deverá preencher os campos do formulário **GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA HOSPITALAR**, sem erro ou rasura que será apresentado, para efeito de cobrança/pagamento, juntamente com a fatura hospitalar e a **GUIA DE AUTORIZAÇÃO** gerada no momento do atendimento via web/biometria.

Havendo liberação da consulta pela biometria, os campos 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 16 e 21 da **GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA HOSPITALAR**, serão dispensados do preenchimento.

Quando a liberação do atendimento não for por meio do sistema de biometria o hospital/clínica deverá, obrigatoriamente, preencher todos os campos do formulário **GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA HOSPITALAR**, sem erro ou rasura que será apresentado para efeito de cobrança/pagamento, juntamente com a fatura hospitalar gerada no momento do atendimento.

Será **paga uma consulta** por mês/especialidade, no valor constante da Tabela do ISSEC, não havendo nenhum acréscimo em caso de consulta noturna, domingo ou feriado.

A **medicação** usada deve justificar a urgência e ser compatível com o quadro clínico, bem como prescrita pelo médico.

Os **exames** necessitam de solicitação médica, devendo ser compatíveis com o quadro clínico e justificar a urgência.

O atendimento só poderá ser feito na **especialidade** prevista no contrato de credenciamento (cláusula do objeto).

Atendimento de urgência/emergência de consulta + sutura **só pagar a sutura**.



Nos **retornos** de consultas de urgência/emergência até 30 dias pagar apenas o material e o medicamento usado.

Nos atendimentos de urgência/emergência em traumatologia quando ocorrer tratamento conservador pagar somente a consulta, exceto para os códigos contemplados na Tabela Saúde ISSEC. Neste ato serão pagos a imobilização, Raio-X, taxa de sala (Ambulatorial/Gesso), material e medicamento, mediante comprovação do uso.

Na **imobilização não gessada** não pagar a taxa de sala.

Os **laudos** deverão ser carimbados e assinados pelo profissional médico (Raio-X, ECG , etc.) ou anexados às películas em caso de Raio-X.

Para pagar o **Raio-X de Controle** é necessário que ele se refira a uma evolução, exemplo: fratura consolidada, redução de fratura, pneumonia curada, piorada, melhorada etc.

Exames de ultrassonografia, Raio-X simples, análises clínicas e endoscopia só poderão ser realizados na urgência/emergência se justificados pelo médico assistente do paciente, como exames que justifiquem a urgência/emergência e sirvam para decidir sua conduta. Neste caso não é necessário a autorização do ISSEC e para efeito de cobrança/pagamento é preciso anexar o pedido médico, com justificativa.

Exame especializado de alto custo (TC, RM) só poderá ser realizado na urgência/emergência mediante solicitação e justificativa do médico devidamente preenchido, datado, carimbado e assinado, desde que corrobore com o quadro clínico e autorizado pelo auditor médico do ISSEC, no prazo máximo de 72h após a realização do exame.

5.2 EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Gerados a partir de uma consulta médica eletiva por profissional credenciado.

As autorizações serão diretamente na rede credenciada no ato do atendimento por meio da web/sistema de biometria ou, nos casos especiais (na hipótese de não conseguir acesso ao sistema, de isenção da biometria etc), pelo teleatendimento, não havendo mais a necessidade do beneficiário vir ao ISSEC para receber referidas autorizações.

- Alergologia
- Anátomo-Patologia
- Angiologia
- Audiologia
- Cardiologia
- Cintilografia
- Colonoscopia
- Densitometria Óssea
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ginecologia



- Mamografia
- Medicina Nuclear
- Neurologia
- Oftalmologia até 4 por beneficiário
- Otorrinolaringologia
- Radiologia Contrastada
- Ressonância Magnética
- Tisiopneumologia
- Tomografia Computadorizada
- Urologia
- Ultrassonografia até 3 por beneficiário,
- Radiologia até 5 por beneficiário
- Análises Clínicas

Estes exames deverão ser solicitados em formulário próprio do ISSEC, **GUIA DE SERVIÇO I** com todos os campos devidamente preenchidos.

Nesta guia deverá conter no máximo três exames. Caso seja necessária a solicitação de mais exames, nova guia deverá ser preenchida.

Esta guia, solicitação médica, deve ser preenchida para cada tipo de serviço distinto, por exemplo: ultrassonografia em uma guia, pedidos de Raio-X em outra guia.

Para a realização do exame o beneficiário dirige-se diretamente a rede credenciada do ISSEC portando a **GUIA DE SERVIÇO I** devidamente preenchida, datada, assinada e carimbada pelo médico solicitante, informando a **senha de autorização da consulta médica** bem como o Cartão Saúde ISSEC válido ou cartão provisório atualizado e documento oficial com foto.

Alguns procedimentos poderão exigir a realização de perícia presencial do beneficiário. Nesse caso, haverá sinalização do sistema dessa necessidade, momento em que o credenciado deverá solicitar que o beneficiário agende por telefone (85) 3034-8888 e compareça na data agendada à Salutis Administração em Saúde, Rua Antônio Augusto, 1271 Sobreloja / Ed. Medical Gênese, para concluir o processo de autorização.

Nos casos em que o contrato do médico permitir realizar, dentro dos limites estabelecidos, os seguintes exames: **eletrocardiograma, colposcopia, citologia oncótica e tonometria**, este deverá também, preencher a **GUIA DE SERVIÇO I**, os campos **reservado ao médico requisitante**, bem como os campos referentes ao **serviço executado** e solicitar autorização por meio do teleatendimento ou biometria, na mesma data da realização da consulta, tanto na Capital como no Interior do Estado.

A **autorização** deverá ser solicitada no ato do atendimento por meio da web/sistema de biometria ou pelo teleatendimento.

Estando o credenciado liberado para o uso do sistema de biometria, a autorização se dará por meio da web, gerando **RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÃO** onde consta senha de autorização, o nome do credenciado e os dados do paciente, nome, data do atendimento, que será usada para cobrança/ pagamento.



Caso o credenciado não esteja liberado para o sistema de biometria ou nos casos especiais (na hipótese de não conseguir acesso ao sistema, de isenção da biometria etc), deverá discar para o **teleatendimento** e solicitar a autorização para liberação do exame informando o código do credenciado e os dados do paciente, nome, nº do Cartão Saúde ISSEC válido ou cartão provisório, atualizado, identidade e data de nascimento.

No caso da autorização ser pelo teleatendimento a **clínica ou laboratório** recebe a **GUIA DE SERVIÇO I** devidamente preenchida:

- Codifica os exames (Tabela AMB/92);
- Disca para o teleatendimento;
- Informa o número Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório;
- Informa a senha de autorização da consulta;
- Informa a código de autorização do credenciado;
- Informa o código dos exames (Tabela AMB/92).

O operador do teleatendimento informa a **senha de autorização** que será transcrita para o formulário **GUIA DE SERVIÇO I** no campo **reservado para autorização** ou imprime a autorização via web/ISSEC, nas seguintes condições:

- Beneficiário devidamente qualificado;
- Existência de cota para o exame.

A clínica ou laboratório deve:

- Usar a **GUIA DE SERVIÇO I** preenchendo os campos referentes a **serviço executado**, para a cobrança dos procedimentos junto ao ISSEC ou a autorização impressa via sistema;
- Colher a assinatura do beneficiário ou responsável na **GUIA DE SERVIÇO I** e datar do dia da autorização que deverá coincidir com a realização do exame;
- Carimbar e assinar a GUIA DE SERVIÇO I.

5.3 PEQUENO PROCEDIMENTO REALIZADO EM CONSULTÓRIO

Este deverá ser solicitado em formulário próprio do ISSEC, **GUIA DE SERVIÇO I**, devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico solicitante informando a **senha de autorização** da consulta de origem.

Alguns procedimentos poderão exigir a realização de perícia presencial do beneficiário. Nesse caso, haverá sinalização do sistema dessa necessidade, momento em que o credenciado deverá solicitar que o beneficiário agende por telefone (85) 3034-8888 e compareça na data agendada à Salutis Administração em Saúde, Rua Antônio Augusto, 1271 Sobreloja / Ed. Medical Gênese, para concluir o processo de autorização.

Caso o procedimento não necessite de perícia a autorização será direto na rede credenciada por meio da web/biometria ou nos casos especiais (na hipótese de não conseguir acesso ao sistema, de isenção da biometria etc) será pelo Teleatendimento, gerando a **GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE PEQUENO PROCEDIMENTO EM CONSULTÓRIO**.



Procedimentos que necessitem de perícia poderá ser solicitado laudos de exames anteriores ou perícia presencial, seguindo normas pré-estabelecidas.

Caso o procedimento seja realizado em unidade hospitalar a solicitação deverá ser feita no formulário **PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR ELETIVO**, devidamente preenchido com os dados pertinentes ao procedimento.

O beneficiário deverá ser informado da necessidade de dirigir-se ao hospital/clinica credenciada ao ISSEC conforme o preenchimento do **PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR ELETIVO**, para marcar dia e hora da realização do procedimento, de acordo com a disponibilidade do hospital/clinica e emissão da respectiva **GIH – GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVA**.

Para o **interior** do Estado a **autorização** será por meio do **teleatendimento ou web/biometria**.

5.4 TRATAMENTO: FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA E FISIOTERAPIA

Gerado a partir de uma consulta médica eletiva com profissional credenciado.

A autorização será diretamente na rede credenciada no ato do atendimento por meio da web/sistema de biometria ou, nos casos especiais (na hipótese de não conseguir acesso ao sistema, de isenção da biometria etc), será pelo teleatendimento, não havendo mais a necessidade do beneficiário vir ao ISSEC para receber referidas autorizações.

- **FONOAUDIOLOGIA** – máximo de 200 (duzentas) sessões por mês para o credenciado. Para cada beneficiário serão autorizadas 48 sessões por ano, sendo 08 por mês, até 02 (duas) por semana.
- **PSICOLOGIA** – máximo de 200 (duzentas) sessões por mês para o credenciado. Para Cada beneficiário serão autorizadas 48 sessões por ano, sendo 04 por mês, até 02 (duas) vezes por semana.
- **FISIOTERAPIA** - para cada beneficiário serão autorizadas 30 (trinta) sessões por ano, sendo 10 por mês, até 03 vezes por semana. Exceção para fisioterapia respiratório que poderão ser feitas até 5(cinco) sessões por semanas.

A solicitação deverá ser em formulário próprio do ISSEC, **GUIA DE SERVIÇO II**, devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico solicitante informando a **senha de autorização** da consulta de origem.

5.4.1 PARA A CAPITAL

O beneficiário dirige-se ao credenciado de sua escolha na data agendada, portando a **GUIA DE SERVIÇO II** isto é, pedido médico com diagnóstico, datado assinado e carimbado, bem como Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório atualizado a fim de realizar auditoria e, quando possível, ter seu tratamento autorizado.



Estando o credenciado liberado para o uso do sistema de biometria, a autorização se dará por meio da web, gerando a **GUIA DE AUTORIZAÇÃO** onde consta a senha de autorização, o nome do credenciado e os dados do paciente (nome, data do atendimento etc.), que será usada para cobrança/pagamento.

Caso o credenciado não esteja liberado para o sistema de biometria ou nos casos especiais (na hipótese de não conseguir acesso ao sistema, de isenção da biometria etc), deverá discar para o **teleatendimento** e solicitar a autorização para liberação do tratamento informando código do credenciado e os dados do paciente, nome, nº do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório, validade, identidade e data de nascimento.

Estando o beneficiário devidamente qualificado para a liberação do tratamento e das sessões e existência de cota o operador do teleatendimento informa a **senha de autorização** que será transcrita para o formulário **GUIA DE SERVIÇO II, sem erro ou rasura** no campo **SERVIÇO EXECUTADO** ou o credenciado imprime a autorização via web/ISSEC.

A **sessão** deverá ser realizada no mesmo dia da respectiva autorização. O beneficiário ou responsável deverá assinar a guia à medida que a sessão for realizada.

5.4.2 PARA O INTERIOR DO ESTADO

A **autorização** será por meio do **teleatendimento**.

O beneficiário dirige-se ao credenciado portando a **GUIA DE SERVIÇO II** devidamente preenchido os campos reservados ao médico requisitante, a atendente disca para o teleatendimento informando **a código do credenciado** e os dados do paciente (nome, nº do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório, validade, identidade e data de nascimento).

Estando o beneficiário devidamente qualificado para a liberação do tratamento e das sessões e existência de cota o operador do teleatendimento informa a **senha de autorização** que será transcrita para o formulário **GUIA DE SERVIÇO II, sem erro ou rasura** no campo **SERVIÇO EXECUTADO** ou o credenciado imprime a autorização via web/ISSEC.

A **sessão** deverá ser realizada no mesmo dia da respectiva autorização. O beneficiário ou responsável deverá assinar a guia à medida que a sessão for realizada.

5.5 PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL E AUDITIVA

Terão direito ao benefício filhos, pensionistas ou dependentes designados de servidores do Estado regulamente inscritos no ISSEC que apresentem comprovadamente deficiência mental e/ou auditiva.

- **SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO:**

Com um **atestado médico** que comprove a deficiência e a necessidade de atendimento especializado e o **CARTÃO SAÚDE ISSEC** válido, o responsável dará entrada por meio de um processo no protocolo do



Issec para a Gerência de Autorização de Procedimento - GEPRO/ISSEC onde será analisada a indicação médica.

Em seguida o processo é encaminhado para a Gerência de Credenciamento - GECRED/ISSEC que cadastra no sistema, emite o relatório e encaminha o beneficiário a clínica credenciada de sua escolha para que este seja submetido a uma avaliação a fim de constatar o(s) tipo(s) de atendimento(s) – clínico e/ou escolaridade que o mesmo deve receber.

A clínica devolve a GECRED/ISSEC o relatório informando as dificuldades que o mesmo apresenta e as áreas que receberá atendimento clínico e/ou escolaridade, que será validado para início do tratamento.

- **INCLUSÃO DE DEPENDENTE – FILHO INVÁLIDO**

Maiores de 21 anos cujo diagnóstico seja confirmado por meio de Laudo Médico Pericial (Oficial do Estado).

Para dar continuidade no programa será necessário formalizar um processo e dar entrada no protocolo com a apresentação dos seguintes documentos:

- Certidão de nascimento (dependente) – Xerox ;
- Extrato de pagamento atualizado (titular) - Xerox;
- RG e CPF (titular e dependente) - Xerox;
- Laudo médico pericial (dependente) - Original;
- Cartão Issec - Xerox

Para efeito de cobrança/pagamento a autorização deverá ser gerada pela entidade até o dia 10 (dez) de cada mês. Após a autorização gerada de cada beneficiário o relatório será emitido e assinado comprovando o atendimento.

5.6 ODONTOLOGIA

Todos os procedimentos odontológicos são eletivos e necessitam de autorização prévia, conforme norma especificada no item 5.6.3.

5.6.1 AUTORIZAÇÃO DA CONSULTA ODONTOLÓGICA – CAPITAL E INTERIOR

O beneficiário dirige-se ao consultório do credenciado, portando **Cartão Saúde ISSEC** válido ou **cartão provisório** atualizado e a carteira de identidade (RG) ou documento oficial com foto na data agendada pelo credenciado escolhido.

No caso do Interior do Estado e na Capital os isentos da biometria, o credenciado disca para o **Teleatendimento 3101-4903** e solicita autorização da consulta, informando **o código do credenciado** e os dados do beneficiário (nome, nº do Cartão Saúde ISSEC válido ou cartão provisório, validade, RG e data de nascimento).

Estando o beneficiário devidamente qualificado para liberação da consulta, o operador do Teleatendimento informa uma **senha de autorização** de nove dígitos composta de letras e números que



será transcrita para o formulário **REGISTRO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA**, observado o limite de 100 procedimentos/mês para o credenciado.

O beneficiário deverá estar presente no consultório no momento da solicitação da autorização da consulta.

A Consulta deverá ser realizada no mesmo dia da respectiva autorização e o beneficiário ou responsável deverá assinar o formulário no campo indicado.

O beneficiário só terá direito a uma **nova consulta odontológica** após intervalo de 6 (seis) meses, mesmo se solicitada por outro profissional. No entanto, **outro(s) procedimento(s) necessário(s) ao tratamento pode(m)** ser solicitado(s) por outro Odontólogo credenciado que não realizou a consulta.

Quando o credenciado for contratado da Capital do Estado a autorização da consulta será por meio da biometria gerando no próprio sistema o relatório AUTORIZAÇÃO DE ODONTOLOGIA, o qual será usado para efeito de cobrança/pagamento.

No interior do Estado e na Capital quando da isenção da biometria, a autorização se dará pelo teleatendimento, neste caso, o credenciado deverá usar o formulário **REGISTRO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA**, com os campos devidamente preenchidos, o qual será usado para efeito de cobrança/pagamento.

5.6.2 NORMAS GERAIS PARA AUTORIZAÇÕES DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO CREDENCIADO

Após realização da Consulta, o credenciado deverá planejar o tratamento, **priorizando as necessidades de maior severidade** e observando os limites de 05 (cinco) procedimentos/mês por beneficiário e de 100 (cem) procedimentos/mês por credenciado (incluindo a consulta nos referidos limites), proceder à solicitação do(s) procedimento(s) de acordo com o item 5.6.3, deste Manual.

No caso da **Capital** do Estado:

1. A autorização dos procedimentos será por meio da biometria, gerando no próprio sistema o relatório AUTORIZAÇÃO DE ODONTOLOGIA, o qual será usado para efeito de cobrança/pagamento.
2. Quando a autorização for por meio da biometria, e houver necessidade de cancelamento da autorização, o credenciado poderá cancelar a autorização anterior, sendo de sua responsabilidade, e gerar nova autorização, para fins de cobrança/pagamento;
3. Nos casos de isenção da biometria, a autorização se dará pelo teleatendimento, neste caso, o credenciado deverá usar a **FICHA ODONTOLÓGICA**, com os campos devidamente preenchidos, a qual será usada para efeito de cobrança/pagamento. Caso haja necessidade de cancelamento da autorização o credenciado deverá enviar a solicitação por meio do fax, (85) 3101.4823 ou para o e-mail: teleatendimento@issec.ce.gov.br;

No caso do **Interior** do Estado:

O credenciado deve preencher corretamente, de forma legível e sem rasuras todos os campos necessários da **FICHA ODONTOLÓGICA** e fazer a solicitação do tratamento da seguinte forma:

1. O credenciado liga para o **Teleatendimento** informando o nº do Cartão Saúde ISSEC ou Cartão Provisório, nome do beneficiário, data de nascimento e código do credenciado.



2. Estando todos os critérios atendidos, o beneficiário devidamente qualificado e o(s) procedimento(s) cadastrado(s) no sistema, o operador do Teleatendimento informa a **senha de autorização** composta de letras e de números que será transcrita para a **FICHA ODONTOLÓGICA** a qual será usada para efeito de cobrança/pagamento.
3. Caso haja necessidade de cancelamento da autorização o credenciado deverá enviar a solicitação por meio do fax, (85) 3101.4823 ou para o e-mail: teleatendimento@issec.ce.gov.br;

Em todos os casos de autorização para a **Capital e Interior** do Estado:

- O ISSEC só autorizará procedimentos constantes da **TABELA REFERENCIAL DE ODONTOLOGIA** obedecendo aos limites, períodos e demais exigências contidas neste Manual.
- No Interior do Estado e nos casos de isenção da biometria a autorização terá validade de 30 dias, a partir da data da liberação, para iniciar e concluir os procedimentos autorizados.
- Quando a solicitação for por meio da biometria, os procedimentos deverão ser realizados/iniciados no dia da respectiva autorização.
- Para efeito de cobrança/pagamento deverá ser impresso o relatório mensal de produção ou cada autorização gerada pelo web/biometria.
- No Interior do Estado e nos casos de isenção da biometria, o beneficiário só deverá assinar cada procedimento autorizado em uma **FICHA ODONTOLÓGICA**, à medida que for sendo, unitariamente, concluído.
- A cobrança de procedimentos não realizados causa prejuízos à Administração e/ou a terceiros, pois caso a Instituição efetue o pagamento destes o beneficiário ficará impedido de obter nova autorização dentro da periodicidade, sujeitando-se, ainda, o credenciado, independente de processo administrativo, a aplicação de penalidades prevista no TERMO DE CREDENCIAMENTO.
- A cobrança dos serviços prestados será realizada conforme instruções do item 3 deste Manual.
- Serão passíveis de glosa as inconsistências geradas no preenchimento dos campos dos formulários utilizados pela rede credenciada, para efeito de cobrança/pagamento.
- No caso da solicitação dos procedimentos abaixo relacionados, por gerar um grupo de três autorizações, devido à necessidade de Raio-X inicial e final, o credenciado **deverá**, no caso do interior e de isenção da biometria, **preencher uma ficha odontológica separadamente**, para efeito de cobrança/pagamento:
 - ✓ **Tratamento Endodôntico de 1(um), 2(dois) e 3(três) ou mais condutos,**
 - ✓ **Retratamento Endodôntico de 1 (um), 2(dois) e 3(três) ou mais condutos,**
 - ✓ **Pulpotomia,**
 - ✓ **Exodontia de Raiz Residual,**
 - ✓ **Exodontia de Dente Incluso ou Semi-incluso e**
 - ✓ **Procedimentos para Dente Supranumerário**
- Todas as **autorizações** poderão ser submetidas à auditoria por solicitação do ISSEC e/ou beneficiário e/ou credenciado e ter seu pagamento glosado caso comprovadamente descate alguma norma contratual.
- No Interior do Estado e nos casos de isenção da biometria, as informações constantes na **FICHA ODONTOLÓGICA** devem identificar corretamente, de forma legível e sem rasura(s):
 - **Credenciado:** com o Código que o identifica junto ao ISSEC, carimbo e assinatura, igual ao que consta no contrato de credenciamento.
 - **Beneficiário:** com nome completo de acordo com RG e cadastro no ISSEC e número do Cartão Saúde do ISSEC.
 - **Procedimento:** conforme instruções específicas (item 5.6.3).



- **Dente:** com a identificação numérica adotada (ver Odontograma no item 7.18). O caso de **Dente Supranumerário** deverá ser identificado de acordo com anatomia e/ou área de ocorrência e notificado com a numeração adotada acrescida do identificador numérico nove (9) final, como por ex: dente 11 e supranumerário correspondente 119, dente 26 e supranumerário 269, dente 34 e supranumerário 349.
- **Faces do dente:** devem ser identificadas usando suas iniciais:
 - ✓ Para superiores anteriores: (I)ncisal, (V)estibular, (P)alatina, (M)esial e (D)istal.
 - ✓ Para superiores posteriores: (O)clusal, (V)estibular, (P)alatina, (M)esial e (D)istal.
 - ✓ Para inferiores anteriores: (I)ncisal, (V)estibular, (L)ingual, (M)esial e (D)istal.
 - ✓ Para inferiores posteriores: (O)clusal, (V)estibular, (L)ingual, (M)esial e (D)istal.
- **Arcada:** Superior ou Inferior.
- **Data:** solicitação de procedimento(s) na Ficha Odontológica.
- **Data da Autorização:** para a Ficha Odontológica.
- **Autorização:** com a Senha, quando for o caso de solicitações através do Teleatendimento.

Idade limite

A idade do beneficiário é limite para a liberação de certos procedimentos e para o acesso aos serviços ofertados por este credenciamento ao beneficiário cadastrado na condição legal de dependente:

- Até 21 (vinte e um) anos incompletos mantém a condição legal de dependente;
- Até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se comprovadamente universitário;
- Até 14 (quatorze) anos incompletos tem permissão para procedimentos conforme normas específicas (item 5.6.3.5);
- Dependente judicial, não tem limite de idade;
- Beneficiário cadastrado na Instituição e no sistema informatizado para controle da assistência à saúde como Pessoa Portadora de Necessidade Especial- PPNE, não tem limite de idade.

5.6.3 NORMAS COMPLEMENTARES PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS QUE COMPÕEM A TABELA REFERENCIAL DE ODONTOLOGIA (EXCETO CONSULTA)

5.6.3.1 – Radiografia Periapical (ou RX-Periap) e Radiografia Interproximal (ou RX-Interpr)

Radiografia Periapical (ou RX-Periap)

- Serão autorizadas no máximo 5 (cinco), por dente e por período de 12 (doze) meses.
- No Interior do Estado e nos casos isentos da biometria, deve ser solicitada com notificação no Odontograma específico, nome ou sigla do procedimento, dente e preenchimento do campo “Justificativa Odontológica”.

Radiografia Interproximal (ou RX-Interpr)

- Serão autorizadas no máximo 2 (duas) por dente e por período de 06 (seis) meses.
- No Interior do Estado e nos casos isentos da biometria, deve ser solicitado com notificação obrigatória no Odontograma específico, nome ou sigla do procedimento, dente central da área de interesse e preenchimento do campo “Justificativa Odontológica”.



Radiografia Periapical (ou RX-Periap) e Radiografia Interproximal (ou RX-Interpr)

- Para efeito de pagamento, no Interior do Estado e nos casos isentos da biometria, quando da autorização pelo Teleatendimento, sua cobrança deverá ser feita juntamente com as consultas no mesmo formulário **REGISTRO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA**, preenchendo todos os campos corretamente, sem rasura e informando: número do Cartão ISSEC, nome do beneficiário e neste mesmo campo identificar adequadamente o procedimento (com nome ou abreviatura e dente), data, senha de autorização e assinatura do beneficiário ou responsável.
- Quando a autorização for por meio da biometria o registro será no formulário próprio gerado pela web - AUTORIZAÇÃO DE ODONTOLOGIA.
- Ambos os casos enviar anexa, a película radiográfica.
- No interior do Estado e nos casos isentos da biometria, caso este Raio-X precise ficar retido no consultório para conclusão do tratamento, o profissional deverá justificar o não envio no próprio formulário **REGISTRO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA** e enviá-lo posteriormente, anexo à autorização do tratamento vinculado por ocasião da cobrança deste último, com uma observação que o identifique com data e código de autorização.

Serão Glosadas:

- Radiografia de má qualidade, com erros grosseiros de angulação ou processamento que não permitam a boa visualização da área de interesse, implicará na glosa da mesma e do(s) procedimento(s) a ela relacionados.
- Radiografias tomadas em película seccionada, exceto em atendimento de Odontopediatria (até 14 anos incompletos).
- Radiografia que não esteja acondicionada, datada e com o beneficiário identificado.

5.6.3.2 - Restauração em Amálgama (RAg) ou Restauração em Resina Fotopolimerizável (RRF)

Restaurações em Amálgama - serão autorizadas para dentes posteriores, permanentes ou decíduos, podendo ser de 1 (uma), 2 (duas) e 3 (três) ou mais faces. Para dentes anteriores poderá ser autorizada apenas restauração de duas faces, sem envolvimento estético em face distal de canino.

Restaurações em Resinas Fotopolimerizáveis - serão autorizadas para dentes anteriores (permanentes ou decíduos) e posteriores (permanentes ou decíduos), podendo ser em todos os casos de 1 (uma), 2 (duas) e 3 (três) ou mais faces.

Serão autorizadas no máximo 6 (seis) restaurações por unidade dentária, por período de 2 (dois) anos, independente de material restaurador, número de faces e configuração de face(s) envolvida(s).

No Interior do Estado e nos casos isentos da biometria, deve ser solicitada com notificação obrigatória no Odontograma específico para dentes permanentes ou decíduos, e preenchimento dos campos corretos com: nome ou abreviatura do procedimento que deve incluir o material e o número de faces envolvidas, identificação do dente e da(s) face(s) envolvida(s) conforme instrução anterior (item 5.6.2.) Ex: campo "Procedimento" = RAg 3 faces; campo "Dente" = 16; campo "Faces" = MOD.

É responsabilidade do credenciado, repetir dentro da periodicidade, sem ônus para o beneficiário e/ou Instituição, restauração por ele realizada, caso seja comprovada falha técnica.



Não é permitida a troca de restaurações posteriores apenas com finalidade estética.

5.6.3.3 - Raspagem Sub-Supra Gengival (ou Rasp + Prof + ATF)

Será autorizado por arcada, a cada 12 (doze) meses, com as seguintes exceções:

- Beneficiários até 14 (quatorze) anos incompletos, a cada 6 (seis) meses.
- Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais (PPNE) na forma da Lei, cadastrados no ISSEC como tal, a cada 3 (três) meses.

Deverá ser solicitado se o beneficiário apresentar tártaro e inclui obrigatoriamente a Profilaxia (Prof) e Aplicação Tópica de Flúor (ATF), finalizando o procedimento na respectiva arcada.

No interior do Estado e nos casos isentos da biometria deverá ser identificada na FICHA ODONTOLÓGICA por nome (ou abreviatura) e arcada de interesse (superior ou inferior).

5.6.3.4 - Aplicação Tópica de Flúor (ou Prof.+ATF)

Será autorizado 1 (um) procedimento, a cada 6 (seis) meses, independente de idade. Inclui **profilaxia prévia** e deve contemplar todas as unidades dentárias presentes nas duas arcadas.

Deve ser solicitado quando a condição periodontal é satisfatória e o beneficiário apresenta apenas acúmulos de placa bacteriana e/ou gengivite marginal, com **ausência de Tártaro**.

No interior do Estado e nos casos isentos da biometria, deverá ser solicitado por meio do **Teleatendimento** e neste caso, para efeito de cobrança/pagamento deverá ser notificado no formulário **REGISTRO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA** informando: número do Cartão Saúde ISSEC, nome do beneficiário, procedimento, senha de autorização, data da autorização, e assinatura do beneficiário ou responsável.

5.6.3.5 - Aplicação de Selante (Sel)

Será autorizado 1 (um) Selante por elemento dentário, por período de 12 (doze) meses, para beneficiários com até 14 (quatorze) anos incompletos, apenas em dentes sem lesão cariada, nos seguintes casos:

- Face Oclusal de dentes posteriores, permanentes e/ou decíduos,
- Face Palatina de Incisivos e Caninos superiores permanentes, quando tiverem cingulo pronunciado.

No interior do Estado e nos casos isentos da biometria, deverá ser solicitado através do **Teleatendimento** e neste caso, para efeito de cobrança/pagamento deverá ser notificado no formulário **REGISTRO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA**, informando: número do Cartão Saúde ISSEC, nome do beneficiário, procedimento com nome (ou abreviatura) e dente. Inclui a Profilaxia prévia da unidade dentária envolvida, senha de autorização, data da autorização, e assinatura do beneficiário ou responsável.

5.6.3.6 – Exodontia de Dente Permanente (Exod Perm) e Exodontia de Dente Decíduo (Exod Dec)



Será autorizado apenas 1 (uma) Exodontia por dente, permanente ou decíduo. Inclui avulsão total da unidade dentária, Alveolotomia e Sutura.

No interior do Estado e nos casos isentos da biometria, deverá ser solicitada com notificação obrigatória no Odontograma específico para dentes permanentes ou decíduos, e preenchimento dos campos corretos com: nome ou abreviatura do procedimento.

5.6.3.7 – Exodontia de Raiz Residual (Exod Raiz)

Será autorizado apenas 1 (uma) Exodontia de Raiz Residual por dente, permanente ou decíduo, juntamente com Raio-X Periapical inicial e final.

No interior do Estado e nos casos isentos da biometria deverá ser solicitada com notificação obrigatória no Odontograma específico para dentes permanentes ou decíduos, e preenchimento dos campos corretos com: nome ou abreviatura do procedimento.

Será necessário o envio de Raio-X inicial e final para a cobrança/pagamento.

5.6.3.8 - Exodontia de Dente Incluso ou Semi-Incluso

Será autorizado apenas 1 (uma) Exodontia por dente, permanente, juntamente com Raio-X Periapical inicial e final.

No interior do Estado e nos casos isentos da biometria, deverá ser solicitado com notificação obrigatória no Odontograma específico e identificação dos procedimentos com nome e dente.

Após autorização e pagamento de qualquer tipo de Exodontia, **não será possível autorizar qualquer outro procedimento** para a respectiva unidade dentária exceto, Exodontia de Raiz Residual identificada posteriormente.

Será necessário o envio de Raio-X inicial e final para a cobrança/pagamento.

5.6.3.9 - Tratamento Endodôntico ou Retratamento Endodôntico de 1 (um), 2 (dois), 3 (três) ou mais condutos (TratEndo 1 conduto, ReTratEndo 1 conduto, etc)

Será autorizado apenas 1 (um) Tratamento Endodôntico e 1 (um) Retratamento Endodôntico por dente permanente. Estão incluídas as radiografias necessárias, exceto a inicial (diagnóstico) e final (área tratada), cujos envios são exigidos para cobrança/pagamento.

Para o Interior do Estado e nos casos isentos da biometria, quando o número de condutos solicitados for diferente do número de condutos encontrados durante a execução do procedimento e que serão evidenciados no Raio-X final, a correção deve ser solicitada antes da conclusão do tratamento, pois necessitará da assinatura do beneficiário validando a cobrança/pagamento. Para isso solicitar o cancelamento e a nova autorização.

Quando a autorização for por meio da biometria, e o número de condutos solicitados for diferente do número de condutos encontrados durante a execução do procedimento, que serão evidenciados no



Raio-X final, a correção deve ser antes da conclusão do tratamento, devendo o credenciado cancelar a autorização anterior e gerar nova autorização, para fins de cobrança/pagamento.

Será glosado o pacote de 3 (três) procedimentos que compõe qualquer Tratamento ou Retratamento Endodôntico (Capital ou Interior do Estado) se o número de condutos autorizados não coincidir com os tratados e, se todos os condutos obturados não estiverem bem evidenciados na Radiografia final.

5.6.3.10 – Pulpotomia

É oferecido a todas as unidades dentárias permanentes e decíduas e será autorizado apenas 1 (uma) por unidade dentária. Estão incluídas as radiografias necessárias, exceto a inicial (diagnóstico) e final (área tratada), cujos envios são exigidos no processo de cobrança/pagamento.

5.6.3.11 - Procedimentos para Dente Supranumerário

Serão autorizados de acordo com as normas específicas para cada procedimento (item 5.6.3), identificando a unidade dentária conforme orientação anterior (item 5.6.2).

No interior do Estado e nos casos isentos da biometria, considerando os limites estabelecidos para autorização de Radiografias, todos os procedimentos necessários à reconstituição funcional de um dente supranumerário devem ser solicitados numa mesma FICHA ODONTOLÓGICA, pois a autorização de todo e qualquer procedimento para dente supranumerário exige Raio-X inicial/diagnóstico e/ou final.

Será necessário em todos os casos, o envio de Raio-X inicial e final para a cobrança/pagamento.

5.7 PROCEDIMENTO HEMOTÉRAPICO – CAPITAL

Este procedimento necessita de autorização do ISSEC.

A transfusão poderá ser realizada:

- Em paciente internado em hospital / clínica credenciada ou
- Nas dependências do credenciado.

Para o paciente internado é necessário a solicitação do médico assistente do paciente no formulário **LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE** com todos os campos devidamente preenchidos, sem erro ou rasura, que será apresentada ao médico auditor em até 48 horas úteis, para o visto e emissão da respectiva guia de autorização.

Para efeito de cobrança/pagamento anexar à solicitação do médico assistente do paciente, a guia gerada, a xérox da GIH – GUIA DE INTERNAMENTO e a xérox da prescrição médica checada pela enfermagem no dia do atendimento.

No caso do procedimento ser realizado em paciente ambulatorial o credenciado, mediante pedido médico, deverá discar para o **teleatendimento** e solicitar a autorização para a liberação do procedimento, informando o código do credenciado e os dados do paciente(nome, nº do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório, validade, identidade e data de nascimento).



Estando o beneficiário devidamente qualificado para o procedimento o operador do teleatendimento informa a **senha de autorização** e o credenciado deverá acessar o site www.issec.ce.gov.br no menu Serviços – Impressão guia Issec, gerando a **GUIA DE AUTORIZAÇÃO** onde consta a senha de autorização, o nome do credenciado e os dados do paciente (nome, data do atendimento etc.), que será usada para cobrança/pagamento.

5.8 NUTRIÇÃO ENTERAL E NUTRIÇÃO PARENTERAL OU HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL – CAPITAL

Estes procedimentos necessitam de autorização do ISSEC.

- **Nutrição Enteral e Parenteral**

O beneficiário deverá estar **internado** em hospital/clínica credenciado e será autorizada em caso de extrema necessidade, mediante relatório do médico assistente e esta deverá ser feita por sonda nasoentérica e ou gastrostomia.

Deverá ser solicitada pelo médico assistente no formulário **LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE**, com justificativa, número de dias ou sessões previstas, apresentada ao médico auditor em até 48 horas úteis, para o visto, sendo previamente autorizada pelo auditor do ISSEC e ser gerada a respectiva guia de autorização, que será usada para cobrança/pagamento.

- **Hemodiálise e Diálise Peritoneal**

O beneficiário deverá estar **internado** em hospital/clínica credenciado e será autorizada em caso de insuficiência renal aguda, ou crônico agudizada.

Deverá ser solicitada pelo médico assistente no formulário **LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE**, com justificativa, número de sessões, máximo 05, apresentada ao médico auditor em até 48 horas úteis, para o visto, sendo previamente autorizada pelo auditor do ISSEC e ser gerada a respectiva guia de autorização, que será usada para cobrança/pagamento.

5.9 ANGIOGRAFIA E/OU HEMODINÂMICA – CAPITAL

Estes procedimentos necessitam de autorização do ISSEC.

- **Cardíaca** - procedimentos diagnósticos e terapêuticos.
- **Angiográfica** – exames diagnósticos e tratamento endovascular intervencionista.

PACIENTE INTERNADO - é necessária a solicitação do médico assistente do paciente no formulário **LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE** com todos os campos devidamente preenchidos, sem erro ou rasura, que será apresentada ao médico auditor em até 48 horas úteis, para o visto. A cobrança será feita pelo o hospital/clínica através da fatura hospitalar.



PACIENTE AMBULATORIAL - a solicitação médica será feita no formulário PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR ELETIVO, devidamente preenchida, e o beneficiário deverá dirigir-se ao credenciado conforme indicado no pedido médico para análise e gerar autorização através do sistema web/Issec, quando possível. Para efeito de cobrança/pagamento deverá ser enviada a guia com o pedido médico.

5.10 INTERNAMENTO HOSPITALAR

- Urgência/Emergência
- Clínico
- Obstétrico e / ou
- Cirúrgico

5.10.1 INTERNAMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Tendo sido gerada uma GUIA DE AUTORIZAÇÃO da consulta de Urgência/Emergência e o beneficiário necessitando de Internação Hospitalar, deverá ser solicitada uma pré-senha por meio da web, gerando a **AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO**, onde constam o número da pré-senha de internação hospitalar, o nome do credenciado e os dados do paciente, nome, data do atendimento, que será usada para emissão **GIH - GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR URGÊNCIA**.

Poderá ser gerada a pré-senha por meio da web para o internamento hospitalar, sem que haja consulta de Urgência/Emergência.

O pedido de internamento hospitalar de urgência/emergência deverá ser feito no formulário **PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA** constando carimbo com assinatura do médico assistente do paciente, diagnóstico (letra legível), código da Tabela Saúde ISSEC e CID que indica a internação e apresentado ao médico auditor do ISSEC em até 48 horas úteis ao atendimento para receber o visto e emissão da **GIH - GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR URGÊNCIA**.

A **GIH - GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR URGÊNCIA**, somente será gerada a partir da pré-senha por meio da WEB.

O hospital/clínica deverá preencher os campos do formulário **GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA HOSPITALAR**, sem erro ou rasura que será apresentado para efeito de cobrança/pagamento, juntamente com a fatura hospitalar e a **GUIA DE AUTORIZAÇÃO** gerada no momento do atendimento, via web.

Para o uso de órteses, próteses e materiais especiais – **OPME** nas situações de urgência/emergência a solicitação deverá ser vista pelo médico auditor do ISSEC, dentro do prazo de até 72 horas para autorização.

Toda e qualquer autorização de procedimento, material e medicamento estará condicionada à autorização da diária inicial pelo ISSEC e as prorrogações pela empresa contratada para prestação de serviço de auditoria.

5.10.2 INTERNAMENTO ELETIVO



► Para a Capital

A solicitação deverá ser feita em formulário próprio do ISSEC – **PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR ELETIVO** devidamente preenchida, e o beneficiário deverá dirigir-se ao hospital/clínica credenciado ao ISSEC conforme indicado no pedido médico para marcar dia e hora da realização do procedimento, de acordo com a disponibilidade do hospital/clínica e emissão da respectiva **GIH – GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVA**.

O médico solicitante deverá indicar o credenciado (hospital/clínica) para realizar o procedimento.

Alguns procedimentos poderão exigir a realização de perícia presencial do beneficiário. Nesse caso, haverá sinalização do sistema dessa necessidade, momento em que o credenciado deverá solicitar que o beneficiário agende por telefone (85) 3034-8888 e compareça na data agendada à Salutis Administração em Saúde, Rua Antônio Augusto, 1271 Sobreloja / Ed. Medical Gênese, para concluir o processo de autorização.

A validade da autorização consta na própria **GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVA**. No caso em que ultrapassar o período previsto, a guia deverá ser revalidada para que não haja glosa através do sistema.

Procedimento eletivo com uso de materiais de **OPME** deve ser solicitado pelo médico cirurgião juntamente com a solicitação da guia de internação. Caso haja mudança ou acréscimo de OPME a solicitação deverá ser apresentada ao médico auditor, para parecer técnico, em até 72 horas úteis e será analisada conforme regras tabelas vigentes.

► Para o Interior do Estado – Parto Normal e Parto Cesário – através de pacotes.

Havendo a necessidade de encaminhamento para Assistência ao Parto, o profissional solicitará em formulário próprio do ISSEC – **GUIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR – GIH – INTERIOR**, e a beneficiária deverá dirigir-se ao hospital/clínica credenciado, o qual solicitará, através do **teleatendimento**, autorização para o atendimento.

Quando ocorrer internamento de assistência ao parto de urgência/emergência em dias ou horários diferentes dos horários de funcionamento do ISSEC, a autorização deverá ser solicitada no primeiro dia útil seguinte ao do internamento.

NORMAS COMPLEMENTARES

A prorrogação dos dias de internamento além do permitido pela **GIH**, acréscimo de procedimento realizado durante a internação, mudança de procedimento originalmente autorizado, uso de medicamentos que não constem no Brasíndice, exames especializados, materiais de OPMS, nutrição enteral e nutrição parenteral, hemodiálise e diálise peritoneal, fisioterapia de paciente internado, angiografia e/ou hemodinâmica etc. devem ser solicitados pelo médico assistente do paciente, com a devida justificativa, em formulário próprio **LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE** e apresentado no prazo máximo de até 72 horas úteis, sob pena de glosa. A autorização é de competência do médico auditor da empresa contratada pelo Issec para o serviço de auditoria.



Nos casos de ausência de prorrogação de internamento serão glosados: diárias, materiais e medicamentos e taxas utilizados na enfermaria/UTI. Mesmo com autorização prévia serão glosados ainda: fisioterapias, OPMS, medicamentos de alto custo, honorários de profissionais e diárias de acompanhante.

Nos casos de ausência de solicitação de procedimento cirúrgico serão glosados: taxas, materiais e medicamentos utilizados no CC. Mesmo com autorização prévia serão glosados ainda: OPMS, medicamentos de alto custo, honorários de profissionais.

Para os procedimentos de Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Nutrição Enteral e Parenteral e quaisquer outros serviços prestados por empresas credenciadas para prestação dos mesmos, serão pagos conforme regras contratuais, independente da ausência de prorrogação de internamento.

A **internação de longa permanência** que ultrapassar 30 dias poderá a cobrança ser apresentada parcialmente, desde que haja alta administrativa e gerada nova guia de internamento.

Nos casos de Alta Administrativa o credenciado deverá apresentar relatório médico no formulário LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE, ao auditor do ISSEC para parecer quando será emitida nova **guia de AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO**, por meio da web no prazo de até 72h úteis.

Quando houver necessidade de **exames simples e de rotina** e que sirvam para ajudar no diagnóstico (análises clínicas, Raio-X simples, ultrassonografia), o médico assistente do paciente faz a solicitação e anexa à cobrança sem necessidade de autorização prévia.

Os **procedimentos e/ou exames de alto custo** tipo: angiografia e/ou hemodinâmica, exames de tomografia, ressonância magnética, endoscopia, alimentação enteral e parenteral, hemodiálise e diálise peritoneal para pacientes internados na rede hospitalar credenciada deverão ser solicitados pelo médico assistente, ter o visto do médico auditor do ISSEC e autorização.

Os **exames especializados** tipo: ultrassonografia, exames laboratoriais mais sofisticados, ergometria, ecocardiograma etc., para pacientes internados na rede hospitalar credenciada deverão ser solicitados pelo médico assistente do paciente no formulário **LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE**, devidamente preenchido e autorizados pelo médico auditor do ISSEC, e ser gerada a respectiva guia de autorização.

No caso em que o procedimento não seja realizado no hospital em que o paciente esteja internado a autorização será gerada pelo próprio hospital/clínica que emitirá a respectiva guia, devendo o paciente se deslocar à clínica credenciada no dia e hora marcados.

Os **Curativos** serão pagos de acordo com os valores constantes na tabela do ISSEC e estão incluídos todos os materiais.

- A taxa de Curativo Pequeno será paga para os procedimentos com pequenas incisões cirúrgicas, tais como punções venosas, gastrostomias, traqueostomias, entre outras.
- A taxa de Curativo Médio será paga para os procedimentos com médias incisões cirúrgicas de até 12cm, que utilizem drenos, tais como cesarianas, tireodectomia, entre outras.



- A taxa de Curativo Grande ser paga para os procedimentos com grandes incisões cirúrgicas a partir 13cm, tais como revascularização do miocárdio, fraturas do fêmur, entre outras.

Em caso de cirurgia com uso de **próteses** é necessário para efeito de pagamento, a comprovação do uso do material (ex. Raios-X, selo da lente intraocular etc.).

As **faturas** deverão vir carimbadas e assinadas pelo diretor do hospital ou responsável, em 2 vias juntamente com todas as autorizações feitas pelo auditor do ISSEC.

Materiais reaproveitáveis já estão inclusos nas taxas de serviços, de acordo com o Ministério da Saúde.

Para cada aplicação de **aerossol** deverá constar no prontuário a assinatura (checagem) da enfermagem.

A **diária de UTI** inclui a utilização de todos os aparelhos inerentes a esse serviço e os exames sob monitorização, excluindo-se exames laboratoriais, Raio-X, oxigênio, medicamentos, materiais e ECG com registro e justificado.

A diária do último dia de internamento hospitalar somente será paga em caso de óbito e alta administrativa.

A **diária de Leito/Dia** somente será custeada quando houver a necessidade de permanência do paciente por tempo superior à 6h e inferior à 12h, e devidamente justificada e autorizada pelo auditor do ISSEC. Os honorários médicos de plantonista de UTI serão pagos de acordo com a Tabela Saúde ISSEC, código 70040290.

Uso de Materiais Descartáveis:

Equipo Simples- Poderá ser cobrada 01 unidade a cada medicação em frasco/ampola superior a 20ml (Cipro, Flagyl, outros) e medicações diluídas com volumes superiores a 20ml (Profenid, Ancoron etc).

- Poderá ser cobrada 01 unidade para hidratação venosa simples ou com eletrólitos a cada 72 horas.

Seringa- Poderá ser cobrada 01 seringa por medicação, na graduação indicada pela medicação.

- Na administração de medicação por sondas, poderá ser cobrada 01 seringa por cada turno.

- Quando da necessidade de toalete brônquica poderão ser cobradas, no máximo, 03 seringas de 10 ml, nas 24 horas.

- Para a passagem de sondas nasogástricas, enterais ou vesicais de demora, poderá ser cobrada 01 seringa de 20 ml.

- Na UTI Neonatal poderão ser cobradas seringas para dieta, se prescrita em bomba de seringa, 01 unidade a cada dieta, com graduação compatível com volume prescrito.

- Na UTI Neonatal poderá ser cobrada 01 seringa para diluição (padrão inicial) e 01 seringa para cada administração com graduações compatíveis.

- Na UTI Neonatal, caso haja rediluição, poderá ser cobrada mais 01 unidade para esse fim.

- Será paga seringa descartável no limite máximo de uma seringa para cada ampola de medicamento aplicado e uma preparação de soro, quando necessária.

Equipo de Bomba de Infusão- Poderá ser cobrada 01 unidade para medicação de infusão contínua a cada 72 horas (ver indicação de volume/hora).



- Poderá ser cobrada 01 unidade para medicação cujo fabricante relata o uso obrigatório da Bomba de Infusão (mesmo que a medicação seja de horário) 01 unidade a cada 24 horas.
- Poderá ser cobrada para hidratação venosa, com reposição de vários eletrólitos. A partir de 03 eletrólitos respeitando a prescrição médica, em crianças e em pacientes renal, cardiopatas ou com outras enfermidades que levem à indicação de controle rigoroso de fluxo.

Equipo Fotossensível Simples- Poderá ser cobrada 01 unidade a cada medicação, para medicamentos com exigência do uso desse tipo de equipo pelo fabricante.

Equipo Microfix (equipo para câmara gradual bureta ou microfix)- Poderá ser cobrada 01 unidade a cada 72 horas quando houver prescrição médica e volume superior a 20ml e inferior a 150ml.

Equipo Fotossensível para Bomba de Infusão- Poderá ser cobrada 01 unidade a cada 72 horas conforme prescrição médica e indicação.

Sonda de Aspiração- Poderá ser cobrada 01 unidade por aspiração, conforme prescrição médica e deverá conter evolução e checagem da enfermagem.

Uso de Gases

- Oxigênio, Protóxido, Ar comprimido, Gás Carbônico e Nitrogênio - será pago baseado na tabela do ISSEC:

Critérios para cobrança de gases

- Até 72h será pago pelo valor da tabela;
- De 72h à 96h será pago 70% do valor da tabela;
- Acima de 96h será pago 50% do valor da tabela;
- Se houver uso concomitante de outros gases será pago 50% do valor da tabela, de cada gás, desde o início do uso dos mesmos;
- O oxigênio usado em prótese respiratória e em nebulização contínua será pago no valor de 50% da tabela desde o início de seu uso

Critérios para a cobrança de Oxigênio

- O oxigênio usado no centro cirúrgico só será pago se constar no boletim do anestesista, que deve estar carimbado, datado e assinado;
- O oxigênio usado na enfermagem e na UTI necessita da prescrição do médico assistente e checagem da enfermagem em todos os horários.

Critérios para cobrança de Taxa de Sala

Quando duas cirurgias distintas forem realizadas simultaneamente, será pago ao hospital uma única taxa de sala, de acordo com o porte do maior ato cirúrgico.

Para os procedimentos com Porte Anestésico superior a VI, as TAXAS DE SALA serão remuneradas pelo maior valor da Taxa de Sala constante NA TABELA DE DIÁRIAS, TAXAS E CONSULTAS HOSPITALAR DO ISSEC (PORTE VI).

Critérios para cobrança do Sensor BIS:

Será liberado para monitorização cerebral em pacientes submetidos à cirurgia de longa permanência, tais como cirurgias neurológicas, entre outras.



Materiais, gases, anestésicos e soro/soluções, órteses, próteses e materiais especiais só serão pagos os itens com seus respectivos valores constantes das Tabelas do ISSEC, observando-se a necessidade do visto do auditor.

Medicamentos serão pagos conforme prescrição desde que devidamente checados e sejam compatíveis com o quadro clínico.

O ISSEC somente pagará medicamentos que **constem no Brasíndice**. Existindo o medicamento da linha genérica o ISSEC pagará o valor deste.

Medicamentos de alto custo necessitam de justificativa médica e autorização prévia do auditor do ISSEC para seu uso, tais como:

1. Acima de R\$ 100,00;
2. Nos casos em uso de mais de um antibiótico no esquema terapêutico;
4. Nos casos de mudança de esquema terapêutico sem término do esquema inicial.

Estão incluídos na taxa de sala: materiais de assepsia, antissepsia e curativos em sala de cirurgia, asseptol, polvidine, algodão, gases, esparadrapo, álcool iodado, soapex, cotonetes, etc.

Estão incluídos na diária: Internação em enfermaria ou UTI e serviços gerais de enfermagem, dietética, lavanderia e hotelaria.

Para pacientes de até 18 anos de idade completos, maiores de 60 anos de idade, a cobrança de diária de acompanhante deverá ser anexada junto à fatura documento com assinatura do acompanhante que prove sua estada no hospital.

O **acompanhamento** a que o ISSEC dá direito é para pacientes incapacitados, devidamente diagnosticados e que, comprovadamente, não possam permanecer sem acompanhantes **precisa ter autorização prévia do ISSEC** e documento com assinatura do acompanhante que prove sua estada no hospital. Esta autorização é dada pelo auditor ISSEC.

As diárias de acompanhamento serão remuneradas pelo preço da tabela do ISSEC, passível de observância à permanência do paciente.

Cobrança dos Honorários Médicos – Código da Tabela Saúde ISSEC

Cirurgia Padrão - só uma cirurgia:

- Cirurgião – 100%
- 1º auxiliar – 30%
- 2º auxiliar – 20%

Mais de uma cirurgia no mesmo horário:

Para o procedimento de maior Porte Anestésico usar o modelo da cirurgia padrão.

Para a 2ª cirurgia:

- Cirurgião – 70% se for via de acesso diferente;
- 50% se for pela mesma via;



1º auxiliar – 30% se a tabela der direito;

2º auxiliar – 20% se a tabela der direito;

A cobrança dos honorários dos profissionais médicos será feita através do próprio profissional quando credenciado com este Instituto, em formulário próprio **PROCEDIMENTO MÉDICO EM HOSPITAL**, disponível no site: www.issec.ce.gov.br, caso não seja o profissional credenciado deverá autorizar, por escrito ao hospital, a cobrança dos seus honorários, constando CRM e CPF, na conta hospitalar.

Só serão pagos os honorários dos profissionais médicos que participem do ato cirúrgico cujos nomes, carimbos e assinaturas constem no boletim da sala de operação.

Nos casos de tratamento clínico, em regime de hospitalização será **pago** apenas uma visita hospitalar por dia.

A visita hospitalar do **especialista** será paga uma por dia se constar a solicitação do médico assistente, atestando a necessidade. O especialista deverá evoluir e prescrever no prontuário, carimbar, datar e assinar.

Cobrança dos Honorários do Pediatra – Tabela Saúde ISSEC

Código 10103023- Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (Parto normal ou Operatório de baixo risco);

Código 10103031- Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (Parto normal ou Operatório de alto risco);

Código 10102019- Visita Hospitalar somente poderá ser cobrada após o terceiro dia de internação;

Não paga visita do dia da sala. As visitas subseqüentes serão pagas como visitas hospitalares.

O acompanhamento pediátrico na sala de parto será pago apenas àquele profissional presente no momento do nascimento, devendo constar descrição de exame clínico do recém-nascido nos primeiros minutos de vida e é imprescindível o carimbo e a assinatura do médico pediatra no boletim da sala de parto.

O ISSEC dispõe de relação de código de glosas, que é parte integrante deste manual.

O ISSEC NÃO PAGA:

Diária de incubadora, porque está incluída na diária de berçário;

Medicamentos que não constarem na prescrição médica diária e não estiverem checados pela enfermagem;

Colírio profilático, leite em pó “in natura” para o recém-nascido;

Produtos dietéticos para qualquer paciente;

Material hospitalar considerado permanente, tais como seringas de vidro, termômetro, compressas cirúrgicas, borracha de aspirador, cubas, ponta de aspirador, etc;



Material descartável tipo: Gorros, máscaras, propés, absorvente feminino, pasta para eletrodo ...

Gases acolchoadas usados de maneira abusiva;

Medicamentos e/ou materiais usados de modo incorreto ou abusivo, indo muitas vezes de encontro ao diagnóstico do paciente;

Exames que não sirvam para elucidar o diagnóstico ou orientar o tratamento;

Taxas: (exceto as que constam da tabela do ISSEC)

- bisturi elétrico;
- monitor, oxímetro;
- capnógrafo, etc.

Materiais usados para punção de veia, de rotina, pela enfermagem, como bola de algodão com álcool e pequenas quantidades de esparadrapo;

Material utilizado em curativos na enfermagem (gazes, esparadrapos, algodão, polvidine) quando já estiverem cobrando taxa de curativo;

Curativos no momento do ato cirúrgico na sala de operação;

Margem de comercialização nos valores das Notas Fiscais e das Tabelas do ISSEC

Taxa de aparelho que não conste na Tabela.

Fios cirúrgicos que não constem no Boletim de gastos ou em uso abusivos

Oxigênio e Soro Fisiológico para aplicação de aerossol

Material usado na higiene corporal como algodão, asseptol, cotonetes, porque já estão incluídos na diária;

Acréscimo nas ultrassonografias coloridas.

► **Atendimento de Fisioterapia em Paciente Internado - Capital**

Caso haja necessidade de ser realizado atendimento **fisioterápico** em paciente internado o médico assistente do paciente deverá solicitar em formulário próprio – **LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE**, com todos os campos devidamente preenchidos, sem erro ou rasura, para a emissão da respectiva guia de autorização **ATENDIMENTO NA REDE CREDENCIADA**.

A emissão da respectiva guia de autorização - **ATENDIMENTO NA REDE CREDENCIADA** - será gerada pelo sistema HRP/Salutis e impressa por ele no site www.issec.ce.gov.br - Menu Serviços – Impressão Guia Issec.



A cobrança será feita pelo próprio profissional, quando credenciado com este Instituto, mediante apresentação da guia **ATENDIMENTO NA REDE CREDENCIADA**, com visto do auditor em cada sessão.

Caso o fisioterapeuta não seja credenciado a cobrança dos honorários deverá ser feita pelo próprio hospital/clínica através da fatura hospitalar, desde que autorizada, por escrito, pelo profissional.

Cobrança dos Honorários do Fisioterapeuta – Código da TABELA AMB-92

- Paciente clínico: - Fisioterapia respiratória - 25.04.001-4
- Fisioterapia motora - 25.02.003-0
- Paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca – 25.07.003-7

O ISSEC paga somente **uma sessão** respiratória e/ou motora por dia.

5.11 ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO - CAPITAL

Em hospital/clínica para os beneficiários portadores de transtornos mentais.

5.11.1 CONSULTA PSIQUIÁTRICA– igual ao procedimento para consulta médica eletiva.

5.11.2 TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

O beneficiário dirige-se ao ISSEC portando a solicitação do médico no formulário **PEDIDO PARA TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL** preenchido todos os campos – nome do paciente, nº do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório, idade, diagnóstico, plano de tratamento, o código da consulta ou a senha da GIH, datado, carimbado e assinado pelo médico assistente bem como o Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório atualizado para os seguintes procedimentos:

► Autorização de tratamento - SAÚDE MENTAL

Procedimento Intensivo de Turno - poderão ser autorizadas 2 sessões por semana, totalizando 8 por mês. O pedido desta guia deverá ser originado de uma consulta.

Procedimento Semi-Intensivo - poderão ser autorizadas 4 sessões/mês; ou 2 sessões por mês; ou 1 sessão por mês.

O **setor competente do ISSEC** recebe o pedido médico:

- Codifica o procedimento;
- Cadastra o tratamento no sistema informatizado para controle da assistência à saúde;
- Pré-autoriza o tratamento;
- Gera o formulário **AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO SAÚDE MENTAL**.

Para iniciar o tratamento a atendente do credenciado disca para o teleatendimento e solicita autorização para liberação de cada sessão, informando **o código de autorização do credenciado** e os



dados do paciente (nome, nº do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório, validade, identidade e data de nascimento).

Estando o beneficiário devidamente qualificado para liberação da sessão, o operador do teleatendimento informa a **senha de autorização** que será transcrito para o formulário, sem rasura e legível, a data do atendimento e assinatura do paciente ou responsável.

► GUIA DE SAÚDE MENTAL

Comunidade Terapêutica – o pedido poderá vir de uma consulta ou de uma guia de internação hospitalar – GIH de internamento psiquiátrico.

Poderão ser autorizadas 15 diárias/mês com direito a 3 visitas médicas por semana.

Residência Terapêutica - o pedido poderá vir de uma consulta ou de uma guia de internação hospitalar – GIH de internamento psiquiátrico.

Poderão ser autorizadas 30 diárias/mês sem direito a visita hospitalar.

O setor competente do ISSEC recebe o pedido médico e gera o formulário **GUIA DE SAÚDE MENTAL**.



6. COBRANÇA/PAGAMENTO DOS SERVIÇOS

Documentos Necessários:

1. Requerimento - 1 via com todos os campos preenchidos datado, carimbado e assinado pelo credenciado e sem rasura.

2. Comprovações dos atendimentos - devidamente preenchidos em todos os campos, assinados pelos beneficiários e credenciados, quando exigido, sem erros e/ou rasuras e demais anexos ou relatórios gerados por meio da web/biometria.

3. Comprovação da Regularidade Fiscal:

3.1 Pessoa Física:

Por meio de Certidão Negativa de Débitos Federais, Estaduais e Municipais que deverá ser feita da seguinte forma:

3.1.1 Comprovação de quitação para com a Fazenda Federal por meio de duas certidões, separadamente ou da certidão conjunta, referente à Dívida Ativa da União, emitida pela Procuradoria da Fazenda Nacional (PGFN) e aos Tributos e Contribuições Federais, administrados pela Secretaria da Receita Federal (RFB);

3.1.2 Comprovação de quitação para com o Tribunal Superior do Trabalho por meio de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

3.1.3 Comprovação de quitação para com a Fazenda Estadual por meio da Certidão Consolidada Negativa de Débitos inscritos na Dívida Ativa Estadual;

3.1.4 Comprovação de quitação para com a Fazenda Municipal por meio de Certidão Negativa de Débitos de Tributos Municipais;

3.1.5 Regularidade do INSS mediante apresentação do comprovante de pagamento da “GPS/INSS” referente ao mês do atendimento com autenticação bancária legível, sem rasura ou DECLARAÇÃO comprovando o recolhimento por meio de outra fonte pagadora emitida pelo/a CREDENCIADA(A) ou pela empresa. Caso o(a) CREDENCIADO(A) não apresente o solicitado o ISSEC fará a retenção.

OBS: deverão vir no processo quando de sua entrada no ISSEC.

3.2 Pessoa Jurídica:

Por meio de Certidão Negativa de Débitos Federais, Estaduais e Municipais do domicílio ou sede do proponente que deverá ser feita da seguinte forma:

3.2.1 Comprovação de quitação para com a Fazenda Federal por meio de duas certidões, separadamente ou da certidão conjunta, referente à Dívida Ativa da União, emitida pela Procuradoria da Fazenda Nacional (PGFN) e aos tributos e contribuições federais, administrados pela Secretaria da Receita Federal (RFB);

3.2.2 Comprovação de quitação para com o Tribunal Superior do Trabalho por meio de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

3.2.3 Comprovação de quitação para com a Fazenda Estadual por meio de Certidão Consolidada Negativa de Débitos inscritos na Dívida Ativa Estadual;

3.2.4 Comprovação de quitação para com a Fazenda Municipal através por meio de Certidão Negativa de Débitos de Tributos Municipais;

3.2.5 Certidão de Regularidade do FGTS;



3.3.6 Certificado de Regularidade com a Seguridade Social (CND-INSS), por meio de Certidão Negativa de Débitos Relativos às Contribuições Previdenciárias e as de Terceiros;

3.3.7 Comprovação do pagamento do INSS referente ao mês do atendimento por meio da Guia da Previdência Social – GPS e Nota Fiscal dos Serviços.

OBS: serão solicitados ao término da correção dos processos.

Não poderá haver rasura nos documentos entregues.



7. FORMULÁRIOS E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Os formulários são os documentos legais de cobrança da prestação de serviços do credenciado, em conformidade com seu Contrato de Credenciamento. Assim sendo, é necessário que estes formulários sejam completamente preenchidos, de forma correta, legível, sem rasuras e assinados pelo paciente ou responsável, após o seu preenchimento para conhecimento e validação da cobrança dos procedimentos executados.

Em cada formulário existem campos específicos para assinatura do paciente ou responsável, bem como para assinatura do credenciado. Junto a assinatura do credenciado deve sempre constar o carimbo.

No caso de credenciado Pessoa Jurídica deve ser identificado também com carimbo e assinatura o profissional que realizou o atendimento.

O formulário é autoexplicativo, de fácil preenchimento, entretanto, salientamos que a cobrança somente tem validade com o correto preenchimento de todos os campos e as assinaturas do credenciado e do paciente ou responsável, quando exigido, confirmando respectivamente a execução e o recebimento do serviço.

A cobrança referente aos serviços prestados deve ser por meio do formulário padronizado, conforme modelo em anexo com preenchimento de acordo com as instruções ou relatórios específicos gerados pelo sistema web/biometra.

Existem formulários para uso do credenciado que podem ser impressos diretamente por *download*, no endereço www.issec.ce.gov.br, outros são gerados pelo sistema informatizado web/Issec.



7.1 REQUERIMENTO/SOLICITAÇÃO

Deve ser preenchido pelo credenciado, de forma legível e sem rasuras.
O ISSEC fornece um modelo para facilitar e diminuir os erros.

Campos a serem preenchidos:

- 1. Código do Credenciado** – código que identifica o credenciado no sistema – código de autorização do credenciado.
- 2. Nome do Credenciado** – este deve colocar seu nome igual ao que consta do contrato de credenciamento.
- 3. Especialidade** – médico (pediatria, ginecologia - obstetrícia, oftalmologia, etc.), dentista, laboratório, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, exames de (radiologia, ultrassonografia, oftalmologia etc.).
- 4. Cidade** – cidade onde o credenciado atende.
- 5. Valor total do processo** – valor em número e por extenso.
- 6. Período do atendimento** – mês e ano do atendimento.
- 7. Datar o requerimento** – identificar cidade, dia, mês e ano.
- 8. Carimbo e Assinatura** – devem ser iguais aos que constam no contrato de credenciamento. Carimbo da entidade e o carimbo com assinatura do representante legal como constam do contrato de credenciamento.
- 9. Endereço e telefone do credenciado** – iguais ao que consta no cadastro.

OBS: No processo só é necessário 1 via do requerimento.

REQUERIMENTO/SOLICITAÇÃO

ILMO. SR. SUPERINTENDENTE DO INSTITUTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO
CEARÁ - ISSEC

1

CÓDIGO DO CREDENCIADO: _____

2

_____, CREDENCIADO(A)

NESTE INSTITUTO COMO 3 _____, REALIZANDO SEUS

SERVIÇOS PROFISSIONAIS NA CIDADE DE 4 _____, VEM,

MUI RESPEITOSAMENTE, SOLICITAR A V. SA., QUE SE DIGNE AUTORIZAR O PAGAMENTO

DE R\$ 5 _____ (_____

_____).

REFERENTE AOS ATENDIMENTOS DE BENEFICIÁRIOS DO ISSEC DURANTE O MÊS DE

6 _____ DE _____, DE ACORDO COM O CONTRATO DE CREDENCIAMENTO EM

VIGOR.

N. TERMOS

PEDE DEFERIMENTO.

7

DE

DE

8

CARIMBO E ASSINATURA

ENDEREÇO DO CREDENCIADO 9 _____

TELEFONE _____

LMD



7.2 REGISTRO DE CONSULTA MÉDICA

Este formulário será usado por profissionais e/ou entidades para registro da consulta médica eletiva

Campos a serem preenchidos:

- 1 – Código de autorização do credenciado;
- 2 – Profissional ou entidade credenciada;
- 3 – Mês/ano do atendimento;
- 4 – Nº de Ordem – seqüência do atendimento;
- 5 – Nº do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório;
- 6 – Nome do beneficiário igual ao do cartão do ISSEC;
- 7 – Data em que recebeu a autorização;
- 8 – Senha de autorização – recebida através do teleatendimento;
- 9 – Assinatura do beneficiário ou responsável;
- 10 – Total de consultas e/ou procedimentos realizados;
- 11 – Local reservado ao credenciado para assinatura e carimbo;
- 12 – Local – cidade e data da conclusão do serviço.

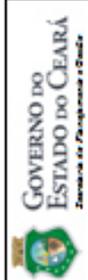
O Credenciado deverá anexar o formulário **REGISTRO DE CONSULTA MÉDICA** devidamente preenchido e sem rasuras ao processo de cobrança junto ao ISSEC.

No caso do médico que já esteja cadastrado no sistema de biometria apresentar o relatório gerado através da web ao processo de cobrança junto ao ISSEC.

No caso de credenciado Pessoa Jurídica deve ser identificado também com carimbo e assinatura o profissional que realizou o atendimento.



REGISTRO DE CONSULTA MÉDICA



CREDENCIADO		NOME		MESANO	
código		2		3	
Nº ORD	CARTÃO ISSEC	NOME BENEFICIÁRIO	DATA AUTORIZAÇÃO	SENHA DE AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
01	4	5	6	7	8
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
QTD DE CONSULTAS		CREDENCIADO (assinatura e carimbo)		LOCAL/ DATA	
10		11		12	

LMD



7.3 GUIA DE SERVIÇO I

Esta guia deverá ser usada para a solicitação de procedimentos gerados a partir de uma consulta médica eletiva: exames laboratoriais (anátomo patologia – biopse, citopatologia, etc.), cardiológicos, ultrassonográficos, radiológicos, endoscópicos, tomográficos e pequenos procedimentos realizados em consultório.

Campos a serem preenchidos pelo médico no ato da Consulta Eletiva:

- 1** – PROCEDIMENTO - Marcar com um X o procedimento a ser realizado;
- 2** – Nome do beneficiário;
- 3** – Número do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório;
- 4** – PROCEDIMENTOS SOLICITADOS
- 5** – Justificativa clínica dos exames solicitados;
- 6** – Senha da consulta médica que gerou a solicitação dos exames;
- 7** – Data da solicitação, carimbo e assinatura do médico;
- 8** – SERVIÇO EXECUTADO – Procedimento(s) realizado(s);
- 9** – Código Tabela do procedimento - Tabela Saúde ISSEC não constando nesta tabela, utilizar o código da Tabela AMB/92;
- 10** – Valor de cada procedimento com o valor total;
- 11** – Data da conclusão do serviço, assinatura do beneficiário ou responsável confirmando a execução do serviço;
- 12** – Carimbo e assinatura do credenciado;
- 13** – Senha da autorização gerada através do teleatendimento para realizar o atendimento;
- 14** – Data da autorização – colocar a data em que recebeu a autorização.

O profissional ou entidade credenciada solicitante deverá preencher a guia do item 1 até 7 e quem irá executar o serviço deverá preencher do item 8 ao 14.

No caso em que o exame seja autorizado pelo sistema de biometria, apresentar o relatório gerado através da web/Issec ao processo de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

GUIA DE SERVIÇO – I

PROCEDIMENTO						
1 EXAME	Laboratório	<input type="checkbox"/>	Ultrassom	<input type="checkbox"/>	Endoscópico	<input type="checkbox"/>
	Cardiológico	<input type="checkbox"/>	Radiológico	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

RESERVADO AO MEDICO REQUISITANTE	
Nome do Beneficiário: 2	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 3 CARTÃO ISSEC </div>
N.º	PROCEDIMENTOS SOLICITADOS
01	4
02	
03	
Justificativa: 5	Senha de Autorização da Consulta <div style="text-align: center;">6</div>
	Data da solicitação ____/____/____ <div style="text-align: center;">7</div> Carimbo e Assinatura do Médico

SERVIÇO EXECUTADO			
N.º	PROCEDIMENTO	CODIGO TABELA	VALOR R\$
01			
02	8	9	10
03			
TOTAL			
Data da realização do procedimento ____/____/____ 11		Carimbo e Assinatura do Credenciado 12	
_____ Assinatura do Beneficiário ou Responsável			

RESERVADO PARA AUTORIZAÇÃO	
13 SENHA DE AUTORIZAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="text"/> </div>	14 DATA DA AUTORIZAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ____/____/____ dia / mês / ano </div>

OBS.: ESTA GUIA DEVERA SER UTILIZADA PARA CADA TIPO DE SERVIÇO, DISTINTAMENTE.



7.4 GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES ESPECIALIZADOS

É uma Guia de autorização gerada pelo sistema da web/Issec na qual é informado os procedimentos solicitados e liberados, funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

	issec INSTITUTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO CEARÁ	Autorização de EXAMES ANATOMO-PATOLOGICOS - WEB Emitido em: 19-05-2014		GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Secretaria do Planejamento e Gestão
Prestador:				
Operador:				
Especialidade:				
Dt Autorização: 19/05/14				
Nº Autorização: 13792144				
Senha Autorização: 005JQ4FQZ				
Área Restrita ao ISSEC				
Usuário: 00936985000 - ARISTAR MESSIAS DE LEMOS				
Codigo	Procedimento	Qtde		
2101002U	PAAF TEREÓIDE (QTDE PUNCAO LIBERADA)	3		
21010048	EXAME CITOPATOLOGICO ONCOTICO DE LIQUIDOS (ASCITICO, PLEURAL, URINA, ESCARRO, ETC..)	3		
Imprimir				



7.5 GUIA DE SERVIÇO II

Utilizar esta guia para os seguintes tratamentos: **FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA e PSICOLOGIA**, gerados a partir de uma consulta médica eletiva.

Campos a serem preenchidos pelo médico no ato da Consulta Eletiva:

- 1 – Marcar com um X o tratamento a ser realizado;
- 2 – Nome do beneficiário;
- 3 – Número do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório;
- 4 – Solicitação do tratamento;
- 5 – Quantidade de sessões solicitadas;
- 6 – Justificativa clínica da solicitação do tratamento;
- 7 – Senha de autorização da consulta médica que gerou a solicitação do tratamento;
- 8 – Data da solicitação, carimbo e assinatura do médico;
- 9 – Serviço a ser executado. Código de Tratamento - gerado pelo sistema web/Issec;
- 10 – Código da Tabela Saúde ISSEC (quando existir);
- 11 – Valor total da guia;
- 12 – Código da Autorização. Quando o beneficiário chegar com a solicitação para realização do tratamento gerado de uma consulta médica no consultório ou entidade credenciada, este deverá solicitar através do teleatendimento o **código de autorização** para cada atendimento, que colocará no local indicado sem erros e rasuras para realizar o atendimento, caso haja rasura invalide a linha e use a seguinte, **ou pelo sistema de biometria através da web/Issec**;
- 13 – Data da autorização – colocar a data em que recebeu a autorização para cada sessão/atendimento;
- 14 – Assinatura do beneficiário ou responsável no dia da realização de cada sessão;
- 15 – Carimbo e assinatura do credenciado iguais as que constam no contrato de credenciamento.

O profissional ou entidade credenciada solicitante deverá preencher a guia do item 1 até 8 e quem irá executar o serviço deverá preencher do item 9 ao 15.

No caso em que o exame seja autorizado pelo sistema de biometria, apresentar o relatório gerado através da web/Issec ao processo de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.



7.6 AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO - FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA E FISIOTERAPIA

É uma Guia de autorização gerada pelo sistema da web/Issec na qual é informado os procedimentos solicitados e liberados, funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

	Autorização de FISIOTERAPIA - ISSEC Emitido em: 22-05-2014		
Prestador: GIULIA MARIA FERREIRA ME			
Operador: MARLENE CARNEVALI MORAES DE ARAUJO (ISSEC)			
Especialidade:			
Dt Autorização: 22/05/14		Dt Validade: 22/05/14	
Nº Tratamento: 13798932			
Nº Autorização: 13806962			
Senha Autorização: 002JVQ9NH			
Área Restrita ao ISSEC			
Usuário: 00922319003 - AMILTON MARTINS DA SILVA			
Codigo	Procedimento	Qtde	Valor
25060074	RECUP. FUNC. POS OPERATORIA	1	15.00
<input type="button" value="Imprimir"/>			Total 15.00



7.7 PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR – ELETIVO

Para encaminhamento de pacientes que necessitem de internamento em caráter eletivo em hospital/clínica credenciado.

Campos a serem preenchidos:

- 1 – Nome do paciente igual ao que consta no Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório;
- 2 – Endereço do paciente;
- 3 – Dados clínicos que justifiquem o pedido da hospitalização;
- 4 – Código do procedimento da Tabela Saúde ISSEC;
- 5 – Indicar o tipo de procedimento (clínico, cirúrgico, obstétrico);
- 6 – Indicar o nome do hospital ou clínica credenciada da preferência e conveniência do paciente e profissional (campo obrigatório);
- 7 – Data da solicitação médica;
- 8 – Carimbo e assinatura do médico requisitante da hospitalização.

O beneficiário deverá dirigir-se ao hospital/clínica credenciada ao ISSEC conforme o preenchimento do PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR ELETIVO, para marcar dia e hora da realização do procedimento, de acordo com a disponibilidade do hospital/clínica e emissão da respectiva **GIH – GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVA**.

PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR ELETIVO

Solicito autorizar hospitalização para o beneficiário deste Instituto nos termos abaixo:

Solicitação Médica	Paciente: <input type="text" value="1"/>
	Endereço: <input type="text" value="2"/>
	Dados Clínicos: <input type="text" value="3"/>
	<input type="text"/>
	Código Procedimento: <input type="text" value="4"/>
	Procedimento: <input type="text" value="5"/>
	Hospital Credenciado Indicado: <input type="text" value="6"/>
<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>
Data da Solicitação	Carimbo e Assinatura do Médico Requiritante

LMD



7.8 GIH – GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVO

É uma Guia de autorização gerada pelo sistema da web/Issec na qual é informado os procedimentos solicitados e liberados, funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

	issec INSTITUTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO CEARÁ	Autorização de INTERNAMENTO ELETIVO - ISSEC Emitido em: 19-05-2014		GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Secretaria de Planejamento e Gestão
Prestador:	CLINICA DR JOSE NELSON S/O LTDA			
Operador:	FRANCISCO WALTER DA COSTA (ISSEC)			
Especialidade:				
Dt Autorização:	19/05/14	Dt Validade:	18/06/14	
Nº Autorização:	13793167			
Senha Autorização:	001SMN9NH			
Auditor:	CRM: 2711 - JOSE ALCIO AUGUSTO DE OLIVEIRA			
Área Restrita ao ISSEC	OLHO D			
Usuário:	00071870005 - ALVARO SOARES BARBOSA			
Codigo	Procedimento	Qtde		
30306027	FACETOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICACAO	1		
30307120	VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA	1		
Imprimir				



7.9 PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR – URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Para encaminhamento aos hospitais/clínicas credenciadas de pacientes que necessitem de internamento em caráter de urgência/emergência.

Campos a serem preenchidos:

- 1 – Nome do paciente igual ao que consta no Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório;
- 2 – Endereço do paciente;
- 3 – Dados clínicos que justifiquem o pedido da hospitalização;
- 4 – Código do procedimento da Tabela Saúde ISSEC;
- 5 – Indicar o tipo de procedimento (clínico, cirúrgico, obstétrico);
- 6 – Indicar o nome do hospital/clínica credenciada que foi feito o internamento;
- 7 – Data da solicitação médica;
- 8 – Carimbo e assinatura do médico requisitante da hospitalização;

O pedido da internação deverá ser apresentada ao auditor do ISSEC até 48 horas/úteis e subsequente ao do internamento para liberação da **GIH – GUIA DE INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA**.



7.10 GIH – GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

É uma Guia de autorização gerada pelo sistema da web/Issec na qual é informado os procedimentos solicitados e liberados, funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

	issec <small>INSTITUTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO CEARÁ</small>	Autorização de INTERNAMENTO DE URGENCIA - ISSEC Emitido em: 19-05-2014		GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ <i>Secretaria de Planejamento e Gestão</i>
Prestador:	ISSEC - CENTRO DE PREVENÇÃO DO CEARÁ, S/LOA			
Operador:	MARIA DO SOCORRO CRUZ RIBEIRA (ISSEC)			
Especialidade:				
Dt Autorização:	19/05/14	Dt Validade:	22/05/14	
Nº Autorização:	13793750			
Senha Autorização:	09152PRPT			
Auditor:				
Área Restrita ao ISSEC				
AUTORIZADOR WEB:	MANUELA			
Usuário:	00643139034 - MANUELA CAMILAS BAPTISTA DA SILVA			
Codigo	Procedimento	Qtde		
00020010	TRATAMENTO CLÍNICO - VISITA HOSPITALAR	1		
<input type="button" value="Imprimir"/>				



7.11 PROCEDIMENTO MÉDICO - HOSPITALAR

Formulário para ser usado por profissionais e entidades com atendimento aos beneficiários internados na rede hospitalar credenciada.

Campos a serem preenchidos:

- 1 – Hospital que foi feito o atendimento;
- 2 – Nome do beneficiário;
- 3 – Número do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório;
- 4 – Discriminação dos serviços;
- 5 – Código do procedimento da Tabela Saúde ISSEC;
- 6 – Quantidade de procedimentos;
- 7 – Quantidade de CH do procedimento;
- 8 – O profissional preencherá o quadro correspondente a sua atuação no procedimento;
- 9 – Data do internamento;
- 11 – Data da alta;
- 12 – Carimbo e assinatura do médico, assistente do doente;
- 13 – Número da Guia de Internação Hospitalar GIH;
- 14 – Assinatura do paciente ou responsável.

No caso de credenciado Pessoa Jurídica deve ser identificado também com carimbo e assinatura o profissional que realizou o atendimento.

PROCEDIMENTO MÉDICO EM HOSPITAL

LOCAL DE ATENDIMENTO										1	
NOME DO BENEFICIÁRIO							CARTÃO ISSEC			3	
DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO				CÓDIGO DA TABELA			QUANT.	CH			
4				5			6	7			
GRAU DE PARTICIPAÇÃO				TOTAL DE SERVIÇO							
CIRG. OBST	1 AUX.	2 AUX.	CLÍNICO	DATA/INTERNAÇÃO	DT. GHI/ OBST	DT. ALTA					
8				9	10	11					
ANE 87E 8/A	INÍCIO	TERMINO				Nº GHI					
ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL				13							
12				ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL							
				14							

OBS: 1- ANEXAR CÓPIA DA GHI.
 2- ANEXAR EM CASO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAMENTO OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO, CÓPIA DO FORMULÁRIO "LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE", DATADO, CARIMBADO E ASSINADO PELO MÉDICO ASSISTENTE, COM O VISTO DO AUDITOR DO ISSEC.
 3- EM CASO DE HORÁRIO ESPECIAL ANEXAR CÓPIA DO BOLETIM CIRÚRGICO;
 4- EM CASO DE MAIS DE UMA CIRURGIA, DE HEMANGIOMA, LIPOMA, NEVUS ETC, PARA QUE SEJA PAGA POR VIA DE ACESSO DIFERENTE É NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DO PEDIDO MÉDICO.

LMD



7.12 GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO NA REDE CREDENCIADA - FISIOTERÁPICO

É uma Guia de autorização usada por profissionais e entidades com atendimento de fisioterapia aos beneficiários internados na rede hospitalar credenciada.

A Guia é gerada por meio do sistema da web/Issec na qual é informado o(s) procedimento(s) solicitado(s) e liberado(s), funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

Anexar cópia da GIH – Guia de Internamento Hospitalar, cópia do formulário, **LAUDO MÉDICO SOLICITAÇÃO DE** devidamente preenchido.

	Autorização de ATENDIMENTO MEDICO NA REDE CREDENCIADA - ISSEC Emitido em: 14-07-2014		GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Secretaria do Planejamento e Gestão
Prestador: JEFFERSON LEMOS CATUNDA			
Operador: PATRICIA ALENCAR VIANA FARIAS (ISSEC)			
Especialidade: ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM HOSPITAL			
Dt Autorização: 14/07/14		Dt Solicitação: 12/07/14	
Nº Autorização: 49987898			
Senha Autorização: 9999486NN			
Auditor: CRM 8899 CARLA MARIA LIDDA FERNANDES			
Área Restrita ao ISSEC			
Beneficiário: 00577936007 TERESA CRISTINA BRASILEIRO CAPISTRANO LOPES			
Codigo	Procedimento	Qtde	
25020030	HEMIPLÉGICO E HEMIPAREZIA	2	
Data	Assinatura do Auditor por Sessão		
Codigo	Procedimento	Qtde	
25040014	ASSIST.FISIATRICA RESPIRATORIA	2	
Data	Assinatura do Auditor por Sessão		



7.13 LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE

É um formulário onde o médico assistente do paciente solicita autorização ao auditor médico do ISSEC para:

Diárias de UTI, Exames Especializados, Vacina Anti-Rh, Prorrogação de Internamento, Mudança de Procedimento, Medicamentos que não constem no Brasíndice, Alimentação Enteral e Parenteral, etc. a serem realizados em pacientes internados.

Caso o procedimento seja realizado no próprio hospital/clínica a solicitação deverá estar com o visto do auditor médico do ISSEC, carimbada, assinada, datada e a cobrança será pelo hospital através da fatura hospitalar; caso contrário deverá ser vistada pelo auditor do ISSEC e gerada a guia para o credenciado que realize.

Campos a serem preenchidos:

- 1 – O médico assistente do paciente marca com um X o quadro correspondente ao procedimento solicitado;
- 2 – O médico assistente do paciente preenche: O nome do hospital/clínica cujo paciente está internado, nome do paciente, número da GIH - Guia de Internação Hospitalar (campo preenchimento obrigatório), nome do médico solicitante e número do CRM - Conselho Regional de Medicina;
- 3 – O médico que solicitou o procedimento deverá justificá-lo, colocar a data, assinar e carimbar;

LAUDO MEDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIARIA DE UTI | <input type="checkbox"/> VACINA ANTI Ra |
| <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE INTERNAMENTO | <input type="checkbox"/> HEMODIALISE E DIALISE PERITONEAL |
| <input type="checkbox"/> HEMODINAMICA | <input type="checkbox"/> HEMOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS QUE NAO CONSTEM NO BRASINDICE |
| <input type="checkbox"/> EXAMES ESPECIALIZADOS _____ | |
| <input type="checkbox"/> OUTROS _____ | |

1

DADOS GERAIS:

HOSPITAL _____

PACIENTE _____

N.º GIH _____ CARTÃO ISSEC _____

MEDICO SOLICITANTE _____ CRM _____

PRESTADOR EXECUTANTE _____

2

JUSTIFICATIVA

3

DATA ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante

MP



7.14 GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Será usada para atendimento em consulta de urgência/emergência aos beneficiários que procuram este serviço através da Rede Credenciada, portando apenas o Cartão Saúde ISSEC e Identidade (RG).

Campos a serem preenchidos:

- 1 – Nome do beneficiário;
- 2 – Número do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório;
- 3 – Marcar com um (X) o quadro correspondente ao tipo de beneficiário, se segurado, aposentado, dependente ou pensionista;
- 4 – Endereço do beneficiário;
- 5 – Validade do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório;
- 6 – Bairro;
- 7 – Idade;
- 8 – Sexo;
- 9 – Nome do hospital que prestou o atendimento;
- 10 – O médico preencherá o motivo do atendimento;
- 11 – Descrição sumária do exame físico do paciente;
- 12 – Diagnóstico provável;
- 13 – Solicitação de exames, quando necessário;
- 14 – Medicação usada;
- 15 – Data, assinatura e carimbo do médico que atendeu ao paciente;
- 16 – Carimbo do credenciado;
- 17 – Discriminação do serviço executado;
- 18 – Código do procedimento da Tabela Saúde ISSEC;
- 19 – Quantidade de procedimento;
- 20 – Quantidade de CH para cada procedimento;
- 21 – Data em que foi feito o atendimento;
- 22 – Total do serviço;
- 23 – Total do material e medicamento;
- 24 – Total geral cobrado pelo credenciado pela prestação do serviço.
- 25 – O beneficiário ou responsável assina confirmando o atendimento;

Anexar para efeito de cobrança/pagamento:

- fatura relacionando material, medicamento, honorário, taxas e folha de gasto;
- **GUIA DE AUTORIZAÇÃO** gerada no momento do atendimento, via web. Neste caso os campos **2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 16 e 21** da **GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA HOSPITALAR**, serão dispensados do preenchimento.



			
GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA HOSPITALAR			
NOME DO BENEFICIÁRIO 1		CARTÃO ISSEC 2	
ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO 4		VALIDADE CARTÃO 5	
BAIRRO 6		IDADE 7	SEXO 8
		NOME DO HOSPITAL 9	
MOTIVO DO ATENDIMENTO 10			
EXAME CLÍNICO 11			
DIAGNÓSTICO 12			
EXAMES SOLICITADOS 13			
MEDICAÇÃO APLICADA 14			
DATA/ CARIMBO ASSINATURA DO MÉDICO 15		CARIMBO DO CREDENCIADO 16	
SERVIÇO EXECUTADO 17		CÓDIGO TABELA 18	
		QUANT. 19	
		QUANT. CH 20	
DATA DE ATENDIMENTO 21		TOTAL DE SERVIÇO 22	
25		TOTAL MED./MAT. 23	
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL		TOTAL GERAL 24	

OBS: ANEXAR FOLHA DE MED/MAT USADOS, LAUDOS OU PELÍCULAS

LMD



7.15 REGISTRO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA

Este formulário é um documento de solicitação e deve ser usado pelo:

Credenciado (Pessoa Física ou Jurídica) no interior do Estado e isentos da biometria para solicitar a Consulta Odontológica e (Raio-X Inicial/Diagnóstico, Aplicação de Flúor, e Selante), conforme instruções específica.

Cada linha do formulário deve registrar e autorizar um procedimento específico.

Campos a serem preenchidos completamente, legíveis e sem rasuras:

- 1** - Código do Credenciado- recebido por ocasião da assinatura do Contrato, identifica-o junto ao ISSEC vinculando-o àquela solicitação e respectiva Cobrança/Pagamento;
- 2** – Mês/Ano- Período de atendimento que será vinculado a um prazo para a Cobrança/Pagamento;
- 3** – Nome do Credenciado (Pessoa Física ou Jurídica), conforme contrato;
- 4** – Número de Ordem- sequência crescente ordenada pela data das autorizações realizadas neste formulário;
- 5** – Número do Cartão Saúde do ISSEC ou Cartão Provisório- identifica o Beneficiário
- 6** – Nome do Beneficiário- nome completo e igual ao Cartão Saúde ISSEC;
- 7** – Procedimento/Dente- nome ou abreviação do procedimento e dente vinculado, quando necessário, conforme instrução específica.

No caso de Raio-X, além da notificação, a película deve ser enviada para cobrança, anexo a este formulário ou ter sua ausência Justificada devidamente. Ver instruções específicas neste Manual.

- 8** – Senha de Autorização– grupo de 9 (nove) dígitos composto por letras e números fornecidos pelo Taleatendimento, através do **3101-4903**, para identificar cada linha de autorização;
- 9** – Data da Autorização- do procedimento registrado naquela linha específica;
- 10** – Assinatura do Beneficiário ou Responsável – recolher sempre após realização do procedimento;
- 11** – Total Procedimentos- Quantidade total de autorizações registradas por folha de formulário;
- 12** - Credenciado- Complemento da identificação do mesmo com assinatura e carimbo igual ao contrato;
- 13** – Local/Data – Cidade e data da conclusão dos serviços.

O credenciado deverá anexar o(s) formulário(s) **REGISTRO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA** devidamente preenchido(s) e sem rasuras ao processo de cobrança junto ao ISSEC.



7.16 FICHA ODONTOLÓGICA

O início do tratamento não poderá ser realizado **antes da Autorização dos Procedimentos**.

É o Documento de Solicitação e Autorização de procedimentos odontológicos para credenciado do Interior do Estado (Pessoa Física ou Jurídica) e os isentos da biometria. Enviar este documento ao ISSEC, anexo ao Processo de Cobrança/Pagamento.

Campos a serem preenchidos completamente, legíveis e sem rasuras:

1 – Código do Credenciado- recebido por ocasião da assinatura do Contrato, identifica-o junto ao ISSEC, vinculando-o àquela solicitação e respectivo cobrança/pagamento

2 – Nome do Beneficiário- nome completo e igual ao Cartão Saúde ISSEC;

3 – Número do Cartão Saúde do ISSEC ou Cartão Provisório- identifica o Beneficiário

4 – Odontogramas de dentes permanentes e de dentes decíduos- deverão ser preenchidos identificando as ausências pre-existentes na(s) hemi-arcada(s) indicadas pelas necessidades priorizadas e solicitadas neste formulário, notificando de acordo com a Legenda abaixo:

- **Dente ausente:** um (X) na identificação numérica do dente que já se encontra ausente na arcada dental, por ocasião do exame;
- **Exodontia:** uma barra em diagonal (/) sobre a figura do dente que será extraído;
- **Restauração:** contornar com nitidez as faces envolvidas;
- **Tratamento endodôntico:** uma, duas ou três pequenas linhas verticais, simulando o(s) condutos;

5 – Odontograma Radiográfico: Identificar com um (X) neste odontograma específico o dente central da área de interesse que será radiografada e está sendo descrito no campo 06. Justificar tecnicamente essa necessidade no campo 10;

6 – Procedimentos- solicitar o limite máximo de 05 (cinco) procedimentos/mês, conforme instruções específicas, item 5.6.3 deste Manual. Lembrar que procedimento(s) autorizado(s) pelo Teleatendimento no mesmo mês/ano e notificados no **REGISTRO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA** também compõem este limite;

7 – Dente a ser tratado com o procedimento solicitado na linha, utilizando a identificação numérica adotada e coincidente com o notificado no(s) Odontograma(s) de dentes permanentes ou decíduos ou radiográfico;

8 – Face(s) do dente a ser restaurado de acordo com o odontograma específico e usando as iniciais (M, D, O, I, V, P) conforme instrução no item 5.6.2 deste Manual;

9 - Arcada – preencher quando o procedimento a ser realizado necessitar da indicação, conforme normas específicas, item 5.6.3 deste Manual;

10 – Data- Preencher somente na data de conclusão do procedimento especificado naquela linha;

11- Assinatura do Beneficiário ou Responsável **preencher somente na data de conclusão do procedimento** especificado nesta linha. O preenchimento deste campo autoriza o pagamento do procedimento realizado correspondente. Cobrança sem realização pode prejudicar o beneficiário e sujeitar o credenciado a processo administrativo e penalidades previstas no Termo de Credenciamento;

12 – Observação/**Justificativa Odontológica:** Campo para eventuais justificativas ou explicações, como por exemplo: solicitação de cancelamento da autorização, justificativa de alteração de procedimento, cancelamento de procedimento não realizado. Neste caso a justificativa deverá ser enviada por meio do fax , (85) 3101.4823 ou para o e-mail: teleatendimento@issec.ce.gov.br



13- Carimbo e Assinatura em original do Credenciado- igual ao que consta no Contrato de Credenciamento.

14- Senha de Autorização- Grupo de 9 (nove) dígitos composto por letras e números fornecidos pelo Taleatendimento, através do **3101-4903**, autoriza como uma unidade todos os procedimentos solicitados neste documento;

15- Data da Autorização- Informa o início do prazo de validade do documento para efeito de Cobrança/Pagamento que será sempre de 30 (trinta) dias corridos a partir desta data.

CANCELAMENTO DE PROCEDIMENTO NÃO COBRÁVEL- em virtude de não realizado ou não concluído, por ocasião do envio para a cobrança de uma Guia parcialmente concluída, deve ser feito sem rasura da seguinte forma:

- Deixando sem preenchimento os campos referentes à DATA e ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL;
- Caso os dois campos acima citados já tenham sido equivocadamente preenchidos, toda a linha correspondente deve ser anulada com um traço central horizontal e uma justificativa acrescentada ao campo Observação da Guia.

O procedimento cancelado em uma Guia cobrada só poderá ser novamente autorizado após o processamento da cobrança da referida Guia e posterior liberação no Sistema informatizado para controle da assistência à saúde.

MOTIVOS DE GLOSA:

- GLOSA POR PROCEDIMENTO: quando apresentar rasura ou preenchimento incorreto de algum campo referente ao procedimento e/ou quando for para cobrança sem o(s) Raio-X exigido(s) em alguns procedimentos ou estes não atenderem às normas (item 6.5.2 e 6.5.3).

- GLOSA DA GUIA INTEIRA: quando a cobrança estiver fora de prazo e/ou ocorrer ausência de carimbo e/ou assinatura do credenciado neste documento

FICHA ODONTOLÓGICA CÓDIGO DO CREDENCIADO **1**

--	--	--	--	--	--	--

RESERVADO AO DENTISTA REQUISITANTE

Nome do Beneficiário: **2** _____

CARTÃO ISSEC **3** _____

ODONTOGRAMA PERMANENTE

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

4

ODONTOGRAMA DECIDUO

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

RADIOGRAFIAS

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

5

PROCEDIMENTOS

PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	ARCADA	DATA	ASS. DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
6	7	8	9	10	11

OBSERVAÇÃO/JUSTIFICATIVA ODONTOLÓGICA

12

Carimbo e Assinatura do Credenciado **13**

13

RESERVADO À AUTORIZAÇÃO

<p>14 SENHA DE AUTORIZAÇÃO</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>											<p>15 DATA DA AUTORIZAÇÃO</p> <p align="center">____/____/____</p> <p align="center">dia mês ano</p>

LMD



7.17 AUTORIZAÇÃO DE ODONTOLOGIA

É uma Guia de autorização gerada pelo sistema da web/Issec na qual é informado os procedimentos solicitados e liberados, funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

	Autorização de ODONTOLOGIA - ISSEC Emitido em: 22-05-2014		GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ <i>Secretaria de Planejamento e Gestão</i>
<hr/>			
Prestador:	[REDACTED]		
Operador:	[REDACTED]		
Especialidade:	ODONTOLOGIA GERAL		
Dt Autorização:	22/05/14	Dt Validade:	22/05/14
<hr/>			
Nº Autorização:	13807282		
Senha Autorização:	012ZVX1V5		
Área Restrita ao ISSEC			
<hr/>			
Usuário:	00646448003 - [REDACTED]		
<hr/>			
Codigo	Procedimento	Qtde	Valor
98060050	RESTAURACAO AMALGAMA 3+F	1	24.65
98060090	RASP SUB-SUPRA GENG. INF. (INCLUI PROF.+FLUOR)	1	24.65
98060095	RASP SUB-SUPRA GENG. SUP. (INCLUI PROF.+FLUOR)	1	24.65
98060190	RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1F	1	20.30
<hr/>			
Imprimir	Total		94.25



7.18 GUIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR – GIH INTERIOR

Esta guia será usada para o procedimento de **assistência ao parto** para entidades credenciadas com este fim.

O procedimento **PARTO** é pago através de pacote ao hospital(entidade) credenciada de acordo com o contrato firmado.

Como preencher os campos:

- 1 – Nome do Beneficiário.
- 2 – Número do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório.
- 3 – Dados clínicos que justifiquem o internamento.
- 4 – Marcar com um “X” – se Parto normal ou parto cesáreo.
- 5 – Campo reservado ao médico requisitante – data da solicitação médica, carimbo e assinatura do profissional.
- 6 – Carimbo e assinatura do credenciado – carimbo do hospital(entidade) credenciada com carimbo e assinatura do responsável legal igual ao que consta do contrato de credenciamento.
- 7 – Reservado à autorização - o credenciado solicitará através do teleatendimento e receberá um código de autorização que será colocado no local indicado sem erros ou rasuras.
- 8 – Data da autorização – colocar a data em que recebeu a autorização.

O Credenciado deverá anexar **a(s) guia(s) de assistência ao parto** devidamente preenchida(s) e a **xerox do boletim da sala** de parto (normal ou cirúrgico), ao processo de cobrança junto ao ISSEC.

GUIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR - GIH

INTERIOR

SOLICITO AUTORIZAR HOSPITALIZAÇÃO PARA O BENEFICIÁRIO

RESERVADO AO MEDICO REQUISITANTE																								
Nome do Beneficiário: 1 _____ _____	CARTÃO ISSEC 2																							
Dados Clínicos 3																								
Procedimento: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Normal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">PARTO Cesário</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Normal	<input type="checkbox"/>	4	PARTO Cesário	<input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura do Credenciado 6																		
Normal	<input type="checkbox"/>	4																						
PARTO Cesário	<input type="checkbox"/>																							
Data da solicitação ____/____/____ 5 Carimbo e Assinatura do Médico																								
RESERVADO A AUTORIZAÇÃO																								
7 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">SENHA DE AUTORIZAÇÃO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	SENHA DE AUTORIZAÇÃO	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										8 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">DATA DA AUTORIZAÇÃO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10px; border-bottom: 1px solid black;">/</td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10px; border-bottom: 1px solid black;">/</td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">dia</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">mês</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">ano</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	DATA DA AUTORIZAÇÃO	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10px; border-bottom: 1px solid black;">/</td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10px; border-bottom: 1px solid black;">/</td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">dia</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">mês</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">ano</td> </tr> </table>		/		/		dia		mês		ano
SENHA DE AUTORIZAÇÃO																								
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																								
DATA DA AUTORIZAÇÃO																								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10px; border-bottom: 1px solid black;">/</td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10px; border-bottom: 1px solid black;">/</td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">dia</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">mês</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">ano</td> </tr> </table>		/		/		dia		mês		ano														
	/		/																					
dia		mês		ano																				

OBS.: ANEXAR CÓPIA DO BOLETIM DE SALA DE PARTO (NORMAL OU CIRÚRGICO)



7.19 AUTORIZAÇÃO DE PARTO - INTERIOR

É uma Guia de autorização gerada pelo sistema da web/Issec na qual é informado os procedimentos solicitados e liberados, funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

	Autorização de PARTO - ISSEC Emitido em: 22-05-2014	
<hr/>		
Prestador:	INSTITUTO MADRE TERESA DE APÓSTOLOS - INTERIOR	
Operador:	TERESA HELENA SILVA RODRIGUES (ISSEC)	
Especialidade:		
Dt Autorização:	07/03/14	Dt Validade: 07/03/14
<hr/>		
Nº Autorização:	13564304	
Senha Autorização:	00114BR8L	
Área Restrita ao ISSEC BY01006236-> S		
<hr/>		
Usuário:	00944440018 - MARIA GLEVANEIDE MOREIRA DOS SANTOS	
<hr/>		
Codigo	Procedimento	Qtde
92020020	PARTO CESÁRIO / INTERIOR	1
<hr/>		
<input type="button" value="Imprimir"/>		



7.20 GUIA - AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO - ASSISTÊNCIA AO EXCEPCIONAL

É uma Guia de autorização gerada pelo sistema da web/Issec na qual é informado os procedimentos solicitados e liberados, funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

issec		INSTITUTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO CEARÁ			Data: 10/07/2014
		AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO			Hora: 08:49
		A ASSISTÊNCIA AOS EXCEPCIONAIS			Pág: 1/1
		MÊS: 01/07/2014 À 10/07/2014			 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
CÓDIGO CREDENCIADO					
NOVO NOVO SETE EDUCAROS SERVIÇOS E TURISMO LTDA					
Nº	Senha	Carteira	Beneficiário	Procedimento	Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1	0333XJQBD	13262050	ANDREIA ARAUJO MADEIRO	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
2	033ZMM1JV	12558583	ANTONIA RITA GABRIELA PESSOA B	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
3	03398IVSG	8621925	ANTONIO TABOSA DIAS FILHO	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
4	033V9FPV8	11916931	EMANUEL SOARES BONFIM	ATEND. CLINICO	_____
5	0332Q5T8L	12381535	GUILHERME COELHO SILVA	ATEND. CLINICO	_____
6	033VNHQBD	10958371	HEVILA GONDIM CARLOS	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
7	03351RC4N	13702670	HIGOR CAVALCANTE CORDEIRO	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
8	03312M1JV	12522787	IANA DE MESQUITA FIGUEIREDO	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
9	033P4TXD4	13840690	JACKELINE DA SILVA VASCONCELOS	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
10	03322ZG32	13549944	JOAO MATHEUS LOPES DE MORAIS	ATEND. CLINICO	_____
11	0331CPQBD	11081642	JOAO NOGUEIRA MOTA FILHO	ATEND. CLINICO	_____
12	033MBG88M	14112370	JULIO CESAR DE QUEIROZ RIBEIRO	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
13	033Q5BNPT	11425695	LIA TORRES RIBEIRO	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
14	033GL92CQ	9207058	LIVIA DE SABOIA BRITO RIOTINTO	ATEND. CLINICO	_____
15	0333SM1JV	11822821	LUAN VICTOR DE CASTRO NASCIMEN	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
16	0332C36ZF	13361378	LUCY XAVIER BARRETO	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
17	033SLTXD4	13459783	MARCIO SOUSA DO NASCIMENTO	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
18	033BZHQBD	11408537	NELSON BRAGA DOS SANTOS FILHO	ATEND. CLINICO	_____
19	033QIQ9RQ	12895288	RAPHAEL BARBOSA FERNANDES RIBE	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____
20	0335Q189M	12090875	RENATO DE PAULA DE SIQUEIRA	ATEND. CLINICO E ESCOLARIDADE	_____



7.21 AUTORIZAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E NUTRIÇÃO PARENTERAL OU HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL

É uma Guia de autorização gerada pelo sistema da web/Issec na qual é informado os procedimentos solicitados e liberados, funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

	Autorização de NUTRICAÇÃO PARENTERAL E ENTERAL - ISSEC Emitido em: 28-05-2014	
Prestador: PARA SERVIÇO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL		
Operador: MARILYN DO SOCORRO CRUZ ALMEIDA (ISSEC)		
Especialidade:		
Dt Autorização: 27/05/14 Dt Validade: 11/06/14		
Nº Autorização: 13815771		
Senha Autorização: 0513QSRJV		
Área Restrita ao ISSEC		
Beneficiário: 00557628000 - FRANISCA PINHEIRO DE SOUZA		
Codigo	Procedimento	Qtde
90010110	NUTRICAÇÃO ENTERAL	5
Data	Assinatura do Auditor por Sessão	
<input type="button" value="Imprimir"/>		

	Autorização de NEFROLOGIA - ISSEC Emitido em: 28-05-2014	
Prestador: PARA SERVIÇO DE DIÁLISE RENAL AGUDA E CRÔNICA		
Operador: MARILYN DO SOCORRO CRUZ ALMEIDA (ISSEC)		
Especialidade:		
Dt Autorização: 27/05/14 Dt Validade: 11/06/14		
Nº Autorização: 13816497		
Senha Autorização: 031Q6QMCQ		
Área Restrita ao ISSEC		
Beneficiário: 00501315006 - FRANCISCO NEVES TEIXEIRA		
Codigo	Procedimento	Qtde
90010130	HEMODIÁLISE SESSÃO INICIAL	1
Data	Assinatura do Auditor por Sessão	
Codigo	Procedimento	Qtde
90010140	HEMODIÁLISE SUBSEQUENTE	2
Data	Assinatura do Auditor por Sessão	
<input type="button" value="Imprimir"/>		



7.22 AUTORIZAÇÃO DE HEMOTERAPIA

É uma Guia de autorização gerada pelo sistema da web/Issec na qual é informado os procedimentos solicitados e liberados, funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

	Autorização de HEMOTERAPIA - ISSEC Emitido em: 22-05-2014	
<hr/>		
Prestador:	FUSISAN - CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO CEARÁ LTDA	
Operador:	RAFAEL ALENCAR VIANA FARIAS (ISSEC)	
Especialidade:		
Dt Autorização:	22/05/14	Dt Validade: 06/06/14
<hr/>		
Nº Autorização:	13807689	
Senha Autorização:	S01D3HLV8	
Área Restrita ao ISSEC		
<hr/>		
Usuário:	00897225008 - USUARIO INFORMATICA TESTE	
<hr/>		
Codigo	Procedimento	Qtde
90010180	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	1
<hr/>		
<input type="button" value="Imprimir"/>		



7.23 AUTORIZAÇÃO DE HEMODINÂMICA

É uma Guia de autorização gerada pelo sistema da web/Issec na qual é informado os procedimentos solicitados e liberados, funcionando como instrumento de cobrança/pagamento junto ao ISSEC.

	Autorização de HEMODINAMICA - ISSEC Emitido em: 22-05-2014		GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Secretaria de Planejamento e Gestão
Prestador:	JR FIDUEREDO SOUZA		
Operador:	FRANCISCO ANTENOR DA COSTA (ISSEC)		
Especialidade:			
Dt Autorização:	20/05/14	Dt Validade:	19/06/14
Nº Autorização:	13797104		
Senha Autorização:	001FP1B8L		
Área Restrita ao ISSEC			
Usuário:	00861040008 FRANCISCO OCTAVO CALDANHA LIMA		
Codigo	Procedimento	Qtde	
30912091	IMPLANTE DE PROTESE INTRAVASCULAR NA AORTA/PULMONAR OU RAMOS COM OU SEM ANGIOPLASTIA	1	
40812049	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SELETIVO DE RAMO PRIMARIO - POR VASO	2	
40813177	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA	1	
90010040	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA MID/MIE	1	
Imprimir			



7.24 PEDIDO PARA TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Autoriza e gera o plano de tratamento para beneficiários com transtorno em saúde mental.

Campos a serem preenchidos:

- 1 – Nome do beneficiário.
- 2 – Número do Cartão Saúde ISSEC ou cartão provisório.
- 3 – Idade.
- 4 – Diagnóstico provável.
- 5 – Marcará com um (X) o quadro correspondente ao tipo de tratamento que deverá ser realizado.
- 6 – Informar o código da consulta.
- 7 – Informar a senha eletrônica constante na Guia de Internamento Psiquiátrico.
- 8 – Data da solicitação do procedimento.
- 9 – Carimbo e assinatura do médico solicitante.

PEDIDO PARA TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Solicito autorizar Tratamento em Saúde Mental para o beneficiário deste Instituto nos termos abaixo:

Paciente:	1		
CARTÃO ISSEC:	2	Idade:	3
Diagnóstico:	4		
PLANO DE TRATAMENTO 5			
<u>Procedimento Intensivo de Turno</u> () Horário de Atendimento: Manhã () ou Tarde () Quantidade de Sessões (.....) 08/Mês			
<u>Procedimento Semi-Intensivo</u> () Horário de Atendimento: Manhã () ou Tarde () Quantidade de Sessões (.....) 04/Mês ou () 02/Mês ou () 01/Mês.			
<u>Comunidade Terapêutica</u> () Quantidade de Diárias (.....) / Mês			
<u>Residência Terapêutica</u> () Quantidade de Diárias (.....) / Mês			
Código de Autorização do Registro de Consulta: 6			
Senha Eletrônica da Guia de Internamento - GIH: 7			
8		9	
Data da Solicitação		Carimbo e Assinatura do Médico Assistente	

OBS: ESTE PEDIDO DEVERÁ SER UTILIZADO PARA APENAS UM TIPO DE PLANO DE TRATAMENTO



issec

INSTITUTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES
DO ESTADO DO CEARÁ



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Planejamento e Gestão