

GUIA DO FONOAUDIÓLOGO EM SAÚDE SUPLEMENTAR



GUIA DO FONOAUDIÓLOGO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Organizadores

Comissão de Saúde do 13º Colegiado do Conselho Federal de Fonoaudiologia

Andréa Cintra Lopes – CRFa 2-5766

Ana Karoline Furtado Dutra - CRFa 8-9712

Danilo Alves Mantovani CRFa 5-15231-2

Mariana de Alvarenga Brandão CRFa 6-3606

Mércia Maria Quintino Silva CRFa 4-7111

Analista Técnica Fonoaudióloga Valdirene Costa CRFa5-9834

Elaboração:

Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia

Distribuição

Conselho Federal de Fonoaudiologia

Informações

Conselho Federal de Fonoaudiologia fono@fonoaudiologia.org.br

Projeto gráfico / diagramação: Camila Medina



Prezado Fonoaudiólogo,

Este guia traz uma revisão da 2ª Edição publicada em setembro de 2012.

O Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia propõe este guia como instrumento para informação e orientação aos fonoaudiólogos na sua relação com a saúde suplementar e com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão que regulamenta o setor.

Para as dúvidas não esclarecidas ou que surgirem posteriormente, o profissional poderá procurar os Conselhos Federal ou Regionais de Fonoaudiologia e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Boa Leitura!



Apresentação	4
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar	6
Conhecendo a estrutura organizacional da ANS	7
Vinte e um anos de regulamentação dos planos de saúde no Brasil	11
A ANS e a Fonoaudiologia	12
QUALISS	21
CAMSS	23
As operadoras de saúde	24
Orientações sobre a relação entre o fonoaudiólogo e a operadora de saúde	25
Orientações sobre a relação entre o fonoaudiólogo e o usuário de planos de saúde	28
Perguntas frequentes	30
Orientações quanto ao preenchimento das guias referentes à Fonoaudiologia	31



1

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulação do setor de planos de saúde no Brasil.

A sede da ANS fica na cidade do Rio de Janeiro, mas há núcleos da ANS espalhados pelo país. A missão desta agência é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Tem um canal de diálogo com a sociedade por meio das Consultas Públicas, estas são discussões de temas relevantes, em que a ANS busca subsídios para o processo de tomada de decisão. Com isso a agência espera tornar as ações governamentais mais democráticas e transparentes.

A ANS pode realizar também Audiências Públicas para ouvir a opinião da sociedade e dos agentes regulados sobre assuntos importantes para a regulação dos planos de saúde.

Essas reuniões são previamente divulgadas na página da ANS e pelo Diário Oficial da União (DOU). Após a audiência pública, é divulgado o Relatório de Audiência Pública (RAP).

A Consulta Pública e a Audiência Pública podem contar com a participação, tanto de cidadãos quanto de setores especializados da sociedade, como sociedades científicas, entidades profissionais, universidades, institutos de pesquisa e representações do setor regulado.

Consulte o site da ANS regularmente para saber sobre as consultas e demais informações (www.ans.gov.br).



CONHECENDO A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ANS

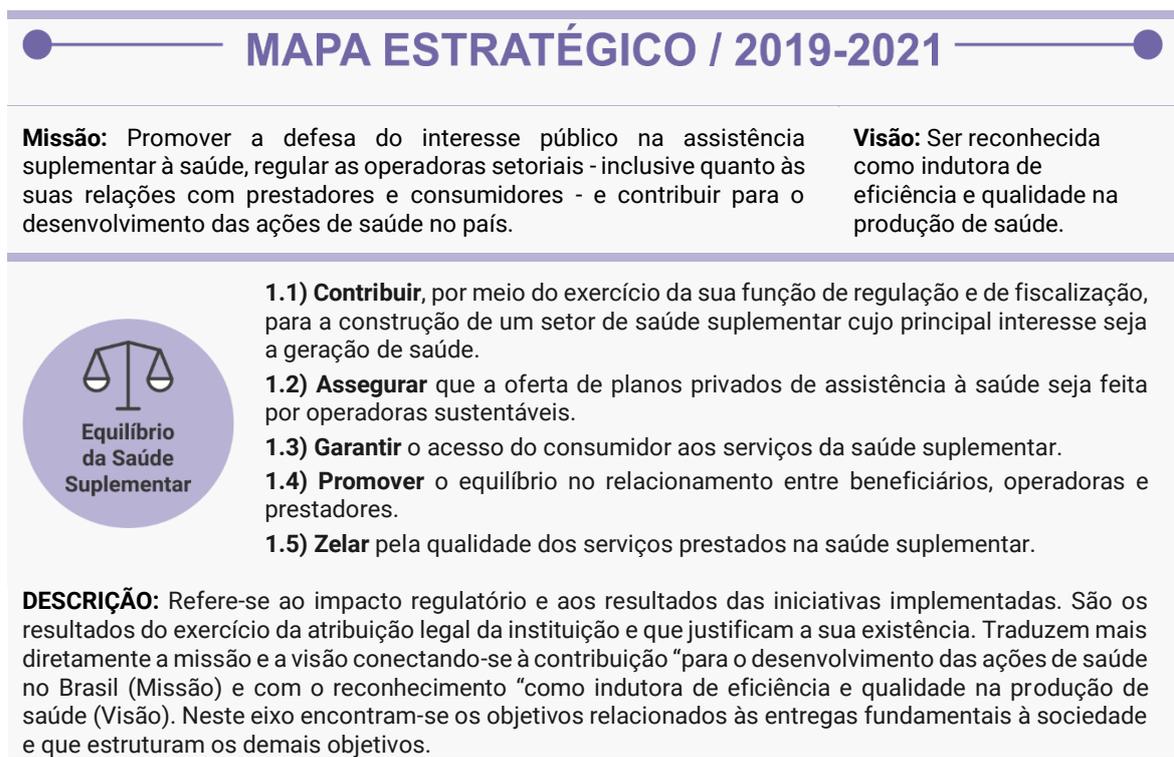
2.1 Missão e Visão da ANS

A missão da ANS é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

A visão da ANS é ser reconhecida como indutora de eficiência e qualidade na produção de saúde.

Mais informações: www.ans.gov.br.

Figura 1: Mapa Estratégico ANS





Aperfeiçoamento
do Ambiente
Regulatório

- 2.1) **Consolidar** ações regulatórias de garantia da prestação dos serviços em saúde suplementar, por meio da fiscalização, monitoramentos e regimes especiais.
- 2.2) **Propor** ações que contribuam para a redução dos desperdícios na cadeia de valor das operações em saúde suplementar.
- 2.3) **Intensificar** ações de redução da assimetria de informações.
- 2.4) **Promover** um ambiente regulatório que favoreça a concorrência e o desenvolvimento do setor de saúde suplementar com eficiência e sustentabilidade.
- 2.5) **Promover** a previsibilidade regulatória e a qualificação do processo de elaboração do ato regulatório.
- 2.6) **Aprimorar** a efetividade da participação pública no processo regulatório.

DESCRIÇÃO: Identifica resultados que permitem modular a atividade regulatória de acordo com o comportamento dos entes regulados. São os resultados dos produtos e serviços específicos da instituição, base para o relacionamento com beneficiários, operadoras e prestadores. Os clientes são a razão de ser da instituição e, em função disso, suas necessidades devem ser identificadas, ponderadas e consideradas. Neste eixo encontram-se os objetivos relacionados à promoção da sustentabilidade econômico-financeira, o estímulo às boas práticas de comercialização, as ações de fiscalização e o fortalecimento das boas práticas regulatórias.



Articulação
Institucional

- 3.1) **Fortalecer** a imagem institucional por meio de estratégia de informação, educação, comunicação e da produção de conhecimento em articulação com instituições de ensino e pesquisa.
- 3.2) **Assumir** o protagonismo no debate regulatório por meio da intensificação do relacionamento institucional com órgãos e entidades governamentais do legislativo e executivo e entidades representativas do setor.
- 3.3) **Integrar** a informação e as ações entre os setores público e privado.
- 3.4) **Fortalecer** a articulação com o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, Ministério Público, Defensoria Pública e Poder Judiciário.

DESCRIÇÃO: Identifica os processos interno que norteiam a interação com os atores do setor. Representa oportunidade para a consolidação da instituição no protagonismo do debate regulatório e do fortalecimento da imagem institucional. Neste eixo encontram-se os objetivos relacionados a estratégia de informação, comunicação e educação; interação com o setor regulado, com sistema nacional de defesa do consumidor, poder judiciário e demais órgãos e entidades governamentais.



Fortalecimento
da Governança
Institucional

- 4.1) **Buscar** a racionalização dos recursos institucionais e a eficiência do gasto público, com o foco na transparência e na prestação de contas.
- 4.2) **Alinhar** os processos de trabalho e a estrutura organizacional à estratégia da instituição.
- 4.3) **Alinhar** o planejamento, a gestão e a execução orçamentária ao planejamento estratégico.
- 4.4) **Implementar** modelo de governança em gestão de pessoas e promover políticas de comprometimento e desenvolvimento dos servidores com foco em resultados.
- 4.5) **Assegurar** mecanismos de governança que favoreçam a integração, inovação dos processos e gestão de riscos.
- 4.6) **Modernizar** a infraestrutura e soluções de Tecnologia da Informação alinhado às boas práticas de governança.
- 4.7) **Aprimorar** e consolidar a implementação do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicações
- 4.8) **Otimizar** a gestão da estrutura física das unidades e o uso de recursos materiais e patrimoniais.

DESCRIÇÃO: Refere-se aos mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

Fonte: Página oficial da ANS na internet

Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Quem_somos/mapa-estrategico_2020-2023.pdf Acesso em: 27 ago. 2020.

2.2. Organograma ANS

A estrutura organizacional básica da ANS é descrita no Art. 2º, Capítulo II da Resolução Regimental Nº 01, de 17 de março de 2017.

A ANS tem a seguinte estrutura básica:

I - Diretoria Colegiada - DICOL;

- a. Presidência – PRESI;
- b. Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES;
- c. Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE;
- d. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO;
- e. Diretoria de Fiscalização - DIFIS; e
- f. Diretoria de Gestão - DIGES;
- g. Secretaria Geral da Diretoria Colegiada – SEGER;

II - Procuradoria Federal junto à ANS - PROGE;

III - Ouvidoria - OUVID;

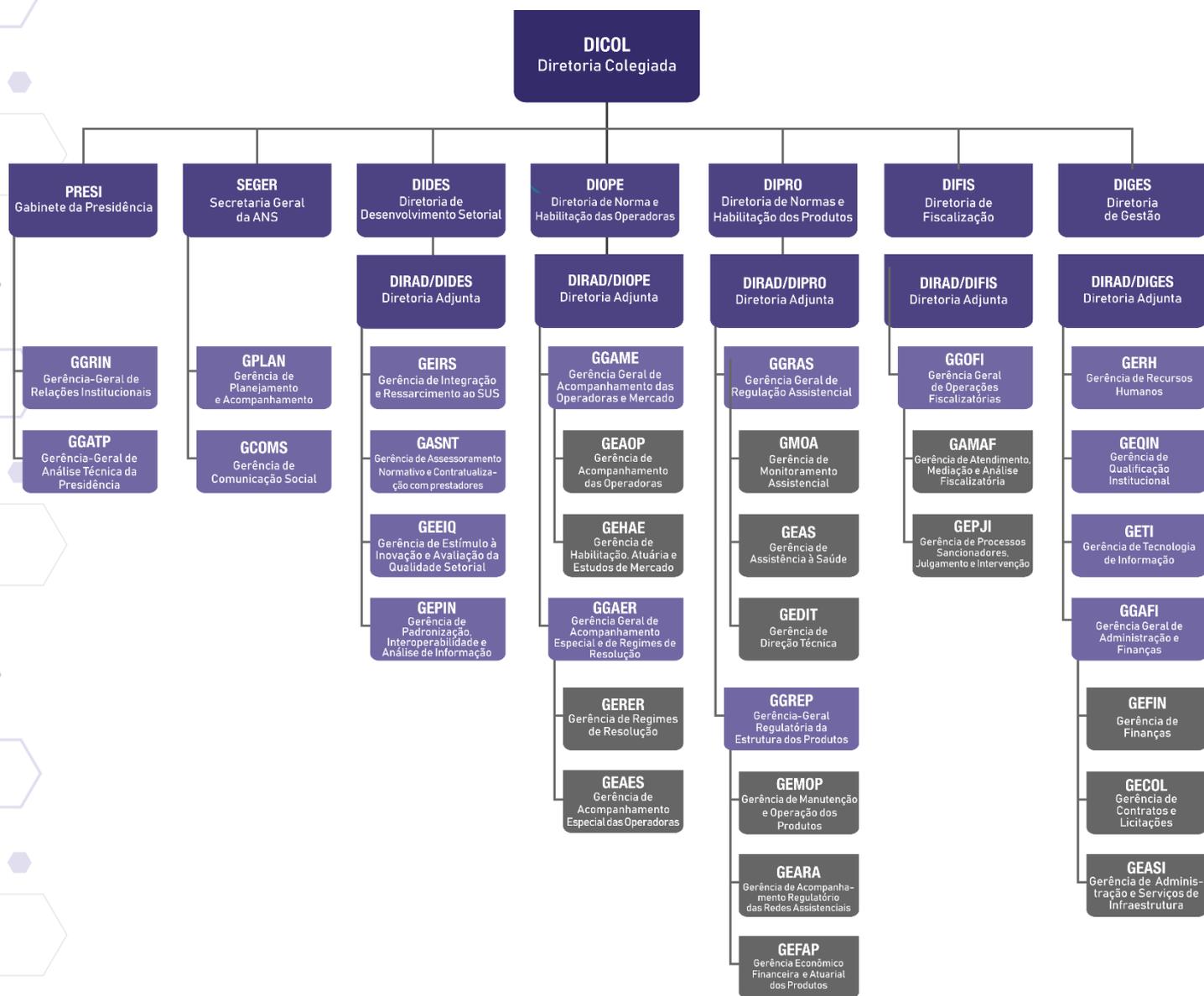
IV - Corregedoria - PPCOR;

V - Auditoria Interna - AUDIT;

VI - Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS; e

VII - Comissão de Ética - CEANS.

Figura 2: Mapa da Estrutura organizacional da ANS:



Fonte: Site oficial da ANS na internet

Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Quem_somos/Organograma/organograma_geral_2019.pdf

Acesso em: 27 ago. 2020.



VINTE E UM ANOS DE REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988, prevê em caráter complementar, a participação do setor privado na saúde. Em 03 de junho de 1998, somente dez anos depois, foi promulgada a Lei Federal Nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Até a promulgação desta Lei, muitas diferenças eram encontradas nas coberturas dos serviços comercializados. Com a Lei, surgiu o conceito de plano-referência de assistência à saúde, que constitui um conjunto mínimo de ações e serviços de saúde que quaisquer operadoras de planos e seguros de saúde devem oferecer.

Embora a Lei Federal Nº 9.656 tenha sido regulamentada em 1998, apenas em 2008 houve a inclusão obrigatória da Fonoaudiologia. Desde então os Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia trabalham, junto à ANS, pela inclusão de consultas e sessões ilimitadas, bem como pela solicitação e realização de exames, até hoje não cobertos.

Importantes avanços na área foram conquistados. Na revisão do Rol de Procedimentos de 2011/2013 e do Rol 2014/2016 a Fonoaudiologia incluiu cobertura mínima em todos os procedimentos e coberturas diferenciadas, com até 96 sessões ao ano.

Desde a regulamentação, reclamações e dúvidas ainda são registradas nos órgãos e associações de defesa do consumidor (Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor – PROCON), no Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC e no PROTESTE – Associação de Consumidores. Os principais problemas estão relacionados a reajustes abusivos dos planos, a falta de remuneração justa aos prestadores de serviços, além da escassa cobertura de procedimentos, consultas e exames.



A ANS E A FONOAUDIOLOGIA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS foi criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A partir de setor específico do Ministério da Saúde, veio cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998, devido à necessidade de regulação do novo setor que nascia em caráter complementar ao SUS, assim a saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora este marco histórico não seja comumente apontado como a origem dos planos de saúde no Brasil, é difícil não notar a similaridade das antigas caixas com as atuais operadoras da modalidade autogestão. De fato, em 1944, o Banco do Brasil constituiu sua caixa de aposentadoria e pensão - Cassi, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação. Hoje, o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo.

Atualmente a ANS regulamenta o setor de saúde suplementar por meio de normativas e organiza-se em setores internos, responsáveis por desempenhar diferentes papéis, desde a criação de portarias, normas e resoluções até orientação e fiscalização do setor de saúde suplementar.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia está representado em diversos desses setores, onde a comunidade e os prestadores se fazem presentes, bem como acompanha as ações no que se refere às operadoras de saúde.

- Desde o início da regulação do setor pela ANS, o CFFa participou de avanços significativos no que se refere à regulamentação, tais como:
- A implementação da TISS (Troca de Informação de Saúde Suplementar) e atualização da TUSS (Tabela Unificada de Saúde Suplementar);
- A participação em Grupos de Trabalho para a discussão de normativas e leis, como exemplo a Lei Nº 13003/2014, que criou o Fator de Qualidade implantado após

ampla discussão com os mais diversos setores da sociedade, o qual teve por objetivo valorizar a formação e a qualificação do profissional de saúde, dentre eles o fonoaudiólogo. Defendeu veementemente o não reajuste de contratos entre prestadores e operadoras abaixo do índice inflacionário e a definitiva erradicação de ausência de contratos ou acordos orais;

- A inserção de procedimentos descritos em nossa Classificação Brasileira de Procedimentos em Fonoaudiologia (CBPFa) e executados pelos fonoaudiólogos, na tabela TUSS, utilizada pelas operadoras de saúde para fins de cobertura e pagamentos de procedimentos;
- A conquista de cobertura obrigatória mínima para diversos procedimentos fonoaudiológicos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde no Rol de Procedimentos da ANS que garante e torna público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, regido atualmente RN nº 428/2017, inclusive com Diretrizes de Utilização, às quais preveem a quantidade de sessões anuais obrigatórias para cada patologia;
- O acompanhamento como ouvinte da CAMSS (Câmara de Saúde Suplementar) órgão de participação institucionalizada da sociedade na ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada da ANS nas discussões dos diversos temas que permeiam a agência;
- O apoio ao Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) por meio do seu programa gestor, o COGEP (Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar) durante os anos de 2011 a 2013. O comitê foi uma instância colegiada consultiva, composta por representantes dos prestadores de serviços de saúde, dentre eles a Fonoaudiologia, dos consumidores de planos de saúde, das operadoras, de instituições de ensino e pesquisa, da Anvisa e do Ministério da Saúde. Em junho de 2015, a ANS reiniciou discussões sobre o Programa QUALISS com representantes do setor, incluindo a possibilidade de reativação do COGEP.

Atualmente a Fonoaudiologia é reconhecida e respeitada nos diversos segmentos que tratam da Saúde Suplementar no país e colabora incansavelmente para o aumento de nossa representatividade no setor da saúde suplementar.

A participação de cada profissional fonoaudiólogo e a luta em prol de que nossas necessidades como profissionais da comunicação sejam atendidas é essencial para o sucesso dessa missão.

4.1 RELAÇÃO ENTRE ROL, COPISS (TISS/TUSS) E DUTS

Há uma relação direta entre o Rol de procedimentos, a tabela TUSS e as Diretrizes de utilização (DUTs) de cada procedimento, que pode ser consultada por meio do link: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/nota13_geas_ggras_dipro_17012013.pdf a seguir explicaremos essa relação:

4.1.1 - ROL DE PROCEDIMENTOS

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a listagem mínima obrigatória de exames, consultas, cirurgias e demais procedimentos que os planos de saúde devem oferecer aos beneficiários de planos de saúde.

A fim de atualizar e adequar os serviços prestados às necessidades dos usuários, a ANS, a cada dois anos, publica Normas Reguladoras disponibilizando o Rol mínimo de procedimentos de cobertura obrigatória.

A Norma Regulamentadora vigente é a RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 428, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2017 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; a qual fixa as diretrizes de atenção à saúde.

Na norma atual o mínimo de sessões fonoaudiológicas com coberturas obrigatórias são de 12 consultas/sessões por ano para atendimentos fonoaudiológicos ambulatoriais, sendo ilimitado o número de atendimentos no segmento hospitalar e domiciliar. A solicitação de exames é privativa dos médicos e cirurgiões dentistas, sendo vetadas a

fonoaudiólogos e demais profissionais da área da saúde, conforme disposto no art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, e normatizado pela referida resolução.

4.1.1.1 Diretrizes de Utilização (DUTS)

As Diretrizes de Utilização (D.U.T.s) são os critérios mínimos que devem ser utilizados a fim de se garantir e autorizar a cobertura pelas operadoras de saúde aos eventos e procedimentos de cobertura obrigatória.

Seguem as coberturas vigentes para a Fonoaudiologia:

CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO

1

Cobertura mínima obrigatória de 24 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.6);
- b. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- c. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- d. pacientes com transtornos hiperkinéticos – TDAH (CID F90);
- e. dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
- f. pacientes com apneia de sono (G47.3);
- g. pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20);
- h. pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
- i. pacientes com queimadura de boca e da faringe (T-28.0);
- j. pacientes com disфонia não crônica (CID R49.0).

2

Cobertura mínima obrigatória de 48 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F.98.5);
- b. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80); CID F80.1; CID F80.2; CID F80.9;

- c. pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- d. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria; apraxia e dislexia (CID R47.1; R48.2 e R48.0);
- e. pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe, pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe, carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38.0; CID J38.1; CID J38.4; CID Z96.3; CID D14.1; CID D02.0; CID J.38; CID J38.3);
- f. pacientes com perda de audição (CID H90 E CID H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- g. pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

3

Cobertura mínima obrigatória de 96 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes portadores de Implante Coclear;
- b. pacientes portadores de Prótese Auditiva Ancorada no Osso;
- c. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F84.0; CID F84.1; CID F84.3; F84.5; CID F84.9);
- d. pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).

4

Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 consultas/sessões por ano de contrato.

AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA/ AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL

1

Cobertura obrigatória para pacientes a partir de 3 anos de idade, conforme indicação do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- a. dificuldades de aprendizagem;
- b. dificuldade de compreensão em ambientes ruidosos;
- c. dificuldade de comunicação oral e/ou escrita;
- d. agitados, hiperativos ou muito quietos;
- e. alteração de comportamento e/ou de atenção;
- f. dificuldades auditivas não orgânicas (resultado de audiometria tonal normal).

Grupo II

- a. pacientes com habilidades de linguagem receptiva e emissiva insuficientes para compreender as tarefas verbais solicitadas ou que apresentem problemas cognitivos;
- b. ausência de avaliação audiológica básica prévia.

4.1.2 COPISS - Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - Propõe o aprimoramento do Padrão TISS

A ANS criou, por meio da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS.

O COPISS é composto por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, das operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos prestadores de serviços de saúde, dos conselhos de classe (CFFa), das instituições de ensino e pesquisa e das entidades representativas de usuários de planos privados de assistência à saúde. Para o desenvolvimento de suas atividades, o COPISS poderá contar com a participação de convidados, escolhidos entre entidades, cientistas e técnicos com conhecimentos na

área, e poderá ainda constituir Grupos Técnicos para a elaboração de estudos e pareceres temáticos.

Tem por finalidade:

- 1** Propor à ANS o aprimoramento do Padrão TISS.
- 2** Revisar os termos integrantes do componente de representação de conceitos em saúde e analisar as solicitações de inclusões na TUSS.
- 3** Propor à ANS o aprimoramento do Padrão TISS.
- 4** Promover a divulgação e acompanhar a adoção do Padrão TISS.
- 5** Analisar os sistemas de informação da saúde suplementar, coordenados pela ANS, visando a adequação do padrão TISS.
- 6** Promover, fomentar e recomendar estudos relativos à tecnologia de informação e comunicação em saúde.

4.1.2.1 TISS/TUSS - TROCA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

A Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, e, ainda, a redução da assimetria de informações para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O padrão TISS está organizado em cinco componentes:

1 *Organizacional*

O componente organizacional do Padrão TISS estabelece o conjunto de regras operacionais.

2 *Conteúdo e estrutura*

O componente de conteúdo e estrutura do Padrão TISS estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e no plano de contingência, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde.

3 *Representação de Conceitos em Saúde*

O componente de representação de conceitos em saúde do Padrão TISS estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS.

A TUSS é uma tabela que contempla todos os eventos executados pelos profissionais da saúde suplementar, como por exemplo audiometria tonal limiar, consulta, sessão fonoaudiológica e os demais procedimentos fonoaudiológicos.

4 *Segurança e Privacidade*

O componente de segurança e privacidade do Padrão TISS estabelece os requisitos de proteção para assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde. Tem como base o sigilo profissional e segue a legislação.

5 *Comunicação*

O componente de comunicação do Padrão TISS estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no

componente de conteúdo e estrutura. Adota a linguagem de marcação de dados XML - Extensible Markup Language.

O componente de representação de conceitos em saúde do Padrão TISS é o que trata da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS. A TUSS constitui as guias/formulários do padrão TISS, são os modelos formais e obrigatórios de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário e enviados pelo credenciado à Operadora de Saúde.

Existem diversos tipos de Guias no Padrão TISS: Guia de consulta; Guia de Serviço Profissional/Serviço Diagnóstico e Terapia - SP/SADT; Guia de Solicitação de Internação; Guia de Honorário Individual; Guia de Outras Despesas

As guias TUSS utilizadas pelo fonoaudiólogo são a guia de consulta, e a guia SADT, esta última usada para diversos tipos de eventos, tais como terapias, consultas, procedimentos seriados, solicitação e realização de exames complementares e atendimento domiciliar. Além disso, o formulário compreende os processos de solicitação, autorização e faturamento, caso necessário, e de execução de serviços.

O faturamento deverá ser encaminhado exclusivamente por meio eletrônico, digitalizado no padrão TISS formato XML para posterior envio por meio do site das operadoras. Estas guias poderão ser digitadas e faturadas para posterior envio, sendo o serviço, por vezes, oferecido por empresas que realizam faturamento eletrônico.

4.1.2.2 Câmaras e Grupos Técnicos

As Câmaras Técnicas surgem da necessidade de aprofundar a discussão de assuntos pertinentes à saúde suplementar. São grupos temporários compostos por especialistas da ANS e/ou por representantes de todos os envolvidos no setor, a convite da ANS, de acordo com o nível de complexidade e importância desses assuntos. As Câmaras

Técnicas obedecem a um caráter formal, estabelecido em um regimento interno também aprovado pela Diretoria Colegiada.

Com estrutura e objetivos semelhantes, podem ser criados também Grupos Técnicos. Os grupos técnicos realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico. Por isso, não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica.

As conclusões dos debates das Câmaras e Grupos Técnicos constituem importantes fundamentos para a elaboração da legislação.

Atualmente o CFFa está representado nos Grupos Técnicos de Conteúdo e Estrutura, Eventos e Procedimentos e Segurança e Privacidade.



Definição:

O QUALISS visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde) e aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores de serviço. O objetivo é ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral.

O Programa foi estabelecido pela RN N° 405, de maio de 2016 e consiste no estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços; na avaliação da qualificação desses prestadores de serviços de saúde; e na divulgação dos atributos de qualificação, tais como: acreditação, segurança do paciente, qualificação profissional, monitoramento da qualidade por meio de indicadores, etc. segue link para acesso à

cartilha

QUALISS:

http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Cartilha_Qualiss_Final.pdf

5.1 FATOR DE QUALIDADE

É o índice de reajuste dado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas. Foi estabelecido pela Lei Nº 13003/2014.

Dispõe sobre as regras para celebração de contratos entre as operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços e a definição de índice de reajuste de prestadores a ser aplicado pelas operadoras quando o contrato prever livre negociação como única forma de reajuste e as partes não chegarem a um acordo até os primeiros 90 dias do ano.

Regulamentado pela Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014 e Resolução Normativa - RN nº 436, de 28 de novembro de 2018 e dispõem sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde aos seus prestadores de serviço de atenção à saúde.

IMPORTANTE: O Fator de Qualidade é aplicado ao índice de reajuste estabelecido pela ANS nos contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço (hospitais, clínicas, profissionais de saúde, entre outros), sendo o reajuste aplicado ao índice e não ao valor da consulta, sessão ou procedimento.



CAMSS

A Câmara de Saúde Suplementar é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões.

Compete à Câmara de Saúde Suplementar:

- Acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar;
- Discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor;
- Colaborar para as discussões e para os resultados das câmaras técnicas;
- Auxiliar a Diretoria Colegiada a aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar, proporcionando à ANS condições de exercer, com maior eficiência, sua função de regular as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no país;
- Indicar representantes para compor grupos técnicos temáticos, sugeridos pela Diretoria Colegiada.

6.1 COSSAÚDE

Importante fórum de participação social para debate de temas relacionados à atenção à saúde e à regulação assistencial na saúde suplementar.

Os membros do COSSAÚDE são indicados pelos representantes da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) e pelos diretores da ANS.

As atividades e os procedimentos a serem observados para o pleno exercício das atribuições do COSSAÚDE estão regulamentadas pelo Regimento Interno da ANS.

O COSSAÚDE poderá constituir Grupos Técnicos (GT) para a elaboração de estudos e pareceres temáticos, com temas e prazo de atividades, previamente estabelecidos pelo Comitê, conforme Art. 3º da IN nº 44/2014.



AS OPERADORAS DE SAÚDE

As operadoras de saúde são instituições de pessoa jurídica que podem ser assim classificadas:

- **Administradoras:** administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde, prestam serviços administrativos ligados ao oferecimento de serviços assistenciais de saúde. Não possuem rede referenciada e os riscos das operações realizadas são de responsabilidade de seus contratantes;
- **Cooperativa médica ou odontológica:** sociedades de pessoas que operam exclusivamente planos privados de saúde ou odontológicos. Os cooperados são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebendo sua produção individual e o rateio do lucro obtido pela cooperativa;
- **Autogestão:** entidades que por meio de seus departamentos, geralmente o de Recursos Humanos, oferecem serviços a grupos definidos, como empregados da empresa ou filiados da entidade;
- **Seguradora de Saúde:** seguradoras especializadas para a saúde, também subordinadas à ANS e que também podem ter redes referenciadas de serviços;
- **Medicina de Grupo:** sistema de administração de serviços médico hospitalares para atendimento em larga escala com padrão profissional e custos controlados;
- **Odontologia de Grupo:** assim como a Medicina de Grupo, porém seu objeto é o serviço odontológico.



ORIENTAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O FONOAUDIÓLOGO E A OPERADORA DE SAÚDE

A forma usualmente estabelecida pelas operadoras de saúde para complementar a assistência oferecida é pelo credenciamento de profissionais, inclusive do fonoaudiólogo. Este credenciamento é realizado por meio de contrato de prestação de serviços firmado entre a operadora e o profissional. A Lei Nº 13003/2014 define obrigatoriedade de contrato escrito entre operadoras e prestadores, as Resoluções Normativas nº 363, de 11 de dezembro de 2014, nº 364, de 11 de dezembro de 2014, e nº 365, de 11 de dezembro de 2014 e suas respectivas Instruções Normativas IN, tratam da relação entre prestadores e operadoras.

No caso de credenciamento, a operadora de saúde define os documentos necessários que o profissional deve apresentar, em sua maioria comprobatória de legitimidade no exercício profissional e de situação fiscal. Após a fase de avaliação da documentação, a operadora deve encaminhar contrato para análise e assinatura do fonoaudiólogo, que avalia o contrato, faz considerações, e manifesta sua concordância ou não, aos termos estipulados.

Além do credenciamento, também podem ser estabelecidos os seguintes vínculos entre o fonoaudiólogo e as operadoras:

- vínculo empregatício, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT;
- vínculo de cooperado, por meio de cooperativas.

Existe ainda a possibilidade de reembolso pelo paciente das consultas realizadas, sistema utilizado nos seguros de saúde, diante da ausência de vínculo jurídico direto.

É importante ressaltar que ao ser credenciado, o profissional passa a ter uma relação profissional-paciente-empresa, bem diferente da habitual profissional-paciente. Nesta relação, a empresa é responsável pelos aspectos financeiros e é considerada como fornecedora dos serviços, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor.

8.1 O CONTRATO

O contrato escrito é uma das formas de adesão entre o fonoaudiólogo e a operadora de plano de saúde da qual ele será um referenciado, é obrigatório, de acordo com as normativas vigentes da ANS (Lei Nº 13003/2014.) Este instrumento estabelecerá as condições da prestação de serviços. Desta forma, ratificamos que suas cláusulas devem ser analisadas com cautela pelo profissional antes da assinatura, para que sejam observados os aspectos jurídicos e éticos implicados.

No que diz respeito aos aspectos jurídicos, a ANS publica Resoluções Normativas (RN), que dispõem sobre os instrumentos jurídicos que devem constar nesta relação com os prestadores de serviço normatizam requisitos mínimos e essenciais que deverão constar nos contratos. Dentre eles, destacam-se:

- Prazos e procedimentos que o fonoaudiólogo deseja incluir para faturamento;
- Critérios para rescisão e renovação do contrato;
- Reajustes - seus índices e periodicidade;
- Rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver.

Além dos aspectos jurídicos, o fonoaudiólogo também deve analisar os contratos sob a ótica do Código de Ética da Fonoaudiologia, da Lei 6965/81, que regulamenta a nossa profissão e dos demais documentos normativos.

Caso identifique problemas de ordem técnica, legal e ética, o profissional deve encaminhar à operadora solicitação de mudança no contrato, com justificativas baseadas em leis, resoluções, pareceres e recomendações que regulamentam o fazer fonoaudiológico. Caso a adequação não seja atendida, o Sindicato ou o Conselho Regional de Fonoaudiologia de sua jurisdição deverá ser imediatamente informado.

8.2 CUIDADOS EM RELAÇÃO ÀS OPERADORAS

- Busque informações com o CFFa ou CRFa, em relação à atuação da operadora no mercado e relacionamento com os profissionais;
- Leve em consideração eventuais reclamações de consumidores, por meio da mídia e órgãos competentes;

- Consulte o site da ANS www.ans.gov.br ou utilize o telefone 0800-7019656 para verificar a situação atualizada da empresa junto à agência reguladora;
- Verifique se a operadora possui registro na ANS e se está sob direção fiscal ou técnica, condição que indica se há problemas administrativos e/ou financeiros;
- Pesquise os valores praticados pelas diversas operadoras, atentando para o fato de que é vedada ao fonoaudiólogo a cobrança ao cliente de valores adicionais por serviços já prestados pelas operadoras Art.15 III do Código de Ética da Fonoaudiologia;
- Conheça a Tabela Referencial de Honorários utilizada pela operadora do plano privado de saúde, previsão de pagamento e critérios para reajustes. É importante saber se os honorários sofrem desconto de taxa administrativa, e em caso afirmativo, qual o coeficiente;
- Saiba sobre os critérios para fornecimento de extratos; execução de eventuais glosas de serviços executados; formalização de eventuais glosas em tratamentos; aplicação de sanções administrativas ou recusas de tratamento;
- Solicite informação por escrito sobre qual a conduta a adotar, quando houver necessidade de solicitar procedimentos não cobertos pela operadora;
- Conheça as restrições de cobertura para os usuários em função de tipo de planos, carências para repetições de procedimentos ou quaisquer outros aspectos;
- Saiba qual a forma correta de identificação e caracterização dos usuários e mecanismos administrativos e técnicos para aprovação dos tratamentos;
- Atente para o sistema de auditoria previsto, que pode incluir auditorias administrativas e técnicas, com avaliações iniciais, intermediárias, finais e pós-tratamentos, fornecimento de relatórios, etc;
- Esteja atento às datas de reajuste de seu contrato, tendo conhecimento das legislações vigentes e fatores de qualidade, os quais atualmente regulam o setor.

LEMBRE-SE: Leia com atenção o manual e o contrato, especialmente os aspectos administrativos, frequentes fontes de conflitos. Todos os aspectos aqui citados devem constar do manual do credenciado ou estarem elencados em anexo do contrato.



ORIENTAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O FONOAUDIÓLOGO E O USUÁRIO DE PLANOS DE SAÚDE

Alguns cuidados, no entanto, devem ser tomados pelo profissional, no sentido de respaldá-lo em suas ações, uma vez que a empresa também tem uma interface nesta relação.

9.1 NA PRIMEIRA CONSULTA:

- Informe ao cliente sobre o “processo” do atendimento fonoaudiológico, que envolve consulta inicial, avaliação, possível necessidade de exames complementares e tratamento;
- Verifique se ele tem conhecimento das limitações de cobertura em função do tipo de plano contratado, inclusive para exames;
- No caso de limitações do número de consultas, informe os procedimentos que serão realizados com esta cobertura;
- Registre as informações e orientações fornecidas no prontuário, conforme Resolução vigente;
- A assinatura do cliente atestando ciência das informações recebidas constitui importante documento de proteção ao profissional.

IMPORTANTE: Durante a cobertura do tratamento pela operadora de saúde, o profissional não poderá cobrar valores extras pelas consultas/sessões realizadas, exceto pelos procedimentos não cobertos pela operadora tais como testes e exames.

LEMBRE-SE

Consiste em infração, prevista no Código de Ética da Fonoaudiologia:

- **Solicitar ao usuário a assinatura da liberação de mais de uma sessão na guia do convênio por atendimento realizado”.**
- **Solicitar ou permitir que outros profissionais assinem seus procedimentos**

9.2 AO TÉRMINO DAS CONSULTAS/SESSÕES AUTORIZADAS:

- Encaminhe à operadora relatório com o diagnóstico fonoaudiológico realizado e a necessidade do cliente em termos de atendimento terapêutico, para fins de autorização de mais consultas/sessões. Mantenha no prontuário cópia do relatório e solicitação realizados;
- Entregue cópia do relatório ao cliente;
- Oriente-o a contatar a operadora para os devidos esclarecimentos e negociações.

No caso de negativa da solicitação realizada, encerra-se a intermediação da operadora na relação entre o usuário e o fonoaudiólogo. O usuário poderá buscar auxílio junto aos órgãos de defesa do consumidor ou recorrer à justiça para obter cobertura necessária que atenda sua necessidade.

Se após o término da cobertura for estabelecida continuidade do atendimento por interesse comum do fonoaudiólogo e do cliente, é constituída nova forma de prestação de serviço, orientada da mesma maneira que a praticada com clientes particulares.

As guias que deverão ser utilizadas pelo fonoaudiólogo são a de consulta e a de SADT a primeira utilizada na consulta inicial e a segunda para diversos tipos de eventos, tais como terapias, também para consultas, procedimentos seriados, solicitação e realização de exames complementares e atendimento domiciliar. Além disso, o formulário compreende os processos de solicitação, autorização e faturamento, caso necessário, e de execução de serviços.



PERGUNTAS FREQUENTES:

1

Como são feitas as inserções de códigos na tabela TUSS de procedimentos?

O COPISS recebe a sugestão de inclusão e por meio de seu GT de Procedimentos e Eventos, analisa a solicitação, em seguida leva para a Reunião denominada de COPISS Coordenador, onde sua inclusão é discutida, sendo acatada ou não.

2

Posso atender um paciente sem encaminhamento médico?

Normalmente os planos de saúde seguem a legislação da ANS, que exige encaminhamento de um médico ou cirurgião dentista para realização de terapias em geral.

3

Posso atender um paciente pelo convênio se ele está na APAE ou em outra instituição?

Todas as questões relacionadas à cobertura de assistência ao usuário bem como locais de atendimento devem ser verificadas junto a cada operadora de saúde.

LEMBRE-SE

Para questões relacionadas ao fluxo de autorização de procedimentos fonoaudiológicos, validade de senha e de sessões não utilizadas, previamente autorizadas, consulte a operadora de saúde a qual você é conveniado plano de saúde



ORIENTAÇÕES QUANTO AO PREENCHIMENTO DAS GUIAS REFERENTES À FONOAUDIOLOGIA

Geralmente a guia utilizada para consulta/sessão com fonoaudiólogo é a GUIA SP/SADT, embora exista a guia específica para consultas. A comunicação para fins de faturamento se faz por meio de diversas guias tais como guias de internação, medicamentos e procedimentos, porém não são utilizadas pelo profissional fonoaudiólogo prestador em seu contexto habitual de serviço às operadoras de saúde.

Figura 3: Guia de Serviço Profissional (SP/SADT)

Logo da Empresa		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS		5 - Número da Guia Principal			
4 - Data de Autorização		5 - Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
6 - Data de Validade da Senha					
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
8 - Número da Carteira		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora			
14 - Nome do Contratado					
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caráter de Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.			
1 -		2 -		3 -	
4 -		5 -		6 -	
7 -		8 -		9 -	
10 -		11 -		12 -	
13 -		14 -		15 -	
16 -		17 -		18 -	
19 -		20 -		21 -	
22 -		23 -		24 -	
25 -		26 -		27 -	
28 -		29 -		30 -	
31 -		32 -		33 -	
34 -		35 -		36 -	
37 -		38 -		39 -	
40 -		41 -		42 -	
43 -		44 -		45 -	
46 -		47 -		48 -	
49 -		50 -		51 -	
52 -		53 -		54 -	
55 -		56 -		57 -	
58 -		59 -		60 -	
61 -		62 -		63 -	
64 -		65 -		66 -	
67 -		68 -		69 -	
70 -		71 -		72 -	
73 -		74 -		75 -	
76 -		77 -		78 -	
79 -		80 -		81 -	
82 -		83 -		84 -	
85 -		86 -		87 -	
88 -		89 -		90 -	
91 -		92 -		93 -	
94 -		95 -		96 -	
97 -		98 -		99 -	
100 -		101 -		102 -	
103 -		104 -		105 -	
106 -		107 -		108 -	
109 -		110 -		111 -	
112 -		113 -		114 -	
115 -		116 -		117 -	
118 -		119 -		120 -	
121 -		122 -		123 -	
124 -		125 -		126 -	
127 -		128 -		129 -	
130 -		131 -		132 -	
133 -		134 -		135 -	
136 -		137 -		138 -	
139 -		140 -		141 -	
142 -		143 -		144 -	
145 -		146 -		147 -	
148 -		149 -		150 -	
151 -		152 -		153 -	
154 -		155 -		156 -	
157 -		158 -		159 -	
160 -		161 -		162 -	
163 -		164 -		165 -	
166 -		167 -		168 -	
169 -		170 -		171 -	
172 -		173 -		174 -	
175 -		176 -		177 -	
178 -		179 -		180 -	
181 -		182 -		183 -	
184 -		185 -		186 -	
187 -		188 -		189 -	
190 -		191 -		192 -	
193 -		194 -		195 -	
196 -		197 -		198 -	
199 -		200 -		201 -	
202 -		203 -		204 -	
205 -		206 -		207 -	
208 -		209 -		210 -	
211 -		212 -		213 -	
214 -		215 -		216 -	
217 -		218 -		219 -	
220 -		221 -		222 -	
223 -		224 -		225 -	
226 -		227 -		228 -	
229 -		230 -		231 -	
232 -		233 -		234 -	
235 -		236 -		237 -	
238 -		239 -		240 -	
241 -		242 -		243 -	
244 -		245 -		246 -	
247 -		248 -		249 -	
250 -		251 -		252 -	
253 -		254 -		255 -	
256 -		257 -		258 -	
259 -		260 -		261 -	
262 -		263 -		264 -	
265 -		266 -		267 -	
268 -		269 -		270 -	
271 -		272 -		273 -	
274 -		275 -		276 -	
277 -		278 -		279 -	
280 -		281 -		282 -	
283 -		284 -		285 -	
286 -		287 -		288 -	
289 -		290 -		291 -	
292 -		293 -		294 -	
295 -		296 -		297 -	
298 -		299 -		300 -	
301 -		302 -		303 -	
304 -		305 -		306 -	
307 -		308 -		309 -	
310 -		311 -		312 -	
313 -		314 -		315 -	
316 -		317 -		318 -	
319 -		320 -		321 -	
322 -		323 -		324 -	
325 -		326 -		327 -	
328 -		329 -		330 -	
331 -		332 -		333 -	
334 -		335 -		336 -	
337 -		338 -		339 -	
340 -		341 -		342 -	
343 -		344 -		345 -	
346 -		347 -		348 -	
349 -		350 -		351 -	
352 -		353 -		354 -	
355 -		356 -		357 -	
358 -		359 -		360 -	
361 -		362 -		363 -	
364 -		365 -		366 -	
367 -		368 -		369 -	
370 -		371 -		372 -	
373 -		374 -		375 -	
376 -		377 -		378 -	
379 -		380 -		381 -	
382 -		383 -		384 -	
385 -		386 -		387 -	
388 -		389 -		390 -	
391 -		392 -		393 -	
394 -		395 -		396 -	
397 -		398 -		399 -	
400 -		401 -		402 -	
403 -		404 -		405 -	
406 -		407 -		408 -	
409 -		410 -		411 -	
412 -		413 -		414 -	
415 -		416 -		417 -	
418 -		419 -		420 -	
421 -		422 -		423 -	
424 -		425 -		426 -	
427 -		428 -		429 -	
430 -		431 -		432 -	
433 -		434 -		435 -	
436 -		437 -		438 -	
439 -		440 -		441 -	
442 -		443 -		444 -	
445 -		446 -		447 -	
448 -		449 -		450 -	
451 -		452 -		453 -	
454 -		455 -		456 -	
457 -		458 -		459 -	
460 -		461 -		462 -	
463 -		464 -		465 -	
466 -		467 -		468 -	
469 -		470 -		471 -	
472 -		473 -		474 -	
475 -		476 -		477 -	
478 -		479 -		480 -	
481 -		482 -		483 -	
484 -		485 -		486 -	
487 -		488 -		489 -	
490 -		491 -		492 -	
493 -		494 -		495 -	
496 -		497 -		498 -	
499 -		500 -		501 -	
502 -		503 -		504 -	
505 -		506 -		507 -	
508 -		509 -		510 -	
511 -		512 -		513 -	
514 -		515 -		516 -	
517 -		518 -		519 -	
520 -		521 -		522 -	
523 -		524 -		525 -	
526 -		527 -		528 -	
529 -		530 -		531 -	
532 -		533 -		534 -	
535 -		536 -		537 -	
538 -		539 -		540 -	
541 -		542 -		543 -	
544 -		545 -		546 -	
547 -		548 -		549 -	
550 -		551 -		552 -	
553 -		554 -		555 -	
556 -		557 -		558 -	
559 -		560 -		561 -	
562 -		563 -		564 -	
565 -		566 -		567 -	
568 -		569 -		570 -	
571 -		572 -		573 -	
574 -		575 -		576 -	
577 -		578 -		579 -	
580 -		581 -		582 -	
583 -		584 -		585 -	
586 -		587 -		588 -	
589 -		590 -		591 -	
592 -		593 -		594 -	
595 -		596 -		597 -	
598 -		599 -		600 -	
601 -		602 -		603 -	
604 -		605 -		606 -	
607 -		608 -		609 -	
610 -		611 -		612 -	
613 -		614 -		615 -	
616 -		617 -		618 -	
619 -		620 -		621 -	
622 -		623 -		624 -	
625 -		626 -		627 -	
628 -		629 -		630 -	
631 -		632 -		633 -	
634 -		635 -		636 -	
637 -		638 -		639 -	
640 -		641 -		642 -	
643 -		644 -		645 -	
646 -		647 -		648 -	
649 -		650 -		651 -	
652 -		653 -		654 -	
655 -		656 -		657 -	
658 -		659 -		660 -	
661 -		662 -		663 -	
664 -		665 -		666 -	
667 -		668 -		669 -	
670 -		671 -		672 -	
673 -		674 -		675 -	
676 -		677 -		678 -	
679 -		680 -		681 -	
682 -		683 -		684 -	
685 -		686 -		687 -	
688 -		689 -		690 -	
691 -		692 -		693 -	
694 -		695 -		696 -	
697 -		698 -		699 -	
700 -		701 -		702 -	
703 -		704 -		705 -	
706 -		707 -		708 -	
709 -		710 -		711 -	
712 -		713 -		714 -	
715 -		716 -		717 -	
718 -		719 -		720 -	
721 -		722 -		723 -	
724 -		725 -		726 -	
727 -		728 -		729 -	
730 -		731 -		732 -	
733 -		734 -		735 -	
736 -		737 -		738 -	
739 -		740 -		741 -	

Figura 4: Guia de CONSULTA

Logo da Empresa		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
GUIA DE CONSULTA			
1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira		5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)
7 - Nome		8 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado	11 - Código CNES
12 - Nome do Profissional Executante		13 - Conselho Profissional	14 - Número no Conselho
		15 - UF	16 - Código CBO
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
18 - Data do Atendimento		19 - Tipo de Consulta	20 - Tabela
		21 - Código do Procedimento	22 - Valor do Procedimento
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Fonte: Site oficial da ANS na internet

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar/padrao-tiss-junho-2020> Acesso em: 30 ago. 2020

Finalmente, ressaltamos que qualquer rasura ou preenchimento inadequado invalidará a guia, tornando-a passível de glosa, recusa de pagamento por parte das Operadoras de Saúde. Pagamentos podem ser negados por diversos motivos, seja pela alteração dos valores de insumos, alterações de termos e condições muitas vezes previstas em contrato ou até mesmo falhas administrativas como o preenchimento incorreto de pedidos, guias e autorizações.

Por padrão, as Operadoras de Saúde sempre informam o motivo de recusar a cobrança, parcial ou total, de um determinado item ou guia. Essa informação chamamos de motivo de glosa, caso o profissional não concorde com o motivo deverá recorrer justificando o porquê.

Existem diversos motivos para que a glosa ocorra, os principais são:

- Falta de assinatura ou matrícula incorreta;
- Tokens não validados pelos usuários,
- Falta de autorização;

- Itens cobrados a mais etc.

Assim é importante atentar não somente para o preenchimento correto da guia, mas também para os itens descritos anteriormente.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS

Avenida Augusto Severo, 84 - Glória - Rio de Janeiro/RJ – CEP 20021-040

Disque ANS - 0800 701 9656

Consultas, dúvida e denúncias Central de Atendimento às Operadoras de Planos de Saúde, para prestar orientação e dirimir dúvidas: (21) 3513-0333

Instituto Nacional de Defesa do Consumidor

IDEC Endereço: Rua Dr. Costa Júnior, 356

Água Branca – CEP: 05002-000 – São Paulo – SP Fax: (011) 3862-9844

Fórum Nacional das Entidades de Defesa do Consumidor:

www.forumdoconsumidor.org.br

Direitos do Consumidor - Ministério da Justiça: www.mj.gov.br/dpdc

Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor - PROCON

Consulte o PROCON do seu estado

SISTEMA DE CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA

SRTVS - Qd. 701 Bloco E, Palácio do Rádio II Salas 624/630 Brasília-DF - Cep: 70340-902 Telefone: (61) 3323-5065 www.fonoaudiologia.org.br

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 1ª REGIÃO

Rua Álvaro Alvim, 21 / 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ - Cep: 20031-010

Telefone: (0xx21) 2533-2916

[http:// www.crfa1.org.br](http://www.crfa1.org.br)

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 2ª REGIÃO

Rua Dr. Samuel Porto, 351 – 10º andar, cj. 101; Saúde, São Paulo – SP CEP: 04054-010
Telefone: (11) 3873-3788

<http://www.fonosp.org.br>

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 3ª REGIÃO

Rua XV de Novembro 266 conj. 71 - 7º andar; Curitiba – PR – CEP: 80020-919
Telefone: (41) 3016-8951

<http://www.crefono3.org.br>

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 4ª REGIÃO

Av. Visconde de Suassuna, nº 865, Sala 203 - Santo Amaro, Recife – PE - CEP: 50050-540
Telefone: (0xx81) 3421-5458

<http://www.crefono4.org.br>

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 5ª REGIÃO

Rua 242, QD. 71, lote. 04, Setor Coimbra, Goiânia-GO - CEP: 74.535-060
Telefone: (0xx62) 3233-3209 <http://www.crefono5.org.br>

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 6ª REGIÃO

Av. do Contorno, 9787, 2º andar, Prado, Belo Horizonte – MG - CEP 30.110-943
Telefone: (0xx31) 3292-6760 <http://www.crefono6.org.br>

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 7ª REGIÃO

Rua Dr. Voltaire Pires, 200 Bairro Santo Antônio - Porto Alegre – RS - CEP 90640-160

FONE/FAX: (51) 3333-1291

<http://www.crefono7.org.br>

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 8ª REGIÃO

Av. Desembargador Moreira, 2120, Sala 703, Ed. Equatorial Trade Center Aldeota

Fortaleza - CE - CEP: 60.170-002
Telefone: (85) 3264-8482

<http://www.crefono8.gov.br/>



CFFa
Conselho Federal de Fonoaudiologia