



Guia de Assistência à Saúde SIS/Saúde Caixa

SIS

Mesa do Senado Federal

Biênio 2017-2019

Presidente

Eunício Oliveira

Primeiro vice-presidente

Cássio Cunha Lima

Segundo vice-presidente

João Alberto Souza

Primeiro-secretário

José Pimentel

Segundo-secretário

Gladson Cameli

Terceiro-secretário

Antonio Carlos Valadares

Quarto-secretário

Zeze Perrella

Suplentes de secretário

Eduardo Amorim, Sérgio Petecão,

Davi Alcolumbre e Cidinho Santos

Secretário-geral da Mesa

Luiz Fernando

Bandeira de Mello

Diretora-geral

Ilana Trombka

Diretora da Secretaria de

Comunicação Social

Angela Silva Brandão

Diretora da Secretaria de

Gestão da Informação e Documentação

Dinamar Cristina

Pereira Rocha



CARTILHA MÉDICA

**ORIENTAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS
DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE – SIS**

SIS

Sumário

1. O que é o SIS?	8
2. Quem pode se inscrever no SIS?	8
3. Quem pode constar como dependente?	8
4. O que ocorre com o dependente em caso de falecimento do titular?	9
5. Como faço a inscrição no SIS?	10
6. Quais os períodos de carência exigidos pelo SIS?	11
7. Existem hipóteses de dispensa de carências?	11
8. É possível fazer aproveitar as carências trazidas de outro plano de saúde?	12
9. Onde consigo o número do cartão de usuário do SIS?	12
10. Onde posso consultar a rede credenciada?	12
11. Qual o valor da contribuição mensal?	13
12. Como funciona a participação nas despesas de saúde?	13

13. Existe um limite mensal para a cobrança de participação nas despesas de saúde?	14
14. Como posso acompanhar o saldo devedor e os valores de participação financeira cobrados pelo SIS?	15
15. O servidor que se afastar temporariamente do serviço do Senado Federal poderá continuar no SIS?	16
16. O que são e quais são os hospitais de notória especialização?	16
17. O que compreende o atendimento ambulatorial coberto pelo SIS?	17
18. Como buscar atendimento pelo SIS?	17
19. O que é e para que serve a autorização prévia?	18
20. Quais procedimentos necessitam de autorização prévia?	18
21. Quais os procedimentos NÃO precisam de autorização prévia?	19
22. Como proceder na solicitação de autorização prévia?	20
23. O que pode ocasionar atrasos nos requerimentos de autorização prévia?	20
24. Como proceder em casos de cirurgias e internações hospitalares?	21
25. Quais as despesas cobertas e não cobertas pelo SIS em caso de cirurgias e internações hospitalares? ..	21

26. Qual a diferença entre urgência e emergência e como proceder nesses casos?	22
27. O SIS oferece check-up anual?	22
28. Posso realizar consultas ou procedimentos com profissionais não credenciados?	23
29. Quanto receberei de reembolso?	23
30. Quais os procedimentos cobertos por reembolso?	24
31. Como proceder para requerer o reembolso?	24
32. Qual o prazo para recebimento do reembolso?	26
33. Quais os procedimentos que não são cobertos nem mesmo por reembolso?	26
34. O que é tratamento continuado?	29
35. Como solicitar tratamento continuado?	29
36. O SIS oferece cobertura para internação domiciliar (home care)?	30
37. Como solicitar cobertura para internação domiciliar?	31
38. O SIS oferece cobertura para remoção em ambulâncias ou via transporte aéreo?	32

39. O que são e para que servem as auditorias e perícias em saúde?	33
40. Em que casos o SIS exigirá a realização de perícias?	33
41. O que fazer em casos especiais, não previstos nas normas do SIS?	34
42. O que é e como funciona o Conselho de Supervisão do SIS?	34
Atendimento a beneficiários do SIS	35
Outras informações	35
Normativos	36
Endereço	36
Contatos úteis	36
Glossário	38

1. O que é o SIS?

O Sistema Integrado de Saúde (SIS) tem por finalidade proporcionar aos servidores ativos e inativos do Senado Federal e a seus dependentes, bem como aos pensionistas dos servidores efetivos do Senado Federal, ativos ou inativos, assistência com vistas à prevenção de doenças e à promoção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde.

Trata-se de um plano de assistência à saúde na modalidade autogestão, de associação restrita aos servidores do Senado Federal e seus dependentes, sem finalidade lucrativa, diferenciando-se, portanto, das operadoras de planos de saúde comerciais, abertas ao mercado e reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Atualmente, o SIS utiliza a rede credenciada ao Saúde Caixa, um dos maiores planos de assistência à saúde do país, com ampla cobertura de procedimentos e abrangência nacional, pois está presente em todos os municípios que dispõem de unidade da Caixa Econômica Federal.

Além da parceria com a rede credenciada ao Saúde Caixa, o SIS possui convênio com os hospitais de notória especialização Sírio-Libanês e Albert Einstein, em São Paulo.

2. Quem pode se inscrever no SIS?

São beneficiários titulares do SIS, desde que regularmente inscritos:

- I. O servidor ativo e o servidor inativo do Senado Federal;
- II. O titular de pensão instituída por morte de servidor efetivo, ativo ou inativo, do Senado Federal.

3. Quem pode constar como dependente?

São beneficiários-dependentes de servidor ativo e inativo do Senado Federal, desde que regularmente inscritos:

- I. Cônjuge;
- II. Companheiro ou companheira, desde que apresente cópia da escritura pública que reconheceu a união estável ou, no mínimo, 3 (três) dos documentos a seguir:
 - a) certidão de nascimento de filho havido em comum;
 - b) certidão de casamento religioso;

- c) declaração do imposto de renda do servidor, em que conste o interessado como seu dependente;
- d) disposições testamentárias;
- e) prova de mesmo domicílio;
- f) prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
- g) procuração ou fiança reciprocamente outorgada;
- h) conta bancária conjunta;
- i) registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do servidor;
- j) escritura de compra e venda de imóvel pelo servidor em nome de dependente;
- k) apólice de seguro da qual conste o servidor como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;
- l) ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o servidor como responsável;
- m) escritura de compra e venda de imóvel pelo servidor em nome de dependente;

III. Filho ou enteado solteiro menor de 21 (vinte e um) anos;

IV. Filho ou enteado solteiro maior de 21 (vinte e um) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que estudante regularmente matriculado em instituição de ensino superior, em escola técnica de segundo grau ou em curso de pós-graduação;

V. Filho ou enteado inválido de qualquer idade, não enquadrado nas hipóteses previstas nos incisos III e IV deste artigo, que viva sob dependência econômica exclusiva do servidor;

VI. Menor de 21 (vinte e um) anos, solteiro, sob a guarda judicial e que viva sob dependência econômica exclusiva do servidor;

VII. Pessoa inválida, de qualquer idade, sob guarda judicial ou tutela judicial, que viva sob dependência exclusiva do servidor;

VIII. Pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, que viva sob a dependência econômica exclusiva do servidor.

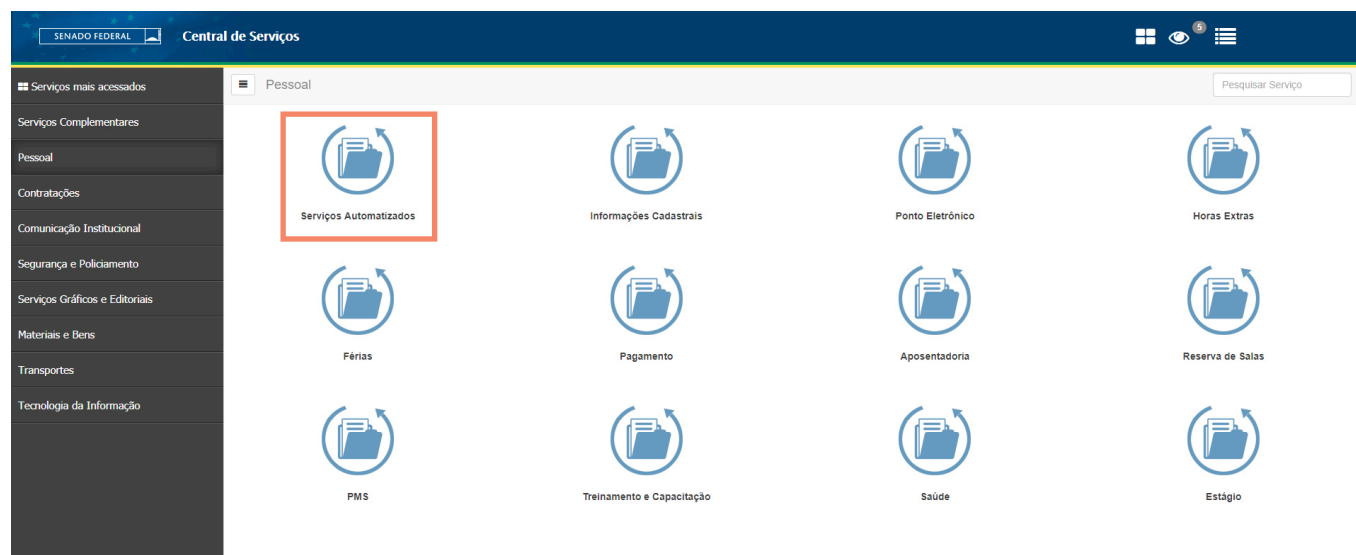
4. O que ocorre com o dependente em caso de falecimento do titular?

Em caso de falecimento do beneficiário-titular, aqueles beneficiários a ele vinculados permanecerão vinculados ao SIS, por até 60 (sessenta) dias.

5. Como faço a inscrição no SIS?

Somente poderão inscrever-se no SIS os beneficiários titulares e dependentes regularmente cadastrados no Serviço de Gestão de Pessoas (SEGP) do Senado Federal. A inscrição de beneficiário no SIS implica a aceitação das condições estabelecidas neste Regulamento e suas normas complementares, dispensando-se qualquer formalidade adicional.

Os formulários de inscrição e a relação dos documentos necessários estão disponibilizados na intranet, em Central de Serviços/Pessoal/Serviços Automatizados.



6. Quais os períodos de carência exigidos pelo SIS?

I. 24 (vinte e quatro) horas, para atendimento:

a) sem restrições, quando decorrente de acidente pessoal;

b) limitado às primeiras 12 (doze) horas em pronto-socorro, sem cobertura para internação clínica ou cirúrgica, nos casos de urgência médica, sem risco iminente de morte, durante o período de carência para internação hospitalar;

II. 30 (trinta) dias para consultas médicas ou odontológicas, procedimentos odontológicos profiláticos, exames laboratoriais simples e exames de radiografia;

III. 90 (noventa) dias para ultrassonografia, ecocardiografia, teste ergométrico, prova de Holter, cintilografia e fisioterapia;

IV. 300 (trezentos) dias para parto a termo;

V. 24 (vinte e quatro) meses para procedimentos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados com doenças ou lesões preexistentes, nos termos definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

VI. 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos não enumerados acima.

7. Existem hipóteses de dispensa de carências?

Ficam isentos dos prazos de carência previstos neste artigo:

I. Os filhos de beneficiários-titulares que venham a ser inscritos como beneficiários-dependentes no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de nascimento ou adoção;

II. O beneficiário-titular que tenha sido excluído do SIS por desligamento do Senado Federal e tenha solicitado a sua reinscrição em até 60 dias do início do novo vínculo.

III. O beneficiário-dependente que tenha sido excluído do SIS por falta de revalidação da sua condição de dependente, e tenha solicitado a sua reinscrição em até 60 dias da data da exclusão.

8. É possível fazer aproveitar as carências trazidas de outro plano de saúde?

Sim. No momento da adesão, ao preencher o formulário na Central de Serviços Administrativos, o servidor deve anexar a Declaração de Portabilidade (ou Declaração de Permanência) trazida de seu plano de saúde anterior. Esse documento deve informar exatamente o período em que o beneficiário permaneceu coberto por esse plano. Nos termos do Regulamento do SIS, somente ficarão isentos dos prazos de carência os beneficiários que comprovarem estar inscritos em outro plano de saúde há pelo menos 24 (vinte e quatro) meses.

9. Onde consigo o número do cartão de usuário do SIS?

O cartão de identificação está disponível na intranet (SIS/Saúde/SIS/Cartão de Identificação):

intra.senado.leg.br/servicos/saude/carteira.asp

Para emití-lo, basta o beneficiário digitar o CPF que o sistema gera automaticamente a imagem da carteira (titular e dependentes), que pode ser impressa e utilizada sem restrições em toda a rede credenciada.

A carteirinha de identificação também é enviada, anualmente, para o endereço do beneficiário cadastrado no SIS. Àqueles que por algum motivo não a recebem no endereço domiciliar, também podem retirá-la pessoalmente no protocolo do SIS (Serviço de Atendimento ao Beneficiário - SEABEN, Av. N2, bloco 17, sala 21), ou solicitá-la via e-mail ao endereço:

sis@senado.leg.br.

É importante lembrar que a carteirinha emitida via intranet tem a mesma validade daquela em plástico fornecida diretamente pelo SIS ao usuário.

10. Onde posso consultar a rede credenciada?

O SIS utiliza a mesma rede credenciada do Saúde Caixa. Os beneficiários podem consultar a rede de credenciados na intranet em SIS/Saúde / SIS / Rede Credenciada ou pelo site: saude.caixa.gov.br/PortalServicosPRD/RedeAtendimento, selecionando o estado, a cidade e a especialidade que procura.

11. Qual o valor da contribuição mensal?

A contribuição mensal varia de acordo com a vinculação e a faixa etária, conforme tabela abaixo aprovada pelo Conselho de Supervisão do SIS e reajustada periodicamente (valores em reais - R\$):

Tabela de Contribuição Mensal SIS - VIGENTE A PARTIR DE 1º/6/2018											
Vinculação	Até 22 anos	23 a 26 anos	27 a 30 anos	31 a 34 anos	35 a 38 anos	39 a 42 anos	43 a 46 anos	47 a 50 anos	51 a 54 anos	55 a 58 anos	Acima de 59 anos
Titular, cônjuge, companheiro (a), filho (a) ou enteado (a) inválido (a)	184,59	189,34	195,70	203,67	213,21	225,91	240,25	256,15	273,63	294,29	343,60
Filho (a) ou enteado (a)*	184,59	189,34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mãe, pai, madrasta, padrasto	264,08	271,25	280,79	292,73	307,02	326,11	347,56	371,43	397,65	428,69	502,62
Pessoa inválida	264,08	271,25	280,79	292,73	307,02	326,11	347,56	371,43	397,65	428,69	502,62
Menor sob guarda judicial	264,08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

12. Como funciona a participação nas despesas de saúde?

Todo beneficiário do SIS é sujeito ao pagamento da contribuição mensal e da participação financeira nas despesas realizadas em seu benefício. A contribuição mensal será cobrada de cada beneficiário, independentemente da utilização dos serviços oferecidos. Já a participação financeira é cobrada somente quando o beneficiário utiliza os serviços de saúde, incorrendo em despesas.

O percentual de participação varia conforme a modalidade de atendimento, sendo aplicado sobre o valor da tabela de preços contratados entre o plano e as unidades credenciadas, conforme tabela abaixo aprovada pelo Conselho de Supervisão do SIS e reajustada periodicamente:

Coparticipação	
Procedimento	Percentual do total das despesas com assistência à saúde
Urgência, emergência, internações	5%
Atendimento ambulatorial de quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva	5%
Assistência domiciliar que não seja em regime de internação	30%
Atendimentos ambulatoriais gerais	30%

Por exemplo, se um beneficiário vai a uma consulta com pneumologista, a participação será calculada da seguinte forma:

- Valor da consulta com pneumologista na tabela adotada pelo SIS: R\$ 100,00
- Percentual de participação: 30%
- Valor pago pelo SIS: R\$ 70,00
- Valor de participação de responsabilidade do beneficiário, cobrado em folha de pagamento adicionalmente à contribuição mensal: R\$ 30,00.

13. Existe um limite mensal para a cobrança de participação nas despesas de saúde?

Sim. O limite de desconto mensal de participação financeira do grupo familiar será de 5% da remuneração bruta do beneficiário-titular, independentemente do vínculo do usuário. Na tabela abaixo, podemos ver exemplos de valores máximos desse desconto.

Exemplos - Limite de desconto mensal	
Remuneração Bruta	Limite desconto (5%)
R\$ 4.257,57	R\$ 212,88
R\$ 13.763,45	R\$ 688,17
R\$ 18.591,18	R\$ 929,56
R\$ 24.782,57	R\$ 1.239,13
R\$ 33.739,00	R\$ 1.686,95

A contribuição mensal, que é uma parcela fixa, não estando incluída nesse limite.

Vejamos, por exemplo, como ficaria esse desconto no caso de um beneficiário que possui remuneração bruta de R\$ 13.763,45 e precise fazer uma cirurgia de emergência:

- Valor do procedimento na tabela adotada pelo SIS: **R\$ 30.000,00**

- Percentual de participação para emergências: 5%

- Valor de coparticipação do beneficiário cobrado em folha de pagamento adicionalmente à contribuição mensal:

R\$ 30.000,00 (x 5%) = **R\$ 1.500,00**

- Limite para o desconto mensal na folha de pagamento:

Remuneração bruta - exemplo: R\$ 13.763,45 (x 5%) = **R\$ 688,17**

- Saldo devedor remanejado para as próximas folhas de pagamento:

R\$ 1.500,00 - (R\$ 688,17) = **R\$ 811,83***

***Esse saldo será descontado respeitando-se também o limite máximo acima, de R\$ 688,17 por parcela.**

14. Como posso acompanhar o saldo devedor e os valores de participação financeira cobrados pelo SIS?

O servidor poderá consultar o extrato de utilização do SIS para controle dos valores descontados acessando a intranet SIS/ Saúde / SIS / Extrato financeiro do SIS. Para acesso, o servidor deverá utilizar o mesmo login e senha da rede.

Para emitir o extrato, informe mês e ano, no formato MM/AAAA, no campo “COMPETÊNCIA” e clique no botão “EMITIR DEMONSTRATIVO”. Quando for exibida a mensagem “Solicitação enviada ao servidor”, clique no botão “ATUALIZAR” até que apareça a opção “*DOWNLOAD*”.

Os beneficiários que não possuírem senha para acesso à intranet podem solicitá-la ao Serviço de Atendimento aos Usuários da Secretaria de Gestão de Pessoas (tel: 61-3303-1000 / seatus@senado.leg.br) ou solicitar diretamente o envio do extrato por e-mail para o Serviço de Cobrança do SIS (cobranca.sis@senado.leg.br).

15. O servidor que se afastar temporariamente do serviço do Senado Federal poderá continuar no SIS?

Sim. O servidor ativo que se afastar temporariamente do serviço no Senado Federal para exercer mandato eletivo, ter exercício em outro órgão ou entidade pública, sem ônus para o Senado, ou gozar de licença sem vencimentos poderá, no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data de seu afastamento, requerer à Secretaria de Gestão de Pessoas a sua manutenção como beneficiário-titular.

16. O que são e quais são os hospitais de notória especialização?

Considera-se como de notória especialização a distinção conferida pelo SIS a profissional ou instituição cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica e outros atributos, permita caracterizá-lo como de excelência superlativa.

Atualmente, existem 2 entidades de notória especialização que prestam assistência aos beneficiários do SIS:

- Hospital Sírio-Libanês (SP)
- Hospital Israelita Albert Einstein (SP)

Nesses hospitais, o beneficiário tem direito a atendimentos de urgência/emergência, atendimento ambulatorial, realização de exames, internação e cirurgia. Contudo, fica responsável pelos honorários médicos, dos quais pode obter ressarcimento parcial, de acordo com as tabelas adotadas pelo SIS, deduzidos os valores correspondentes a sua participação.

17. O que compreende o atendimento ambulatorial coberto pelo SIS?

- I. Consultas médicas realizadas em consultórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais;
- II. Exames em laboratórios de análises clínicas;
- III. Exames de diagnóstico por imagem;
- IV. Demais exames complementares necessários ao diagnóstico;
- V. Tratamentos fisioterápicos;
- VI. Tratamentos por acupuntura;
- VII. Tratamentos psicoterápicos;
- VIII. Tratamentos de fonoaudiologia;
- IX. Procedimentos cirúrgicos de pequeno porte;
- X. Tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.
- XI. Tratamentos e procedimentos odontológicos, conforme regulamentação do Conselho de Supervisão do SIS.

18. Como buscar atendimento pelo SIS?

Rede credenciada ao SIS/Saúde Caixa

Para receber atendimento, o beneficiário deve buscar profissional, clínica ou hospital credenciado do Saúde Caixa (ver item 10) e se identificar, apresentando o cartão de identificação válido do SIS/Saúde Caixa e documento de identidade.

Caso sejam realizados procedimentos que exijam autorização prévia, a própria unidade encaminhará o pedido de autorização ao plano por meio do sistema do Saúde Caixa.

Hospitais de Notória Especialização

Quem buscar atendimento nos hospitais de notória especialização (Sírio-Libanês e Albert Einstein – SP), deve identificar-se como servidor do Senado Federal e beneficiário do SIS, uma vez que os hospitais não fazem parte da rede credenciada ao Saúde Caixa, sendo conveniados diretamente com o Senado.

Em caso de agendamento de cirurgias e exames, o beneficiário deverá encaminhar ao hospital o pedido e o relatório profissional referente aos procedimentos que serão realizados. Posteriormente, a própria instituição entrará em contato com o SIS, através do email sis@senado.leg.br, solicitando a Carta de Autorização. Em seguida, o SIS encaminhará a autorização por email à unidade solicitante, liberando o atendimento.

19. O que é e para que serve a autorização prévia?

Autorização prévia é uma forma de controle de acesso fundamental para evitar sobrecarga e desperdícios de recursos no sistema de saúde suplementar.

São os chamados mecanismos de regulação que são aplicados pelas operadoras nos contratos dos planos de saúde e que servem para controlar as demandas pelos serviços prestados aos beneficiários. Antes de aplicados, esses mecanismos são submetidos à análise da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão que regula o setor. Essa prática regulatória visa ao uso consciente do plano de saúde.

20. Quais procedimentos necessitam de autorização prévia?

- Angiotomografia coronariana com score de cálcio
- Cirurgias e internações eletivas
- Exames especializados
- Ressonância magnética
- Hemodiálise
- Alguns procedimentos de Odontologia
- Quimioterapia / medicação
- Polissonografia
- PET-CT (PET-scan oncológico)
- Tratamento Continuado (Acupuntura, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Pilates)
- Assistência Domiciliar (home care, assistência de enfermagem, cuidador).

Nesses casos, as autorizações devem ser solicitadas com antecedência devido aos prazos de liberação existentes. Os prazos para autorização variam conforme a complexidade do procedimento e de acordo com a utilização ou não de órtese, prótese e materiais especiais (OPME), que requerem pesquisa de preço e avaliação mais detalhada pelos médicos peritos.

21. Quais os procedimentos NÃO precisam de autorização prévia?

- Atendimentos de urgência e emergência
- Audiometria
- Angiotomografias em geral
- Alguns exames laboratoriais
- Mamografias
- Tomografias computadorizadas
- Ultrassonografias
- Punção de tireóide guiada por ultrassonografia
- Procedimento diagnóstico citopatológico (Papanicolau)
- Consultas eletivas
- Monitorização ambulatorial da pressão arterial - MAPA
- Eletrocardiograma
- Holter de 24 horas
- Teste ergométrico
- Cintilografia, inclusive miocárdica*
- Endoscopia (tanto colonoscopia quanto digestiva alta) com polipectomia e/ou biópsia**

* Exceção: Cintilografia de perfusão do miocárdio, associada à Dobutamina.

** Exceção: Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de urease (pesquisa *Helicobacter pylori*).

Nesses casos, para agendar ou realizar o atendimento, basta o beneficiário comparecer à instituição credenciada portando um documento de identificação e a carteirinha do SIS/Saúde Caixa.

22. Como proceder na solicitação de autorização prévia?

Em caso de atendimento na rede credenciada ao Saúde Caixa no Distrito Federal, a solicitação de autorização prévia é encaminhada ao SIS pela própria instituição na qual o procedimento será realizado. Os pedidos e relatórios dos profissionais de saúde devem ser enviados por meio do autorizador externo do Saúde Caixa ou via e-mail, para autorizacaosis@senado.leg.br (apenas para credenciados que não tenham cadastro no sistema do autorizador externo).

Os documentos enviados passarão pela avaliação dos peritos do SIS, e, caso seja verificada a necessidade, pode ser solicitada documentação adicional ou, ainda, o paciente poderá ser convocado para realização de auditoria clínica presencial (perícia). Uma vez concedida a autorização no sistema do Saúde Caixa, o documento gerado (guia de autorização) aparecerá para a instituição requerente com acesso ao autorizador externo, ou será encaminhado por e-mail à unidade, se for o caso.

Em atendimentos em instituição de notória especialização, os pedidos devem ser encaminhados pela própria unidade por e-mail para sis@senado.leg.br.

A autorização prévia de procedimentos realizados em unidades credenciadas ao Saúde Caixa fora do Distrito Federal é realizada diretamente pela Gerência de Filial de Gestão de Pessoas do Saúde Caixa (GIPES) de cada unidade da Federação. Nesses casos, os pedidos e relatórios profissionais devem ser cadastrados diretamente o site do Saúde Caixa (www.centrossaudecaixa.com.br).

Caso o beneficiário tenha dúvidas quanto à necessidade ou dispensa, bem como quanto à solicitação de autorização prévia, pode entrar em contato com o atendimento ao usuário do SIS, pelo telefone (61) 3303-5000 ou pelo email sis@senado.leg.br.

23. O que pode ocasionar atrasos nos requerimentos de autorização prévia?

- A data em que o hospital ou clínica insere o pedido no sistema de autorizador externo do Saúde Caixa – Em função da necessidade de juntar relatórios, laudos e orçamentos, é comum a instituição levar cerca de três dias úteis ou mais para encaminhar o pedido ao SIS;
- Pedido enviado pela clínica ou hospital com documentação incompleta – relatório médico, pedido de internação, orçamentos de materiais, laudos de exames, etc.;
- Divergência na justificativa apresentada pelo profissional assistente para a realização do procedimento;
- Não comparecimento do interessado à perícia agendada;

- Não envio, pelo prestador, dos dados para o faturamento (CNPJ, CPF, etc.).

Nesses casos, algumas ações tomadas pelos beneficiários podem agilizar as autorizações, como comparecer às perícias agendadas pelo SIS, perguntar às clínicas e hospitais se o pedido foi enviado ao plano com todas as informações devidas, em que data foi encaminhado, e solicitar ao prestador que a documentação lhe seja apresentada para conferência.

24. Como proceder em casos de cirurgias e internações hospitalares?

O atendimento hospitalar compreende a internação para tratamento clínico ou cirúrgico, que será previamente autorizado pelo SIS, após manifestação da perícia, ressalvadas as internações em caso de emergência ou urgência. O pedido de autorização prévia é feito da mesma forma que nas consultas e procedimentos, conforme explicado no item 22.

Para obter a autorização de internação/procedimento, o credenciado enviará ao SIS relatório emitido pelo médico assistente, que deverá conter:

- I. Descrição sumária do quadro clínico com tempo de evolução;
- II. Código do procedimento clínico ou cirúrgico a ser realizado, segundo a tabela adotada pelo SIS com a respectiva justificativa;
- III. Expectativa do número de dias de internação;
- IV. Nome e CNPJ da instituição onde será feita a internação;
- V. Nome e CNPJ da instituição que receberá os pagamentos dos honorários médicos.

25. Quais as despesas cobertas e não cobertas pelo SIS em caso de cirurgias e internações hospitalares?

Dentro de sua rede credenciada, o SIS cobre a internação em apartamento individual com banheiro privativo. Também são cobertas as despesas com honorários médicos credenciados ao Saúde Caixa, anestesista, materiais clínicos utilizados e materiais cirúrgicos autorizados, sendo devida a participação do beneficiário nas despesas incorridas, conforme explicado no item 12.

Não estão incluídas na diária hospitalar as despesas hospitalares extraordinárias, tais como ligações telefônicas, consumo de frigobar, lavagem de roupa, artigos de toalete, jornais e revistas, aluguel de aparelhos de som e imagem, taxas de internet, enfermagem particular e outros serviços não contratados pelo SIS com as entidades credenciadas.

26. Qual a diferença entre urgência e emergência e como proceder nesses casos?

Urgência é ocorrência imprevista de agravo à saúde, que exige atendimento com rapidez, sem, no entanto, representar risco iminente de morte. Emergência é a ocorrência que acarreta risco iminente de morte ou lesão irreparável, declarada pelo profissional assistente e reconhecida pelo perito médico do SIS.

Na hipótese de internação em caso de emergência ou urgência, fica afastada a necessidade de autorização prévia pelo plano. Havendo necessidade de permanência do beneficiário por períodos adicionais ao pronto-atendimento, a unidade entrará em contato com o SIS para proceder à autorização.

Os peritos do SIS irão analisar toda a documentação enviada pela instituição (relatórios, boletins, pareceres) para comprovação da condição de urgência ou emergência. Caso sejam necessários maiores esclarecimentos, o beneficiário pode ser futuramente convocado pelos peritos do SIS para realização de auditoria clínica presencial.

Os beneficiários ficam dispensados de cumprir os prazos de carência estabelecidos em caso de emergência, com risco iminente de morte ou lesão irreparável, não relacionado com doença ou lesão preexistente, declarado pelo médico assistente e ratificado pela perícia do SIS.

27. O SIS oferece check-up anual?

O SIS possui atualmente convênio com três hospitais para a realização de check-up: Albert Einstein e Sírio-Libanês, em São Paulo, e o Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - ICDF.

O pacote de check-up oferecido pelos hospitais Albert Einstein e Sírio-Libanês incluem avaliação médico laboratorial, avaliação ginecológica, avaliação cardiovascular, avaliação urológica e outras avaliações, que variam de acordo com o sexo e a idade do beneficiário. A tabela contendo os valores dos pacotes e os procedimentos cobertos está disponível na intranet/SIS/Saúde/SIS/Check-up. Todos exames são realizados em apenas um dia, seguidos de consulta médica. Para agendamento, o beneficiário deve entrar em contato diretamente com os hospitais:

Hospital Sírio-Libanês

Tel: (11) 3394-0800 - opção 4 ou (11) 3394-4494

E-mail: checkup@hsl.org.br

Hospital Israelita Albert Einstein

Tel: (11) 2151-1233 - opção 3

E-mail: agendcheckup@einstein.br

Após agendamento, o Hospital entrará em contato com o SIS solicitando a carta de autorização. Ressaltamos que os honorários médicos não previstos no pacote do check-up não estão cobertos.

Em Brasília, é oferecido o pacote de check-up cardiológico, também com exames e consulta realizados em um mesmo dia:

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal – ICDF

Tel: (61) 3403-5497 / 9986-4129

E-mail: checkup@icdf.org.br

28. Posso realizar consultas ou procedimentos com profissionais não credenciados?

Sim, é facultado ao beneficiário do SIS utilizar serviços prestados por profissionais e instituições de sua livre escolha, não credenciados pelo SIS, sendo assegurado ao beneficiário-titular o reembolso parcial da despesa, limitado aos respectivos valores das tabelas adotadas pelo SIS, dele deduzindo-se a importância correspondente à sua participação financeira na despesa.

29. Quanto receberei de reembolso?

Não há um percentual fixo a ser ressarcido. Independentemente do valor efetivamente pago pelo beneficiário ao profissional, nas hipóteses em que o procedimento for realizado sem a autorização prévia, será pago o valor de referência das tabelas adotadas pelo SIS.

Nas hipóteses em que o beneficiário apresenta ao SIS o orçamento dos valores cobrados pelo médico assistente, objetivando autorização prévia e/ou atendimentos de profissionais com especialidades não contempladas na rede do Saúde Caixa, o valor do reembolso será de acordo com o valor praticado no mercado, podendo ser autorizado até 3 (três) vezes o valor da tabela de referência, para paciente internado. Mas, em nenhuma hipótese, será autorizado reembolso de valores superiores a 3 (três) vezes o valor da tabela de referência.

O beneficiário tem descontado o percentual referente à sua participação financeira (conforme explicado no item 12), e recebe de volta, por meio de crédito na conta salário do titular, o percentual restante.

30. Quais os procedimentos cobertos por reembolso?

Serão abrangidos pelo reembolso as consultas e procedimentos previstos no rol de cobertura do SIS, desde que realizados por profissionais não credenciados pelo SIS, bem como a remoção de uma instituição de saúde para outra, a aquisição de medicamentos especiais, a assistência domiciliar de enfermagem, o tratamento continuado (Acupuntura, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional), e demais procedimentos sujeitos à livre escolha. Em nenhuma hipótese serão ressarcidas despesas relativas às exclusões enumeradas no item 33.

31. Como proceder para requerer o reembolso?

O pedido de ressarcimento será feito por meio de formulário próprio disponível na intranet em SIS/Saúde/SIS/Solicitação de Ressarcimento em até **60 dias após a realização do procedimento**. Deve-se optar entre “solicitação de ressarcimento - outros” ou “solicitação de ressarcimento - odontologia”.

Após preenchimento do requerimento, o beneficiário deverá cadastrar o documento no SIGAD com grau de sigilo “Dados de Saúde”, código de classificação “56.07.02.26” e assinar eletronicamente. O formulário deve ser tramitado ao Serviço de Pagamento do SIS (SEPASI). Sugere-se anotar o número de protocolo gerado para consultas futuras sobre o andamento do processo.

Caso não tenha acesso ao SIGAD, o beneficiário poderá encaminhar a documentação pelos Correios ou trazer pessoalmente ao protocolo do SIS, no endereço a seguir:

Senado Federal

SEABEN – Serviço de Atendimento a Beneficiários do SIS – PROTOCOLO

Via N2, Bloco 17, sala 21

CEP 70165-900

Brasília – DF

Vale ressaltar que o formulário preenchido e assinado deverá estar acompanhado dos seguintes documentos:

I – Original do respectivo documento fiscal, recibo ou fatura, de forma legível, sem rasura ou emenda, emitido em nome do beneficiário-titular, até 60 (sessenta) dias após a realização do procedimento;

II – Quando se tratar de atendimento em regime de internação hospitalar, ou quando aplicável:

a) relatório emitido pelo médico assistente, em que conste: o diagnóstico detalhado da patologia identificada, a descrição dos procedimentos realizados, as datas da internação e da alta hospitalar, o nome do profissional que prestou o atendimento e sua especialidade, e o número de seu registro no respectivo conselho profissional;

b) cópias dos pareceres solicitados pelo médico assistente, contendo a justificativa da requisição e a identificação dos profissionais que os emitiram, conforme definido no item II a;

c) cópias dos laudos dos exames realizados;

d) cópia legível do boletim anestésico, quando for o caso, contendo a assinatura do anestesista e a identificação dos profissionais que participaram do ato cirúrgico, conforme definido no item IIa;

e) lista dos materiais e medicamentos utilizados segundo a tabela Brasíndice ou a nota fiscal e as etiquetas de identificação (lacre) correspondentes;

f) discriminação das taxas cobradas;

g) demais documentos eventualmente solicitados pela perícia médica do SIS.

§ 1º Em se tratando de recibo, o qual deverá ser acompanhado de relatório com a especificação da natureza do atendimento, conterá: o nome completo do paciente; o nome completo do profissional que realizou o atendimento; o carimbo do profissional com a indicação do número do registro no respectivo conselho profissional; o número de inscrição do profissional no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); o endereço do profissional; o número do telefone comercial e o nome completo do pagador e o número de seu CPF.

§ 2º No caso de nota fiscal, a qual deverá ser acompanhada de relatório com a especificação da natureza do atendimento, conterá: o nome completo do paciente; o endereço e o número do telefone comercial; o carimbo do profissional com a indicação do número do registro no respectivo conselho profissional; e o nome completo e número de CPF do pagador.

§ 3º No ressarcimento de despesas decorrentes de exames complementares, a nota fiscal ou a fatura serão acompanhadas das cópias do pedido médico e do laudo dos exames.

§ 4º Na hipótese de tratamento sob regime de assistência hospitalar, clínico ou cirúrgico, o pedido de ressarcimento

será submetido à avaliação do SIS quanto à regularidade dos procedimentos praticados e à quantia a ser ressarcida, em conformidade com as tabelas adotadas pelo Plano de Assistência à Saúde.

§ 5º Após o final do exercício financeiro, o SIS fornecerá ao beneficiário-titular, com base nos documentos recebidos, declaração contendo a indicação dos valores por ele pagos e dos valores reembolsados pelo SIS.

§ 6º Não poderá ser reembolsada nota fiscal ou recibo de atendimento ainda não realizado ou não finalizado, salvo nos casos de tratamento continuado em que o pagamento seja feito de forma parcelada.

§ 7º Reembolso de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) somente ocorrerá de acordo com autorização prévia do SIS e obedecerá às normas de autorização realizada via rede credenciada e demais normas dispostas no regulamento do plano.

32. Qual o prazo para recebimento do reembolso?

O reembolso é depositado na conta salarial do titular, mas não há um prazo estabelecido, visto que cada processo é avaliado individualmente, podendo ser necessário solicitar documentação adicional, ou, até mesmo, a perícia presencial do beneficiário. Em média, o depósito é efetuado em cerca de 30 dias.

33. Quais os procedimentos que não são cobertos nem mesmo por reembolso?

Excluem-se da cobertura do Plano de Assistência à Saúde do SIS:

- I – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- II – Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- III – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como próteses e órteses com os mesmos fins;
- IV – Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V – Mamoplastia, ressalvado o disposto no inciso III do parágrafo único deste artigo;
- VI – Internação e tratamentos em:
 - a) clínicas de emagrecimento;
 - b) clínicas de repouso;

c) estâncias hidrominerais;

d) estabelecimentos denominados *spas*, que reúnam serviços de hotelaria e atividades de lazer saudáveis, terapêuticas ou de cuidados corporais, inclusive emagrecimento;

e) estabelecimentos destinados ao acolhimento de idosos, em internações que não requeiram cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VII – Atos cirúrgicos cuja finalidade seja recanalização do canal deferente ou das tubas uterinas;

VIII – Cirurgia refrativa, exceto nos casos previstos pela ANS;

IX – Tratamento de infertilidade e reprodução assistida;

X – Exames para reconhecimento de paternidade;

XI – Aparelhos destinados a substituir ou complementar qualquer função, inclusive: óculos, lentes de contato, próteses auditivas (exceto aquelas cirurgicamente implantáveis de cobertura prevista no rol da ANS), aparelhos CPAP, congêneres e demais equipamentos destinados ao tratamento da síndrome da apneia do sono, aparelhos ortopédicos, órteses e próteses não compreendidas no ato cirúrgico;

XII – Tratamentos clínicos ou cirúrgicos realizados fora do país;

XIII – Vacinas dessensibilizantes ou imunizantes;

XIV – Fornecimento ou reembolso de medicamentos de uso domiciliar, ressalvados aqueles incluídos na lista aprovada pelo Conselho de Supervisão, por proposta da perícia médica do SIS;

XV – Enfermagem de caráter particular em hospital ou residência, ressalvados os tratamentos em regime de assistência domiciliar, denominados home care, previamente autorizados pela perícia do SIS;

XVI – Permanência hospitalar após a alta médica;

XVII – Ressarcimento de qualquer despesa realizada em instituição credenciada, ressalvados os honorários médicos de que trata o art. 34 e itens previstos no rol complementar do SIS e não contratados junto à rede credenciada;

XVIII – Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato de credenciamento;

XIX – Despesas extraordinárias, não incluídas na diária hospitalar, realizadas pelo paciente ou seu acompanhante, tais como ligações telefônicas, frigobar, lavagem de roupa, artigos de higiene, jornais e revistas, aluguel de aparelhos de som e imagem, e outros serviços não contratados pelo SIS com as instituições credenciadas.

XX – Tratamentos odontológicos relacionados a ortodontia convencional ou com fins estéticos.

§ 1º Ressalvam-se do disposto neste artigo, desde que aprovadas pela perícia médica do SIS:

I – Cirurgia plástica destinada exclusivamente a restaurar a aparência ou as funções de órgãos, regiões e membros lesados em decorrência de acidente ocorrido ou enfermidade adquirida após a inscrição do beneficiário no SIS, ou má formação congênita em filho nascido após a inscrição do beneficiário-titular no SIS;

II – Cirurgia para tratamento da obesidade mórbida;

III – Mamoplastia, conforme regulamentação do Conselho de Supervisão do SIS, nas seguintes hipóteses:

a) cirurgia restauradora, com a finalidade de corrigir deformidades decorrentes de mastectomia parcial ou total, em caso de acidente ocorrido ou neoplasia maligna adquirida após a inscrição do beneficiário no SIS;

b) cirurgia restauradora, com a finalidade de corrigir deformidades decorrentes de adenomastectomia e mastectomia profiláticas, realizadas após a inscrição do beneficiário no SIS, na hipótese de alto risco de câncer de mama;

c) cirurgia corretora de amastia;

d) cirurgia corretora de assimetria mamária superior a 30% (trinta por cento);

e) cirurgia corretora de hipertrofia mamária significativa, assim entendida aquela em que o volume da mama é superior a 1.000 cm³ (mil centímetros cúbicos).

IV – Cirurgia plástica restauradora de mama e abdome em pacientes que tiveram grande perda ponderal, em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago realizados após admissão no SIS, e apresentem uma ou mais complicações.

V – Ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, incluindo oxigenoterapia domiciliar prolongada em concordância com as diretrizes de utilização de cada modalidade.

VI – Tratamentos odontológicos relativos a tratamento ortopédico funcional, até os 16 (dezesesseis) anos de idade.

§ 2º Tratamento odontológico com prótese fixa unitária, núcleo intra-radicular, prótese parcial removível, prótese total, placa interoclusal, implantes dentários ou próteses sobre implantes dentários será realizado exclusivamente na modalidade de ressarcimento de despesas.

34. O que é tratamento continuado?

Considera-se tratamento continuado a assistência por meio de cuidados permanentes, prestados fora do regime de internação hospitalar ou domiciliar por instituições credenciadas ou sob a modalidade de livre escolha, nas seguintes modalidades:

- Acupuntura;
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Psicologia;
- Psiquiatria;
- Terapia ocupacional, e outros tratamentos de caráter continuado.

35. Como solicitar tratamento continuado?

O tratamento continuado que for realizado pela rede credenciada, dentro do número máximo permitido sessões semanais, não exige autorização prévia. Caso o beneficiário decida por um profissional de sua livre escolha, não credenciado ao Saúde Caixa, a cobertura se dará por reembolso, e, neste caso, será exigida a autorização prévia do SIS. A única exceção é a fisioterapia, em que procedimentos inferiores a três períodos de 10 sessões, realizadas em, no máximo, três vezes por semana, não requerem autorização prévia para reembolso.

Nos casos de transtornos psiquiátricos e nos quadros de intoxicação ou abstinência provocados por qualquer forma de dependência química, a perícia médica do SIS poderá autorizar o atendimento, por até 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada 12 (doze) meses, por beneficiário, em regime de internação ou de hospital-dia, na rede credenciada ou em instituições da livre escolha dos beneficiários, cabendo, neste último caso, o reembolso parcial das despesas pelo SIS.

Os procedimentos que extrapolarem os limites de sessões estabelecidos, seja na rede credenciada ou na modalidade livre escolha, necessitam de autorização prévia.

Autorização prévia de tratamento continuado na rede credenciada:

Caso o tratamento continuado seja realizado na rede credenciada com necessidade de autorização prévia, a solicitação deve ser feita pela própria clínica ou unidade credenciada, nos termos já explicados no item 22.

Autorização prévia de tratamento continuado na modalidade livre escolha:

Para requerer a autorização prévia para o reembolso referente a despesas com o tratamento continuado, o beneficiário deverá preencher e assinar o formulário de solicitação de autorização prévia, disponível na intranet em SIS/Saúde/SIS/Autorização e Outras Solicitações/Solicitação de autorização prévia (exceto odontologia).

Em seguida, deve-se anexar o relatório do profissional assistente com data inferior a 30 dias, e cadastrar o documento no SIGAD, tramitando o mesmo para a Coordenação de Autorização do SIS (COASIS).

Caso não tenha acesso ao SIGAD, o beneficiário poderá encaminhar a mesma documentação pelos Correios ou trazer pessoalmente ao protocolo do SIS, no endereço abaixo:

Senado Federal

SEABEN – Serviço de Atendimento a Beneficiários do SIS – PROTOCOLO

Via N2, Bloco 17, sala 21

CEP 70165-900

Brasília – DF

O requerimento passará pela avaliação dos peritos do SIS e, uma vez deferida, a autorização prévia será enviada ao interessado por email. Para proceder ao reembolso, o beneficiário seguir as instruções apresentadas no item 31.

36. O SIS oferece cobertura para internação domiciliar (home care)?

Sim. A internação domiciliar é o conjunto de atividades desenvolvidas no domicílio em função da complexidade assistencial e avaliação socioambiental, realizado por equipe multiprofissional de saúde, em ambiente domiciliar, tendo a obrigatoriedade de acompanhamento médico ou de enfermagem. Trata-se de ações de promoção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas fora do ambiente hospitalar e adequadas às necessidades do beneficiário. A assistência domiciliar, em cada caso, dependerá de prévia autorização do SIS.

O programa de atenção domiciliar pode ocorrer em quatro modalidades: cuidador, assistência de enfermagem sem internação domiciliar, oxigenoterapia e internação domiciliar (home care). A assistência multidisciplinar poderá contemplar fisioterapia, nutrição, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e outros profissionais a serem avaliados e autorizados pela perícia do SIS.

37. Como solicitar cobertura para internação domiciliar?

O beneficiário portador de enfermidade que esteja impossibilitado de realizar, sem ajuda de terceiros, as atividades da vida diária poderá solicitar a modalidade de assistência de enfermagem sem internação domiciliar, ou a cobertura para cuidador. Para solicitar assistência de enfermagem sem internação domiciliar ou cuidador, o responsável deve apresentar ao SIS relatório do médico assistente do beneficiário que detalhe o quadro clínico e justifique a necessidade da assistência, além de resultados de exames complementares que auxiliem a avaliação do caso. O caso será analisado pela perícia do SIS e, em caso de liberação, a cobertura ocorrerá por meio de reembolso, nos termos já explicados no item 31.

Considera-se apto a solicitar a internação domiciliar o beneficiário do SIS que seja portador de enfermidade clínica ativa, hemodinamicamente estável, de alta ou média complexidade, conforme os critérios de elegibilidade constantes na Instrução Normativa que regulamenta o programa de atenção domiciliar aos beneficiários do SIS.

O beneficiário do SIS pode utilizar os serviços de internação domiciliar via rede credenciada ou na modalidade de livre escolha por reembolso, no caso de empresas não credenciadas. Seja na empresa credenciada, seja na modalidade livre escolha, o pedido passará pela análise dos peritos do SIS, que realizarão uma avaliação presencial para verificação dos critérios de internação domiciliar exigidos pelas normas do plano.

Para solicitar a internação domiciliar, o beneficiário titular ou seu responsável deve buscar uma das empresas de home care credenciadas ao Saúde Caixa, que irá requerer a autorização prévia junto ao SIS.

Caso opte pela modalidade de livre escolha, o responsável deve preencher o formulário próprio de autorização prévia, disponibilizado na intranet em Plano de Saúde/SIS/Autorização e Outras Solicitações/Solicitação de autorização prévia (exceto odontologia), e anexar os seguintes documentos:

I - Relatório, emitido nos últimos 30 (trinta) dias, assinado pelo médico assistente com indicação da modalidade de assistência desejada, acompanhado de laudos e demais informações que a perícia solicitar;

II - Consentimento, por escrito, do responsável pelo beneficiário, mediante assinatura do Termo de Responsabilidade disponibilizado pelo SIS.

O documento deve ser cadastrado no SIGAD e tramitado para a Coordenação de Autorização do SIS (COASIS). Caso não tenha acesso ao SIGAD, o beneficiário poderá encaminhar a mesma documentação pelos Correios ou trazer pessoalmente ao protocolo do SIS, no endereço a seguir:

Senado Federal

SEABEN – Serviço de Atendimento a Beneficiários do SIS – PROTOCOLO

Via N2, Bloco 17, sala 21

CEP 70165-900

Brasília – DF

O reembolso respeitará os valores de tabela contratada entre o plano e as unidades credenciadas, sendo descontada participação do usuário nos termos previamente explicados no item 12.

38. O SIS oferece cobertura para remoção em ambulâncias ou via transporte aéreo?

A remoção de beneficiário, de uma instituição de saúde para outra, será autorizada pelo SIS, observadas as condições a seguir:

I – Caso o beneficiário se encontre em uma instituição credenciada que não disponha dos recursos técnicos necessários ao seu atendimento, será autorizada a remoção para a instituição credenciada mais próxima que seja habilitada a realizar o atendimento.

II – Caso o beneficiário se encontre internado em uma instituição que, a juízo da perícia médica do SIS, disponha dos recursos técnicos necessários ao seu atendimento, as despesas com a remoção do paciente serão de exclusiva responsabilidade do beneficiário titular.

A remoção ocorre exclusivamente via reembolso. O responsável pelo paciente adotará as providências necessárias à remoção, solicitando o ressarcimento ao SIS conforme orientações do item 31.

Casos de remoção aérea, bem como hipóteses não previstas nos itens acima serão avaliados pelo Conselho de Supervisão do SIS.

39. O que são e para que servem as auditorias e perícias em saúde?

A auditoria em saúde consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, e engloba a atividade de profissionais de saúde que autorizam exames, procedimentos, medicações, materiais e cirurgias, visando verificar se os procedimentos prestados aos beneficiários estão em conformidade com os protocolos clínicos estabelecidos, e também com o que é previsto em contrato com o plano de saúde.

Nesse aspecto, cabe também a análise das faturas dos serviços de saúde (hospitais, clínicas e laboratórios), e, encontrando-se não conformidades com os contratos e outras leis, caberá a “glosa”, isto é, o não pagamento do procedimento.

A auditoria em saúde é essencial para garantir uma qualidade da assistência com um custo justo, ou seja, seu objetivo é aperfeiçoar a relação entre benefício e custo, com garantia da qualidade da assistência, e observância dos princípios éticos nos serviços e sistemas de saúde, sempre em prol da saúde dos beneficiários.

A auditoria clínica, conhecida também como “perícia”, faz parte deste processo, e consiste em convocar o beneficiário ao SIS para realização de um exame pericial presencial, ou até mesmo em ambiente domiciliar, sempre que houver necessidade de confirmação da adequada indicação clínica e execução dos procedimentos em saúde. Este exame presencial pode ser exigido antes da realização do procedimento, após sua execução, ou ambos.

Na perícia, os peritos trabalham para preservar a saúde do beneficiário, evitando que sejam utilizados materiais inadequados e realizados procedimentos irregulares, contraindicados, ou até mesmo além ou aquém daquilo que seja realmente necessário a cada caso.

40. Em que casos o SIS exigirá a realização de perícias?

O beneficiário do SIS será convocado para auditoria presencial, a critério dos profissionais peritos do plano, sempre que for verificada a necessidade de se realizar exame clínico a fim de se obter maiores esclarecimentos sobre os procedimentos em saúde propostos ou efetivamente realizados.

41. O que fazer em casos especiais, não previstos nas normas do SIS?

Casos especiais e casos omissos serão avaliados pelo Conselho de Supervisão do SIS, que é o órgão superior de deliberação do plano.

42. O que é e como funciona o Conselho de Supervisão do SIS?

O Conselho de Supervisão é o órgão superior de deliberação do SIS, cabendo-lhe fixar diretrizes administrativas e operacionais e adotar as decisões estratégicas que garantam a sustentabilidade das ações de prevenção da doença e a promoção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde dos beneficiários.

Compete ao Conselho decidir, em grau de recurso, sobre demandas apresentadas pelos beneficiários, bem como decidir sobre os casos omissos. As reuniões do Conselho acontecem na segunda quarta-feira de cada mês, em caráter ordinário, e a qualquer tempo, em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Integram o Conselho de Supervisão do SIS:

- Um membro da Comissão Diretora, como Presidente;
- Diretor-Geral do Senado, como Vice-Presidente;
- Diretor da Secretaria de Gestão de Pessoas;
- Coordenador-Geral de Saúde da Secretaria de Gestão de Pessoas;
- Diretor da Secretaria de Finanças, Orçamento e Contabilidade;
- Dois servidores efetivos ativos, inscritos no SIS, eleitos pelos funcionários efetivos em atividade beneficiários-titulares do SIS;
- Dois servidores efetivos inativos, inscritos no SIS, eleitos pelos funcionários aposentados beneficiários-titulares do SIS.

Para encaminhar demandas ao Conselho de Supervisão do SIS, os beneficiários devem cadastrar o requerimento e documentos correlatos no SIGAD e tramitar ao Gabinete Administrativo da Secretaria de Gestão de Pessoas (GBSEGP). Caso não tenha acesso ao SIGAD, o interessado poderá encaminhar a mesma documentação para o e-mail sis@senado.leg.br, pelos Correios ou trazer pessoalmente ao protocolo do SIS, no endereço a seguir:

Senado Federal

SEABEN – Serviço de Atendimento a Beneficiários do SIS – PROTOCOLO

Via N2, Bloco 17, sala 21

CEP 70165-900

Brasília – DF

Os pedidos receberão instrução complementar pela equipe técnica do SIS e, havendo pertinência, serão incluídos nas pautas das reuniões ordinárias subsequentes.

Atendimento a beneficiários do SIS:

O atendimento aos beneficiários SIS é realizado por meio do e-mail sis@senado.leg.br ou pelo telefone (61) 3303-5000, de 2ª a 6ª, das 09h00 às 18h00 (exceto feriados).

O protocolo do SIS funciona no mesmo horário, no endereço abaixo:

Senado Federal

SEABEN – Serviço de Atendimento a Beneficiários do SIS – PROTOCOLO

Via N2, Bloco 17, sala 21

CEP 70165-900

Brasília – DF

Outras informações:

O Regulamento do SIS atualizado, anexo ao Ato da Comissão Diretora nº 2, de 2018, bem como Instruções Normativas e Atas do Conselho de Supervisão do SIS, estão disponíveis na intranet, menu Plano de Saúde, conforme imagem abaixo. Caso o interessado não tenha acesso à intranet, os mesmos documentos podem ser solicitados nos canais de atendimento a beneficiários do SIS.

Além da consulta à integra da regulamentação do SIS, na intranet, é possível também realizar outras ações, como emitir os extratos de utilização, acessar a rede credenciada em todo o Brasil, consultar a tabela de contribuição atualizada e gerar o cartão de identificação do plano.

Normativos:

- Regulamento SIS, atualizado pelo Ato da Comissão Diretora nº 2, de 2018
- Assistência Farmacêutica - Instrução Normativa do CSIS nº 11, 2017
- Assistência Odontológica - Instrução Normativa do CSIS nº 10, 2017
- Assistência Domiciliar (Home Care) - Instrução Normativa do CSIS nº 9, 2017
- Ressarcimento de Honorários - Instrução Normativa do CSIS nº 8 de 2017
- Tratamento Continuado - Instrução Normativa do CSIS nº 5, de 2014

Endereço:

Senado Federal

Sistema Integrado de Saúde

Av. N2 - Bloco 17

CEP 70.165-900

Brasília – DF

Contatos úteis:

Coordenação-Geral de Saúde do SIS:

Tel.: (61) 3303-5011 / 3303-5031

Gabinete da Secretaria de Gestão de Pessoas – GBSEGP / Assessoria Técnica de Saúde:

Tel.: (61) 3303-5022 / 3303-5008 / 3303-5126 / 3303-5003

sis@senado.leg.br

Coordenação de Autorização do SIS – COASIS:

Tel.: (61) 3303-3064 / 3303-5033

coasis@senado.leg.br

Perícia médica: (61) 3303-5005 – sepeme@senado.leg.br

Perícia odontológica: (61) 3303-5118 – odontologia@senado.leg.br

Home care: (61) 3303-5041 – homecare.autorizacao@senado.leg.br

Órteses, próteses e materiais especiais – OPME: (61) 3303-4666 / 3303-5021 – opme@senado.leg.br

Coordenação de Atendimento e Relacionamento – COATREL:

Tel.: (61) 3303-5987 / 3303-5023

Serviço de Atendimento ao Beneficiário do SIS – SEABEN:

Tel.: (61) 3303-5000

seaben@senado.leg.br

Coordenação de Gestão Financeira do SIS – COGEFI:

Tel.: (61) 3303-5107

Serviço de Pagamento do SIS – SEPASI:

Tel.: (61) 3303-2181 / 3303-5040

Serviço de Cobrança do SIS – SECOBR:

Tel.: (61) 3303-5758 / 3303-3722 / 3303-5104 / 3303-5102

cobranca.sis@senado.leg.br / secobr@senado.leg.br

Glossário

1 – Acidente pessoal: evento externo, súbito e violento, causador de lesão física, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, que torne necessária a internação hospitalar do beneficiário ou o seu tratamento em regime ambulatorial.

2 – Carência: tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso no SIS, necessário para que o beneficiário-titular e seus beneficiários-dependentes possam gozar do direito à cobertura dos serviços disponibilizados pelo Plano de Assistência à Saúde, na forma deste Regulamento.

3 – Carteira de identificação do SIS: o documento de uso restrito e intransferível fornecido pelo SIS, para a identificação pessoal do beneficiário junto às instituições credenciadas.

4 – CID: o código alfanumérico que identifica a doença, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

5 – Cirurgia buco-maxilo-facial: procedimento cirúrgico realizado no aparelho mastigatório e seus anexos, inclusive estruturas craniofaciais associadas.

6 – Contribuição mensal: pagamento, reajustável, devido mensalmente pelo beneficiário-titular e pelo beneficiário-dependente do SIS a partir do mês de inscrição, independentemente da utilização dos serviços oferecidos.

7 – Credenciamento: deliberação pela qual o Conselho de Supervisão habilita uma instituição pública ou privada a celebrar contrato para a prestação de serviços de assistência à saúde dos beneficiários do SIS.

8 – Declaração de saúde: documento preenchido e assinado pelo beneficiário titular ou por seu representante legal no ato de inscrição no SIS, por meio do qual ele presta informações sobre as condições de saúde e a existência, ou não, de doenças preexistentes de que tenha conhecimento.

9 – Despesas hospitalares extraordinárias: aquelas não incluídas na diária hospitalar, tais como: telefone, frigobar, lavagem de roupa, artigos de toalete, jornais e revistas, aluguel de aparelhos de som e imagem, enfermagem particular e outros serviços não contratados pelo SIS com as entidades credenciadas.

10 – Doença ou lesão preexistente: enfermidade ou lesão de que o beneficiário titular tenha conhecimento de que ele ou qualquer de seus beneficiários-dependentes seja portador, na data de inscrição no SIS.

11 – Emergência: ocorrência que acarrete risco iminente de morte ou lesão irreparável, declarada pelo médico assistente e reconhecida pelo perito médico do SIS.

12 – Estado de invalidez: incapacidade temporária ou permanente para o trabalho, apurada em laudo expedido ou homologado pela Junta Médica Oficial do Senado Federal.

13 – Evento: ocorrência de natureza aleatória capaz de causar doença ou lesão, acarretando a necessidade de atendimento médico em regime ambulatorial, hospitalar ou de internação domiciliar (home care).

14 – Fatura: documento comprobatório dos serviços de assistência à saúde prestados a um ou mais beneficiários do SIS, que substitui a nota fiscal, emitido por instituição de direito público, sem fins lucrativos. Deve ser apresentada juntamente com documento que comprove a isenção de emissão da nota fiscal e conter a completa identificação do emitente, a discriminação dos serviços prestados e a identificação do pagador.

15 – Junta Médica Oficial do Senado Federal: equipe de médicos, servidores do Senado Federal, designada oficialmente para avaliar condições de saúde e aptidão para o trabalho, bem como diagnósticos, prognósticos e terapêuticas em caso de doença.

16 – Leito de alta tecnologia: aquele que se destina ao tratamento intensivo e especializado, localizado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, terapia respiratória, coronariana, pediátrica, neonatal, recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias, unidades de tratamento de pacientes queimados e unidades de isolamento.

17 – Livre escolha: faculdade de que dispõem o beneficiário-titular e os beneficiários-dependentes de utilizar, a seu critério, a assistência de profissionais e de entidades não credenciados pelo SIS.

18 – Médico assistente: médico responsável pelo atendimento e pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

19 – Nota fiscal: documento para fins fiscais, emitido por instituição de direito privado, com numeração seriada e prazo de validade definido, contendo a completa identificação do emitente, a discriminação dos serviços prestados e a identificação do pagador.

20 – Notória especialização: distinção conferida pela perícia médica do SIS a profissional ou instituição cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiência, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica e outros atributos, permita caracterizá-lo como de excelência superlativa.

21 – Participação financeira: parcela variável devida pelo beneficiário-titular ao SIS em virtude da utilização dos serviços oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde, por ele ou por seu beneficiário-dependente, calculada na forma e nos limites da respectiva tabela aprovada pelo Conselho de Supervisão.

22 – Pensionista: pessoa que recebe pensão, temporária ou vitalícia, em decorrência do falecimento de servidor ativo ou inativo do Senado Federal.

23 – Perícia do SIS: equipe de profissionais da área da saúde incumbida de avaliar as condições de saúde e aptidão para o trabalho, bem como diagnósticos, prognósticos e terapêuticas em caso de doença.

24 – Procedimento de alta complexidade: aquele assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na data do evento.

25 – Recibo: documento de quitação, emitido por profissional liberal, contendo a completa identificação do emitente, a discriminação dos serviços prestados e a identificação do pagador.

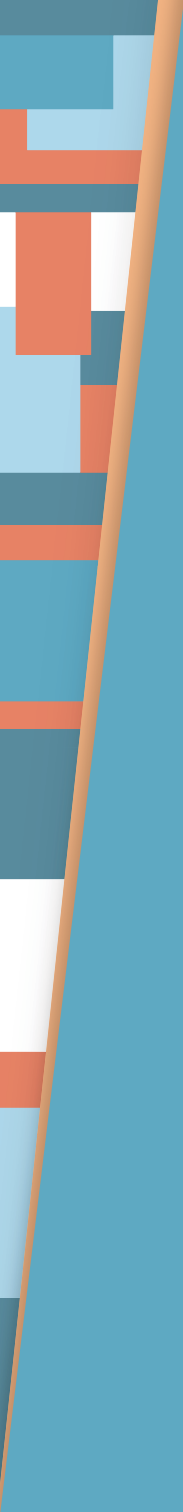
26 – Rede credenciada do SIS: conjunto de instituições contratadas pelo Senado Federal diretamente ou através de instituição conveniada e colocadas à disposição dos beneficiários pelo SIS para a prestação de assistência à saúde, incluindo associações de profissionais da área da saúde, clínicas, laboratórios, hospitais e prontos-socorros.

27 – Representante legal: pessoa maior de idade, nomeada pelo beneficiário titular, por meio de instrumento particular ou instrumento público específico, para representá-lo junto ao SIS.

28 – Ressarcimento: reembolso efetuado pelo SIS ao beneficiário-titular ou a seu representante legal das despesas realizadas pelo beneficiário-titular ou seus beneficiários dependentes sob a modalidade de livre escolha, observados os prazos, os limites e os procedimentos definidos neste Regulamento e nas tabelas adotadas pelo Plano de Assistência à Saúde.

29 – Tratamento continuado: assistência por meio de cuidados permanentes, prestados fora do regime de internação hospitalar por instituições credenciadas ou sob a modalidade de livre escolha.

30 – Urgência médica: ocorrência imprevista de agravo à saúde, que exige atendimento com rapidez, sem, no entanto, representar risco iminente de morte.



SENADO FEDERAL

