

# MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO PRESTADOR

COMERCIAL • REGULAÇÃO TÉCNICA •  
FATURAMENTO • RECURSO DE GLOSA

# 2026

**METRUS**   
INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL





# APRESENTAÇÃO

Prezado Prestador,

Este Manual Operacional tem como objetivo orientar os prestadores credenciados do **Metrus Instituto de Seguridade Social** quanto às regras e rotinas relacionadas aos processos de **autorização, atendimento, faturamento e recursos de glosa**.

As informações aqui descritas são indispensáveis para garantir um atendimento **seguro, ágil e em conformidade contratual** aos beneficiários do Metrus Saúde, bem como para evitar inconsistências no faturamento e possíveis glosas.

Este manual ficará disponível para consulta permanente no **Portal Conecta**. Recomendamos a leitura atenta de todo o conteúdo, pois ele servirá como referência operacional para o dia a dia do prestador.

**Metrus Saúde**



# QUEM SOMOS

O **Metrus – Instituto de Seguridade Social** é uma entidade fechada de previdência complementar, sem fins lucrativos, patrocinada pela Companhia do Metropolitano de São Paulo – Metrô e pelo próprio Metrus.

Além da concessão de benefícios previdenciários complementares, o Instituto promove o bem-estar social de seus participantes e beneficiários, incluindo a gestão de planos assistenciais de saúde.

A governança do Metrus é pautada pela transparência, ética, responsabilidade e gestão paritária, materializando-se em seu Estatuto, Código de Ética e Conduta, políticas institucionais, regulamentos internos e instâncias colegiadas de deliberação e acompanhamento.

# CANAIS DE COMUNICAÇÃO

Para assegurar maior agilidade, rastreabilidade e direcionamento adequado das solicitações, o Metrus Saúde disponibiliza canais de comunicação específicos para cada tipo de demanda. A correta utilização desses canais contribui para a eficiência do atendimento e para o adequado tratamento das informações encaminhadas pelo prestador.

## E-mails

- **Portal Conecta / Conectividade:** [conectividade@metrus.org.br](mailto:conectividade@metrus.org.br)
- **Autorizações:** [autorizacao@metrus.org.br](mailto:autorizacao@metrus.org.br)
- **Faturamento:** [faturamento@metrus.org.br](mailto:faturamento@metrus.org.br)
- **Recurso de Glosa:** [recursoglosa@metrus.org.br](mailto:recursoglosa@metrus.org.br)
- **Quimioterapia:** [quimio@metrus.org.br](mailto:quimio@metrus.org.br)
- **OPME pré:** [opme@metrus.org.br](mailto:opme@metrus.org.br)
- **OPME pós:** [opme.pós@metrus.org.br](mailto:opme.pós@metrus.org.br)
- **Credenciamento:** [credenciamento@metrus.org.br](mailto:credenciamento@metrus.org.br)
- **Home Care:** [homecare@metrus.org.br](mailto:homecare@metrus.org.br)
- **Remoção:** [remocao@metrus.org.br](mailto:remocao@metrus.org.br)

## Telefone

- Central de Relacionamento: **0800 016 05 98**

# SU MÁRIO

1. Planos Metrus	06
2. Coberturas	09
3. Portal Conecta	13
4. Elegibilidade	16
5. Comercial	18
6. Autorização	24
7. Odontológico	38
8. Contigência	41
9. Auditoria de Conta	43
10. Faturamento	47
11. Recurso de Glosa	60



# 1. PLANOS METRUS SAÚDE

# 1. PLANOS METRUS SAÚDE

Para a correta prestação dos serviços assistenciais aos beneficiários do **Metrus Saúde**, o Prestador deverá, obrigatoriamente, conferir as informações constantes no **cartão de identificação do beneficiário(a)**, físico ou digital, antes da realização de qualquer atendimento.



## 1.1. Cartão de Identificação do Beneficiário(a)

O cartão do beneficiário(a) contém informações essenciais para validação do atendimento, tais como:

- Dados pessoais do beneficiário(a);
- Plano contratado;
- Tipo de acomodação;
- Situação de carência.

A apresentação do cartão Metrus deverá ocorrer **sempre acompanhada de documento oficial com foto**.

## 1.2. Planos, acomodações e coberturas

Antes da realização do atendimento, o prestador deverá consultar o contrato vigente para confirmar os planos efetivamente contratados, as acomodações neles previstas e as respectivas coberturas assistenciais aplicáveis, a fim de assegurar a correta prestação do serviço e evitar cobranças indevidas ou glosas.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### 1.3. Procedimentos Obrigatórios do Prestador

O prestador deverá:

- Conferir atentamente os dados do cartão Metrus (físico ou digital);
- Validar a identidade do beneficiário(a) por meio de documento com foto;
- Realizar a **verificação de elegibilidade no Portal Conecta**, confirmando:
  - ▶ Se o plano está ativo;
  - ▶ Se há carência vigente;
  - ▶ Se o plano possui cobertura para o atendimento solicitado.
- Respeitar rigorosamente o **tipo de plano e acomodação contratados**.

### 1.4. Atenção Especial – Plano Odontológico (MSO)



#### Importante:

- ▶ Beneficiários portadores do cartão com a sigla **MSO – Odontológico** somente poderão ser atendidos em **Prestadores credenciados para serviços odontológicos**.
- ▶ Atendimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais realizados fora dessa regra **não possuem cobertura** e estarão sujeitos à **glosa integral**.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 2. COBERTURAS

# 2. COBERTURAS

## 2.1. Cobertura Assistencial

A cobertura contratual dos planos assistenciais do **Metrus Saúde** observa integralmente os preceitos da **Lei nº 9.656/1998**, bem como suas regulamentações vigentes.

Os atendimentos possuem cobertura conforme:

- O **plano contratado pelo beneficiário(a)**;
- O **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, vigente à época do atendimento;
- As **regras contratuais e negociações firmadas com o prestador**.

Os procedimentos de **diagnóstico, terapia** e aqueles classificados como de **alta complexidade**, desde que previstos no Rol de Procedimentos Obrigatórios da ANS e aprovados pelas respectivas sociedades médicas, poderão integrar a cobertura assistencial, mediante:

- Análise técnica;
- Estudo de viabilidade econômica;
- Aprovação do **Comitê de Gestão do Metrus Saúde**, quando aplicável.

## 2.2. Cobertura Odontológica

A cobertura odontológica dos planos do **Metrus Saúde** também atende aos preceitos da **Lei nº 9.656/1998**, às regulamentações da ANS e às legislações específicas aplicáveis à assistência odontológica.

### **Importante:**

- ▶ Apenas os beneficiários dos planos **MSI (Integral – com cobertura odontológica)** e **MSO (Odontológico)** possuem direito à utilização dos serviços odontológicos.
- ▶ Atendimentos odontológicos realizados fora dessas condições **não possuem cobertura contratual**.

### **Toda e qualquer solicitação deve ser submetida ao Portal**

- Toda solicitação de atendimento, exame, procedimento ou tratamento deverá ser **obrigatoriamente submetida ao Portal Conecta** para validação e regulação, em conformidade com as regras de autorização vigentes.
- A realização de procedimentos **sem a devida validação e/ou autorização prévia** poderá resultar em **glosa administrativa, técnica ou contratual**.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### 2.3. Exclusões de cobertura contratual

Os planos do Metrus Saúde **não cobrem** os seguintes procedimentos, tratamentos ou serviços:

- Medicamentos importados não nacionalizados e sem indicação prevista em bula ou manual registrado na ANVISA (uso off label);
- Medicamentos prescritos cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- Fertilização in vitro, inseminação artificial, impotência sexual ou circuncisão ritual;
- Tratamentos, consultas, internações ou procedimentos em clínicas de rejuvenescimento, emagrecimento estético, hidrogenástica, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e/ou climáticas, clínicas para acolhimento de idosos, tratamento de senilidade, academias de ginástica, clubes, associações, SPA ou assemelhados;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, incluindo fornecimento de próteses, órteses e acessórios utilizados para fins estéticos, mesmo que justificados por causa médica;
- Consultas, avaliações, sessões e tratamentos de **Medicina Ortomolecular**;

- Medicina e tratamentos alternativos, holísticos e/ou naturalistas;
- Procedimentos ou tratamentos experimentais, clínicos ou cirúrgicos, qualquer que seja a finalidade;
- Procedimentos médicos declarados antiéticos pelo Conselho Federal de Medicina;
- Compra, aluguel, conserto, manutenção ou substituição de próteses, órteses e acessórios **não ligados ao ato cirúrgico**;
- Serviços prestados por estabelecimentos e hospitais não relacionados ao tratamento médico, assim como medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados;
- Em caso de óbito: necropsia, traslado do corpo e embalsamento;
- Despesas extraordinárias não relacionadas com atendimento médico-hospitalar durante a internação, como: jornais, televisão, telefone, cosméticos, refeições especiais, refeições para acompanhantes (maiores de 18 anos e menores de 60 anos) e frigobar.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa

## 2.4. Materiais e serviços sem cobertura

Confira abaixo a lista atualizada dos itens mais utilizados que **não possuem cobertura contratual**.

- É fundamental que o segurado seja informado previamente sobre o uso e cobrança de materiais não cobertos.
- Confira abaixo a lista atualizada dos itens mais utilizados entre os que não possuem cobertura. É importante que o beneficiário do plano seja avisado previamente e esteja de acordo com o uso e a cobrança do material não coberto. Em caso de dúvidas sobre algum item que não conste na lista, consulta nossa auditoria ou entre em contato com a área de Credenciamento.

### ITENS SEM COBERTURA

Abaixador de língua

Absorvente

Ácidos graxos essenciais (fins de prevenção)

Algodão Sintético

Almofada / Assento de espuma

Apoio anti-equino

Bacia plástica

Bico de mama artificial / bico de silicone

Bolsa térmica (de água quente, gelo ou termogel)

Cálice Graduado Descartável

Chuca / Mamadeira

Chupeta

Cinta abdominal / Faixa Kendal

Cinta torácica

Colete lombar / torácico

Comadre Descartável

Copo de medicação

Copo Medidor / Graduado

#### Cosméticos

Creme de barbear / hidratante / para proteção do mamilo / dental e Kit de higiene bucal, escova dental, esmalte e removedor de esmalte, manteiga de cacau / protetor labial, óleo de Amêndoas, sabonete, shampoo, condicionador, desodorante, talco e esponja de banho, pomadas para prevenção de assaduras; entre outros.

Cuba rim plástica

DVD / Bateria / CD / Pilha

#### Fraldas

Adultos: conforme avaliação técnica ex: pacientes acamados, limite de 6/dia

Crianças: Até 3 anos, limite 6/dia

Lenços de papel / lenços umedecidos

Ligações telefônicas, internet, TV, frigobar, lavanderia, cabelereiro, manicure, serviços de bar e lanchonete

Manopla Descartável

Meias elásticas / Meias anti-embolismo

Óculos de proteção

#### Órtese e prótese não ligados ao ato cirúrgico

Colar cervical sintético, imobilizadores descartáveis sintéticos de membro de qualquer tipo, prótese auditiva

externa, prótese de membros, prótese dentária, tipoia sintética, entre outros.

Papagaio Descartável

Porta dentaduras e Porta Lentes

Protetor de Banheira

Protetor de mamas e concha

Roupa Íntima

Saco plástico de Centro Cirúrgico

Sacos de lixo

Saneantes

Suspensório escrotal, cueca tensora ou bermuda proctologica

Termômetro

Tesoura descartável e pinça para curativo

Triângulo de Abdução e forração Ortopédica

#### Vacinas

Exceto anti-Rh e as do calendário oficial de vacinação.

Válvula Fonatória

Caixa para pérfuro-cortante

Meias de compressão

RDCARE sabonete hidratante

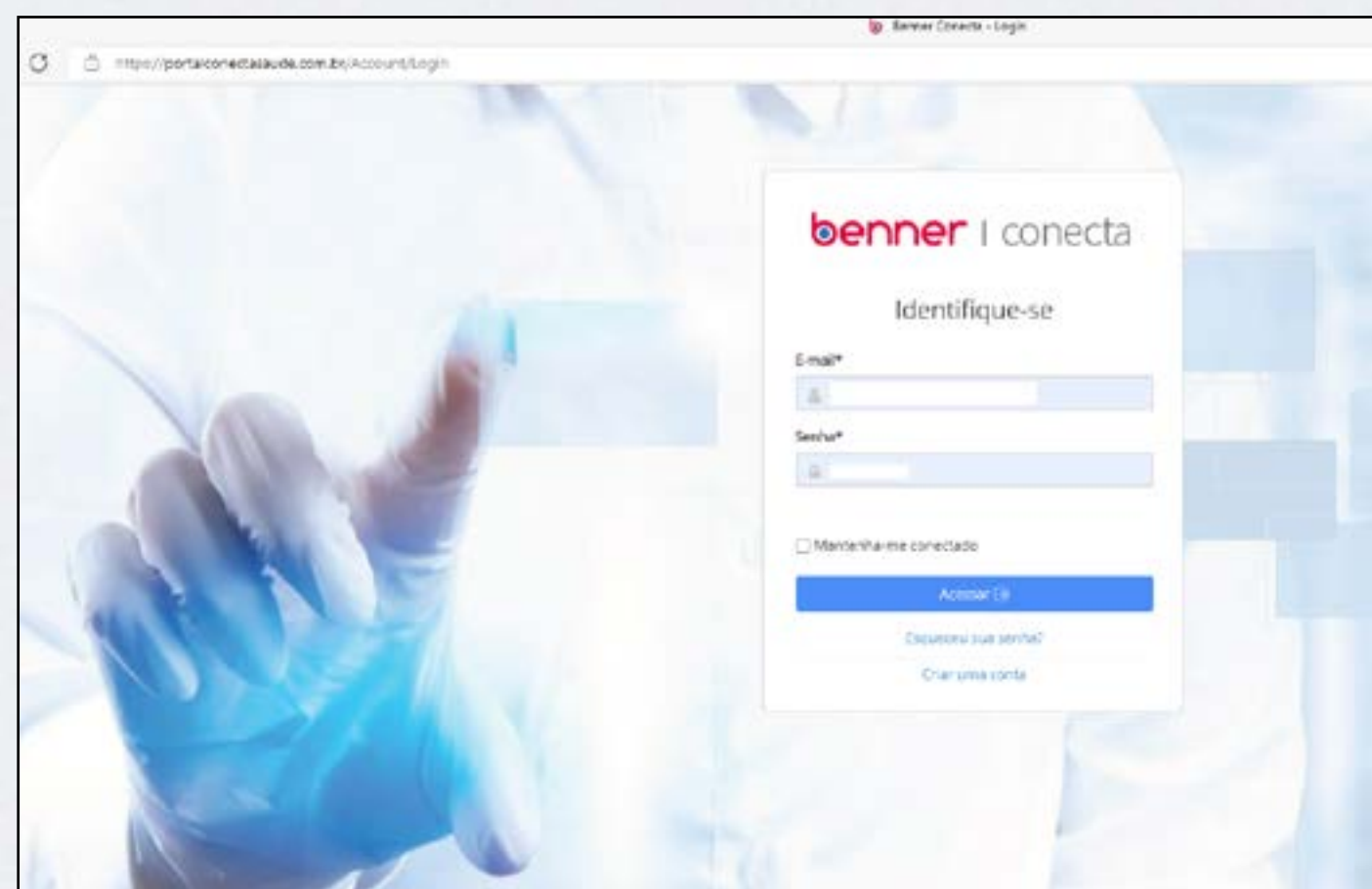




### 3. PORTAL CONECTA

# 3. PORTAL CONECTA

Neste capítulo é apresentado o **Portal Conecta**, a ferramenta de conectividade entre o prestador e o **Metrus Saúde**.



## 3.2. Serviço Webservice

Para prestadores que utilizam serviço via **WeBservice**, é um **serviço de integração online** que permite que prestadores de serviços de saúde **enviem e recebam informações eletrônicas** diretamente para o sistema da operadora, sem a necessidade de acesso manual pelo Portal Conecta.

Ele é utilizado principalmente para:

- **Envio e recebimento de solicitação de autorização guias TISS** (Consulta, SADT, Internação, Odontológico).
- **Faturamento eletrônico via XML**; XML deve ser enviado através do Conecta, pois as regras de validação do Metrus estão no Portal – não liberamos o serviço de envio de faturamento – para evitar protocolos fora da data de envio, ou sem validações de críticas.

**Padrão TISS** Versões TISS 4.01.00 e 4.02.00: Quando houver atualização, o Portal disponibiliza sempre a última versão anterior e a atual.

### ⚠ Acesso

- Após o credenciamento, o prestador receberá o link de acesso ao Portal para criação de seu login. Esse acesso poderá ser utilizado por todas as áreas. Havendo necessidade de perfis específicos por área ou por usuário, a criação deverá ser realizada conforme as orientações do manual Benner de criação de secretária, disponível em Prestador > Documentação > Operadora.

Acesso pelo link: <https://portalconectasaude.com.br>

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa

## 3.1. Portal

O **Portal Conecta** é a ferramenta de conectividade entre o prestador e a operadora **Metrus Saúde**, utilizada para:

- Elegibilidade de beneficiários
- Autorizações
- Faturamento
- Recurso de Glosa





## Principais Menus e Funcionalidades

### Menu Operadora

- FAQ: Perguntas frequentes para auxiliar no dia a dia.

### Menu Beneficiário

- Consultar elegibilidade: verificar se o beneficiário(a) está apto para atendimento.

### Menu Autorização

- Solicitar e acompanhar autorizações de procedimentos e exames.

### Menu Faturamento

- Enviar e acompanhar faturamento.
- Registrar recursos de glosa.
- Consultar demonstrativos de análise de conta e pagamento.

### Menu ADM Operadora

- Acessar documentos oficiais e comunicados.
- Consultar cronograma de pagamentos.
- Ver lista de motivos de glosas.
- Acessar manuais dos processos principais.

## Notificações

- Receba atualizações, comunicados e notícias importantes.
- Mantém o prestador sempre informado sobre mudanças e processos do Metrus Saúde.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

**3. Portal Conecta**

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa





# 4. ELEGIBILIDADE

# 4. ELEGIBILIDADE

Neste capítulo, serão apresentadas as orientações para confirmação da aptidão do beneficiário(a) ao atendimento.

## 4.1. Verificação da Elegibilidade

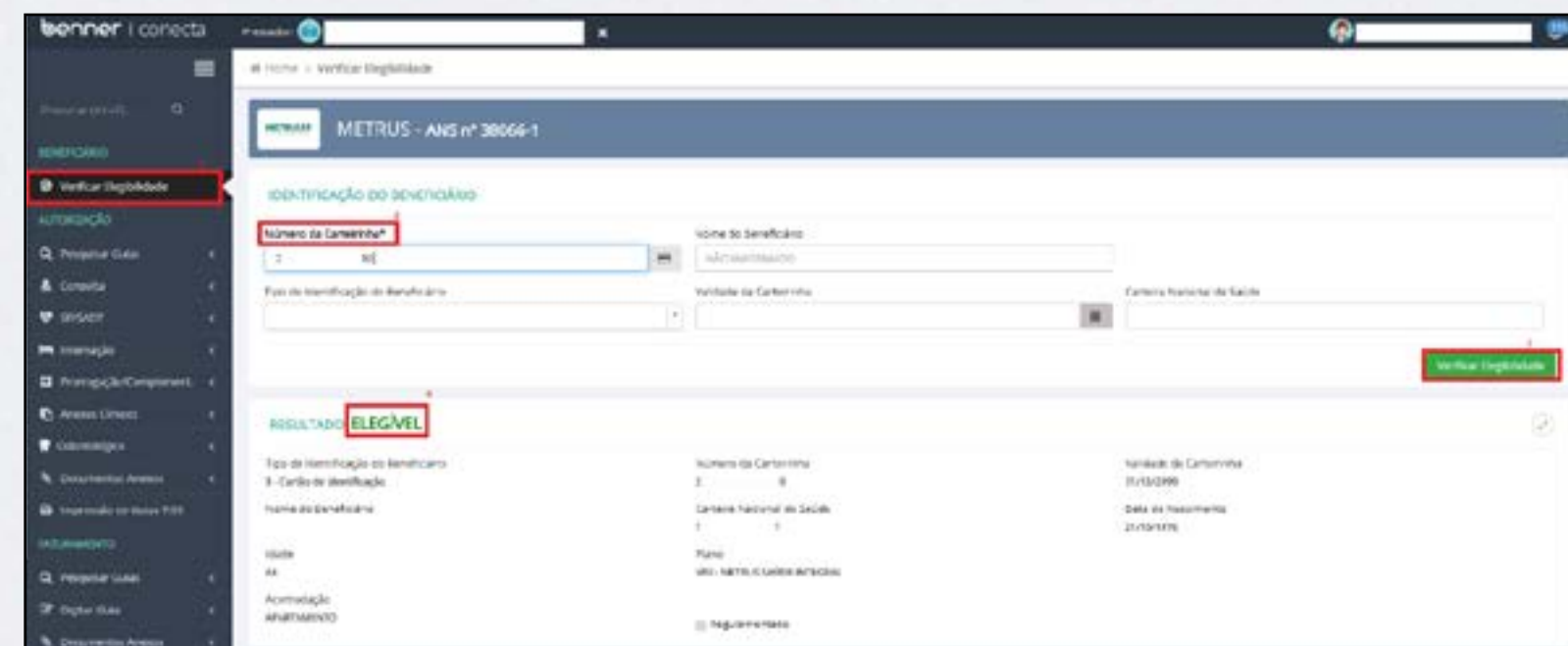
A elegibilidade tem validade apenas para a data da pesquisa. Dessa forma, a pesquisa deve ocorrer no ato do atendimento.

- A conferência deve ser realizada **através do Portal Conecta**.
- informe a **numeração do cartão do beneficiário(a)**.
- **Responsabilidade:** a conferência das informações é **exclusiva do prestador**.

### Possíveis Resultados

#### a. Elegível

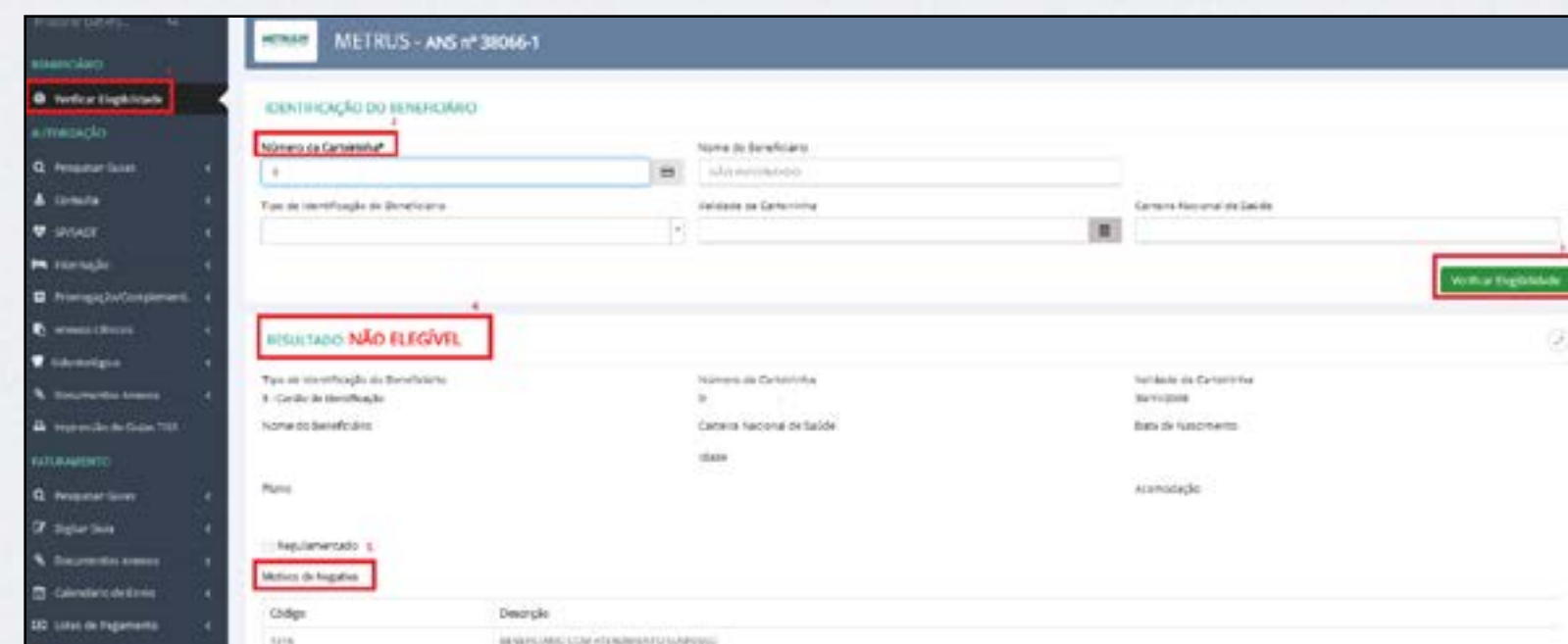
- O beneficiário(a) não possui carência.
- O prestador pode realizar o atendimento.



#### b. Não Elegível

Motivos comuns:

- Plano suspenso ou excluído;
- Carência não cumprida;
- Ou qualquer outro motivo será exibido no Portal.



### Fique Atento

- Sempre confirme: **plano, acomodação e carência**.
- **Elegibilidade não substitui a autorização**.
- A falta de **autorização prévia** pode gerar: **Glosa** por atendimento fora da cobertura contratual.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa





# 5. COMERCIAL

# 5. COMERCIAL

Neste capítulo, serão abordadas a relevância do conhecimento do contrato firmado entre as partes e a necessidade de manutenção permanente da atualização cadastral.

Após o credenciamento, o prestador de serviços deverá manter seu cadastro atualizado.

A permanência na rede está condicionada ao cumprimento contínuo das exigências legais, contratuais e operacionais estabelecidas neste Manual e no Contrato firmado entre as partes.

## 5.1. Atualização de dados e relação contratual

A manutenção dos dados cadastrais atualizados é essencial para o adequado relacionamento com o Metrus Saúde e para a prevenção de inconsistências nos pagamentos. Qualquer alteração deverá ser comunicada imediatamente ao Metrus.

Deverá ser encaminhada, anualmente, toda a documentação obrigatória para renovação, em conformidade com a legislação vigente. Mantenha o Metrus informado sobre alterações de endereço, telefone, serviços prestados e especialidades.

- Certifique-se, permanentemente, quanto ao sigilo das informações de cunho assistencial dos atendimentos realizados aos beneficiários, e, especialmente, das negociações realizadas diretamente com o Metrus;
- Atenda os beneficiários de acordo com o plano/rede contratado por eles, sem cobrança de taxas, bonificação, caução, vantagem ou qualquer outra prática, **orientando-os corretamente e incentivando-os a procurar o Metrus para o esclarecimento de dúvidas;**

Nos casos em que houver manifestação desfavorável à manutenção do contrato, poderão ser considerados o cumprimento da legislação vigente, os interesses estratégicos da Operadora e a relevância do prestador na composição da rede assistencial.

Nessas hipóteses, a substituição poderá ser realizada por prestadores com capacidade operacional equivalente e qualificação igual ou superior, situados em município limítrofe ou na mesma região de saúde.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

**5. Comercial**

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



Para a correta identificação e para garantir agilidade no relacionamento com os Prestadores, tanto por parte do Metrus quanto dos beneficiários, **quaisquer alterações de dados cadastrais devem ser comunicadas obrigatoriamente ao Metrus de forma imediata**. Consideram-se alterações cadastrais, entre outras:

- Alteração de razão social ou nome fantasia;
- Alteração do quadro societário;
- Alteração de dados bancários (Encaminhar comprovante contendo os dados vinculados ao CNPJ);
- Alteração de telefones para contato;
- Alteração de endereço (Encaminhar documentação comprobatória atualizada);• Atualização de alvarás e licenças obrigatórios, necessários para a prestação dos serviços, tais como: Vigilância Sanitária, Alvará de Funcionamento e Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) etc;
- Alteração de responsável técnico (Encaminhar certidão de registro ou regularidade junto ao respectivo conselho profissional (CRM, CREFITO, CRO, CRP, entre outros, conforme a atividade exercida);
- Atualização do cadastro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde);

Outros documentos que se façam necessários ou forem solicitados pela Operadora.

#### Envio de atualização:

- Todas as alterações devem ser enviadas para:  
**credenciamento@metrus.com.br**
- Alterações que impactem diretamente o contrato (ex.: endereço de faturamento, número de registro etc.) devem ser enviadas **com a documentação necessária e o aditivo contratual**.

#### Importante:

- Metrus Saúde **não se responsabiliza por inadimplência** decorrente de informações desatualizadas.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

**5. Comercial**

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 5.2. Regras estabelecidas em contrato

Os contratos firmados entre o Metrus Saúde e o Prestador possuem vigência definida e podem conter aditivos contratuais. É fundamental acompanhar essas atualizações para que os atendimentos, autorizações e faturamentos sejam realizados dentro das regras contratuais vigentes.

### Importante:

- ▶ É vedado ao Prestador efetuar qualquer cobrança diretamente aos beneficiários, exceto em casos de não cobertura contratual e ciência expressa do beneficiário(a).
- ▶ Nesses casos, os serviços devem ser expressamente autorizados pelo beneficiário (a), com valores aceitos antes do início do atendimento, detalhando os eventos e garantindo ciência e consentimento do paciente.
- ▶ É responsabilidade do Prestador exigir a assinatura do beneficiário(a) na Guia TISS e informar corretamente a data de execução de cada procedimento. Bem como colher assinatura do médico executante/Prestador de acordo com o tipo de guia TISS.
- ▶ É vedado ao Prestador colher assinatura prévia do beneficiário(a) para evento/procedimento futuro.
- ▶ O pagamento pelos serviços prestados será fundamentado na tabela acordada entre as Partes.
- ▶ Somente poderão ser realizados e faturados os eventos expressamente previstos em contrato.
- ▶ Eventos fora da especialidade contratada serão glosados.
- ▶ A autorização prévia não garante pagamento automático.

## 5.3. Como compreender e interpretar os pontos mais importantes da negociação contratual

### 5.3.1. Tabelas de precificação

É fundamental conhecer quais são as tabelas vigentes/negociadas, pois o pagamento dos eventos será realizado conforme a tabela vigente.

### 5.3.2. Tabelas médicas e de procedimentos

- TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar)
- PACOTES
- TNUMM (tabela exclusiva Unimed)

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### 5.3.3. Referenciais de preço

- AMB/92 BASE (AMB – Associação Médica Brasileira)
- AMB/96 SUB (AMB – Associação Médica Brasileira)
- AMB/99 SUB (AMB – Associação Médica Brasileira)
- CBHPM 5ª EDIÇÃO (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) verificar a edição e versão negociada
- Brasindice PMC – Preço máximo consumidor
- Brasindice PFB – Preço fábrica
- Brasindice restrito hospitalar
- Brasindice descontinuados- encerrou a publicação, não há mais atualizações
- Dietas enterais e parenterais
- Revista Simpro – referencial de preço para materiais
- Revista Brasindice – referencial de preço para medicamentos, portanto é necessário verificar qual Brasindice faz parte do seu contrato
- Procedimentos de valor fixo negociado

#### Importante:

- Não há contrato para **Simpro medicamento** e **Brasindice material**.

### 5.3.4. Tabelas TUSS

A TUSS, sigla para Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, é uma tabela criada que padroniza a nomenclatura e os códigos de todos os procedimentos, consultas, exames, terapias, materiais e medicamentos no setor privado de saúde.

A tabela TUSS é dividida em quatro grandes grupos:

- ▶ **Procedimentos médicos**
  - ▶ **Medicamentos e materiais**
  - ▶ **Materiais especiais**
  - ▶ **Taxas e diárias**
- **Tabela 22** – Procedimentos e eventos em saúde (medicina, odontologia e demais áreas)
  - **Tabela 18** – Taxas hospitalares, diárias e gases medicinais
  - **Tabela 19** – Materiais (usar apenas para OPMEs – órteses, próteses e materiais especiais). Materiais comuns devem usar a codificação TISS (Simpro). Quando não houver TISS, utilizar TUSS. **Atenção: envio incorreto impacta na valoração do item, incluindo regras de embalagem, quantidade e unidade.**

Ao utilizar código **TISS Simpro**, deve ser enviado **tabela 00**, e o código de despesa **3 materiais**.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

**5. Comercial**

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



- **Tabela 20** – Medicamentos. Avaliar qual tabela Brasindice está presente na negociação. Seguir corretamente unidades de medida. Ao utilizar código TISS Brasindice, deve ser enviado tabela 00, e o código de despesa 2 medicamento.
- **Tabelas TISS:** TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) é o padrão de troca de informações (estrutura, guias, arquivos) **envio das guias médicas**, como consultas, exames, internações ou terapias, entre prestadores de serviço e operadoras de saúde. Ele define o formato, os campos obrigatórios e a forma de comunicação digital.
- **Os pacotes deverão ser enviados na tabela 00.** Esse processo encontra-se em atualização para viabilizar o envio pela tabela 98. Quando a alteração entrar em vigor, os prestadores serão previamente comunicados.

### 5.3.5. Prazos

- Os prazos para envio de autorizações, faturamento e recebimento de pagamentos devem seguir o que foi definido em contrato.
- É responsabilidade do Prestador cumprir os prazos de envio de documentação e faturamento para evitar glosas ou atrasos nos pagamentos.
- Sempre consulte o contrato vigente ou o Portal Conecta para

informações detalhadas sobre prazos específicos para cada tipo de procedimento ou serviço.

- Os prazos para autorização observarão a legislação vigente, assim como os prazos para encaminhamento de documentos adicionais solicitados. O contrato estabelece prazos para faturamento e cronograma.
- A negociação comercial deverá ocorrer previamente à realização do evento.

### Descredenciamento por iniciativa do Prestador

- A solicitação de descredenciamento deverá observar as condições previstas em contrato, inclusive quanto ao prazo mínimo de aviso prévio (ex.: 60 dias).
- Deverá ser assegurada a continuidade do atendimento aos pacientes já em acompanhamento.
- Também deverá ser providenciada a quitação de eventuais pendências administrativas.

### Descredenciamento por iniciativa do Metrus

- Descumprimento das obrigações contratuais pelo prestador.
- Não atualização de documentos que comprometa ou prejudique a adequada prestação dos serviços.
- Índice elevado de glosas técnicas.
- Prática de conduta antiética.
- Irregularidade sanitária.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa





## 6. AUTORIZAÇÃO

# 6. AUTORIZAÇÃO

Neste capítulo, você conhecerá as rotinas e regras que orientam a regulação dos atendimentos aos beneficiários, garantindo mais agilidade e segurança ao processo.

## 6.1. Regras gerais de Autorização

- **Obrigatoriedade de solicitar autorização pela ferramenta de conectividade**

Todo procedimento deve ser submetido ao Portal Conecta, para que o evento/procedimento passe pelo processo da regulação, elegibilidade e regras cadastrais e contratuais.

- **Utilização do padrão TISS (Troca de Informação de Saúde Suplementar)**

As solicitações de autorização devem ser realizadas por meio das **guias TISS correspondentes**, devidamente preenchidas, com informações completas e corretas.

- **Código TUSS (Troca de Informação em Saúde Suplementar)**

O uso correto do **código TUSS** do procedimento, conforme prescrição médica.

- **Prazos de resposta da operadora**

A operadora deverá analisar e responder às solicitações de autorização dentro dos prazos definidos pela ANS, conforme o tipo de procedimento e o caráter do atendimento.

- **Negativa de autorização**

A autorização poderá ser negada quando o procedimento solicitado não estiver previsto na cobertura do plano, não atender aos critérios técnicos estabelecidos ou estiver em desacordo com as normas contratuais e regulatórias vigentes.

- **Urgência e emergência**

Nos casos de internação cirúrgica de urgência ou emergência, o atendimento não pode depender de autorização prévia. Nessa situação, a conta será analisada posteriormente, com envio da documentação pós-cirúrgica no momento da solicitação de prorrogação e/ou alta.

### Importante:

- Quando o atendimento ocorrer fora do horário comercial, em finais de semana ou feriados, **a solicitação deverá ser realizada no próximo dia útil.**

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



- **Reanálise e complementação**

Caso a documentação esteja incompleta, a Operadora poderá solicitar complementação, suspendendo o prazo de análise até o recebimento das informações solicitadas.

- **Responsabilidade do solicitante**

É de responsabilidade do prestador e/ou do médico solicitante:

- ▶ Garantir a veracidade das informações;
- ▶ Assegurar a completude da documentação;
- ▶ Enviar a solicitação dentro dos prazos estabelecidos.

- **Documentação clínica:** As solicitações devem ser acompanhadas de:

- ▶ Pedido médico;
- ▶ Relatório médico detalhado (quando aplicável).

- **Diretriz de Utilização (DUT):** Quando o procedimento possuir DUT, deverão ser enviados exclusivamente os documentos previstos nos critérios da diretriz, sendo obrigatória a comprovação do seu cumprimento.

- **Procedimentos de Alta Complexidade (PAC):** é necessário apresentar ao Metrus a solicitação médica e, em alguns casos, relatórios médicos detalhados e exames que comprovem a necessidade do procedimento.

## 6.2. Exames / Procedimentos

Ao solicitar autorização de procedimentos, o prestador deve observar:

- **Pacotes negociados:** verificar se o procedimento faz parte de algum pacote previamente negociado e utilizar a codificação correta correspondente.
- **Cobertura contratual:** certificar-se de que o item a ser solicitado está incluído na negociação vigente entre o prestador e o Metrus.
- **Evento ou procedimento:** a solicitação deve seguir rigorosamente a prescrição médica, sem alterações, acréscimos ou exclusões de procedimentos. É fundamental respeitar a quantidade, codificação correta e demais especificações indicadas pelo profissional responsável.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 6.3. Materiais

A solicitação de materiais deve seguir as regras vigentes de codificação TUSS.

### Materiais comuns

- Não necessitam de autorização prévia.

**Materiais OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) ligados à cirurgia** (ex.: equipo para artroscopia, cânulas, lâminas de Shaver):

- Necessitam de autorização prévia, independentemente do valor.

**É obrigatório o envio de toda documentação necessária para análise técnica:**

- Pedido médico e Relatório;
- Exames e/ou laudos comprobatórios;
- Havendo a necessidade de solicitação de procedimentos que envolvam o uso de órteses, próteses, síntese e materiais especiais (OPSME), o PRESTADOR observará rigorosamente os termos da Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM nº 1.956/2010 e a resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, sendo imprescindível que conste, na solicitação dos procedimentos

cirúrgicos, de terapias medicamentosas ou outras, a justificativa clínica da sua indicação e enviar a cotação com no mínimo marcas de produtos de fabricantes diferentes regularizadas junto à ANVISA que atendam às características específicas necessárias à execução do procedimento.

**Parágrafo Único:** Em conformidade a Lei 9556/1998, alterada pela 14.454/2022 e Resolução Normativa ANS 424/2017 e Resolução CFM 2.318/2022, o pedido médico deverá constar a indicação de pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes.

**É vedado ao profissional solicitante exigir fornecedor ou marca exclusiva.**

### Importante:

- ▶ É proibido a segmentação de pedidos, o prestador deverá enviar todos os OPMEs pertinentes a cirurgia de uma única vez, pois não é possível complementar a guia.
- ▶ Caso haja ausência de evento ou de OPME no preenchimento da guia, ela deverá ser cancelada e uma nova solicitação deverá ser realizada com as informações completas.

Enviar a codificação correta do material.

- **Materiais especiais de apoio à cirurgia e beira-leito** (ex.: dialisadores, kits cirúrgicos, sensor BIS, PICC):
- Não necessitam de autorização prévia.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 6.4. Medicamentos

A solicitação de medicamentos deverá seguir as regras vigentes de codificação TUSS.

Deverá ser verificado se o contrato prevê a necessidade de autorização prévia.

- **Medicamentos comuns:** seguir regras contratuais;
- **Medicamento Alto Custo:** Necessitam de autorização prévia, independentemente do valor.
- **Medicamentos abaixo:** Necessitam de autorização prévia, independentemente do valor.
- Quimioterápicos/antineoplásicos e adjuvantes.
- Immunobiológicos.
- Medicamentos que atuam no sangue e sistema hematopoiético.
- Medicamentos constantes na DUT ou de alto custo.
- Medicamentos injetáveis de baixo custo que a aplicação se dá via ambulatorial.

## 6.5. Quimioterápicos

**Toda solicitação de tratamento quimioterápico exige o envio do formulário padrão (Anexo TISS Quimioterapia), sendo indispensável o preenchimento das seguintes informações:**

- Superfície corpórea;
- Medicamentos a serem utilizados;
- Dose, via de administração e intervalo;
- Número de ciclos e datas previstas.

Exames comprobatórios, conforme a DUT:

- Anatomopatológico / biópsia;
- Imuno-histoquímica (quando exigida);
- Exames de imagem e laboratoriais pertinentes.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



Ao solicitar autorização para tratamento quimioterápico, é importante preencher corretamente o ANEXO TISS QUIMIOTERAPIA.

A medicação deve ser registrada de acordo com a data de administração, incluindo a quantidade a ser aplicada.

**Exemplo:** A mesma medicação será aplicada em duas datas diferentes, essa é a forma correta para solicitação.

**Observação:** O Anexo TISS Quimioterapia também é utilizado para a solicitação de hormonioterapia antineoplásica, imunoterapia e terapias-alvo, quando enquadradas como quimioterapia no Rol.

## 6.6. Radioterapia

**Toda solicitação de tratamento radioterápico exige o envio do formulário padrão (Anexo TISS Radioterapia), sendo indispensável o registro das seguintes informações:**

- Planejamento de radioterapia
- Sessões de radioterapia
- Técnica utilizada (simulação, IMRT, VMAT etc.)

**Exames comprobatórios, conforme a DUT:**

- Anatomopatológico / biópsia.
- Exames de imagem (TC, RM, PET-CT, conforme o caso).

### 6.6.1. Diárias, Taxas e Honorários

- **Diárias:** Necessitam de autorização prévia.
- **Taxas hospitalares:** não requerem autorização prévia e são analisadas na auditoria de contas do Metrus.
- **Honorários médicos:** Necessitam de autorização prévia.

### 6.6.2. Pacotes e Tabelas Específicas

- **Pacotes:** solicitar via Portal Conecta.
- **TNUNN (tabela específica Unimed):** prestadores Metrus não devem utilizar.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 6.7. Troca de Acomodação

A troca de acomodação poderá ocorrer desde que solicitada pelo beneficiário(a) e haja disponibilidade de leito por parte do prestador.

### 6.7.1. Regras para troca de acomodação (só permitida para o plano MSB)

A troca de acomodação de enfermaria para apartamento somente poderá ser realizada mediante análise e autorização prévia do Metrus.

- Essa opção é exclusiva para beneficiários cujo plano prevê acomodação em enfermaria, mediante solicitação expressa do beneficiário(a).
- A troca de acomodação não implica, automaticamente, alteração da cobertura contratual, estando sujeita às regras vigentes do Metrus.

### Procedimento para solicitação

- A solicitação de troca de acomodação deverá ser realizada por meio de pedido de autorização no Portal Conecta.
- É obrigatória a apresentação de carta de próprio punho do beneficiário(a), manifestando o desejo de troca de acomodação.
- A carta deverá ser anexada à solicitação de internação e encaminhada exclusivamente pelo Portal Conecta para análise da Operadora.

### Modelo de carta

São Paulo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ao

Metrus Instituto de Seguridade Social

Eu, \_\_\_\_\_,

CPF nº \_\_\_\_\_, beneficiário(a) do plano de saúde, venho por meio desta solicitar a troca de acomodação de Enfermaria para Apartamento, ciente de que a solicitação está sujeita à cobrança da coparticipação adicional conforme previsto no Regulamento do Plano.

Declaro estar de acordo com as regras estabelecidas pela operadora para a referida troca de acomodação.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Assinatura do beneficiário(a) / responsável

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### Importante:

- A troca de acomodação poderá ser efetivada somente após autorização formal da operadora.
- A realização da troca sem autorização prévia poderá resultar em glosa ou cobrança particular ao beneficiário(a), conforme contrato.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 6.8. Cancelamento de Senha

A **senha de autorização** deverá ser **cancelada pelo prestador** sempre que houver necessidade de correção ou ajuste na solicitação.

Não é permitido gerar uma nova senha para correção sem o prévio cancelamento da senha anterior.

O não cumprimento desta orientação poderá resultar em inconsistências no sistema, indeferimento da solicitação ou glosa no faturamento.

## 6.9. Validade da Senha

A autorização possui prazo de validade de acordo com o tipo de guia:

- SP/SADT 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de emissão da senha.
- INTERNAÇÃO 30 (trinta) dias contados a partir da data de emissão da senha.

Após esse período, a guia **perderá sua validade, sendo necessária nova solicitação de autorização, conforme as regras da Operadora.**

### 6.9.1. Revalidação da Senha

Quando a autorização ainda estiver **dentro do prazo de validade de 30 (trinta) dias**, será possível realizar a **revalidação da senha**, mediante solicitação encaminhada para o e-mail:

**autorizacao@metrus.org.br**

Nesse processo, **nenhuma informação da guia será alterada**, sendo realizada apenas a **prorrogação do prazo de validade da autorização.**

## 6.10. Autorização Posterior à Data do Atendimento

A autorização posterior à data do atendimento será aceita somente em casos de urgência e emergência ou de instabilidade do sistema, desde que devidamente comprovados.

Nessas situações, o prestador deverá **submeter a solicitação de autorização no Portal Conecta no prazo de 48h**, anexando toda a **documentação comprobatória**, tais como:

- Relatório médico detalhado;
- Pedido médico;
- Registros assistenciais pertinentes.

A autorização posterior **não se aplica a atendimentos eletivos**. A ausência de justificativa ou de documentação adequada poderá resultar em **indeferimento da solicitação ou glosa no faturamento.**

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 6.10. Remoção

Remoção é o transporte do beneficiário(a) entre unidades de saúde (ex.: hospital → hospital, hospital → clínica), com finalidade assistencial, quando há necessidade clínica.

### 6.10.1. Remoção dentro da rede credenciada

O hospital deverá encaminhar relatório médico atualizado, contendo, obrigatoriamente:

- Quadro clínico do paciente;
- Tipo de vaga necessária;
- Telefones de contato do hospital;
- Telefones de contato da família ou responsável legal.

### 6.10.2. Hospital público para rede credenciada dentro da área de ação

O hospital deverá encaminhar relatório médico atualizado, contendo, obrigatoriamente:

- Quadro clínico do paciente;
- Tipo de vaga necessária;
- Telefones de contato do hospital;
- Telefones de contato da família ou responsável legal.

### Importante:

- ▶ As remoções decorrentes de manutenção de equipamentos, eventuais transtornos operacionais ou indisponibilidade de equipe técnica para a realização dos serviços contratados pelo Metrus serão de responsabilidade exclusiva do PRESTADOR.

## 6.11. Solicitação de Autorização

Toda solicitação de atendimento deve ser **submetida obrigatoriamente pelo Portal Conecta**, garantindo que o evento seja corretamente regulado. **Atentar-se aos prazos para submeter solicitação no Portal Conecta.**

Como solicitar a autorização:

1. **Acesse o Portal Conecta** com seu login e senha.
2. **Selecione o menu “Autorização”.**
3. Escolha o tipo de atendimento:
  - ▶ **Eletivo** – procedimentos que requerem planejamento/agendamento e autorização prévia.
  - ▶ **Urgência/Emergência** – casos que exigem atendimento imediato, conforme Lei nº 9.656/98:
  - ▶ **Emergência** – risco imediato de morte ou lesão irreparável.
  - ▶ **Urgência** – acidente pessoal ou complicações na gravidez.
4. **Preencha todos os dados obrigatórios** – informações do beneficiário(a), procedimento, data e local de atendimento.
5. **Acompanhe o status da autorização** pelo Portal.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

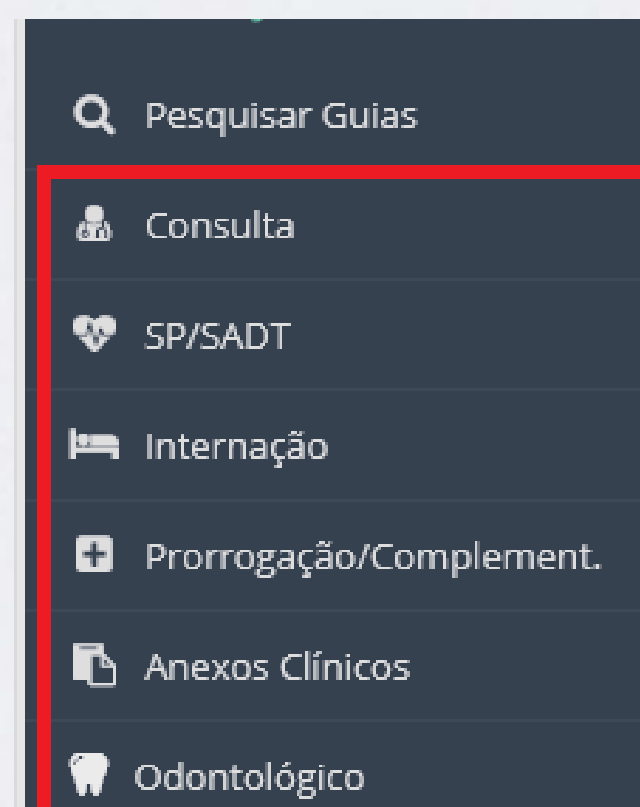
10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### Importante:

- ▶ A solicitação de elegibilidade **não substitui a autorização**. Deve ser realizada a elegibilidade no dia do atendimento.
- ▶ Procedimentos realizados sem autorização prévia podem resultar em **glosas administrativas, técnicas ou contratuais**.



Todos os atendimentos devem ser submetidos ao Portal previamente.

- **Consulta - Guia TISS de Consulta** - deve ser utilizada apenas para consulta ambulatorial em consultório.
- **Guia TISS SP / SADT** - utilizada para a solicitação, autorização e faturamento de Serviços Profissionais (SP) e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), incluindo exames, procedimentos e terapias.

Solicite autorização com antecedência, uma vez que **todo atendimento ambulatorial deve ser previamente autorizado**.

Nos exames e procedimentos simples, a regulação técnica é eletrônica. O sistema emitirá automaticamente a autorização, se os dados cadastrais do prestador e do beneficiário(a) estiverem corretos.

**Anexos clínicos:** são documentos que complementam a guia TISS de OPME, Radioterapia e Quimioterapia. Ao encaminhar a solicitação, toda a documentação necessária para análise deverá ser enviada.

Quando utilizar:

#### 6.11.1.2. OPME

- Utilize sempre que houver solicitação ou utilização de OPME;
- Utilize para a inclusão de materiais em pós (prorrogação).

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. **Autorização**

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa

## 6.11.1. Por tipo de guia TISS e tipo de atendimento

### 6.11.1.1. Atendimento Ambulatorial

O atendimento ambulatorial corresponde a procedimentos, terapias e consultas realizados sem necessidade de internação hospitalar. Inclui consultas, exames, terapias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos ambulatoriais de média/alta complexidade.



### 6.11.1.3. Quimioterapia

Sempre que houver **solicitação de sessões de quimioterapia**, especialmente quando:

- O procedimento precisar de **autorização prévia**;
- O procedimento exigir **justificativa clínica detalhada**;
- O paciente estiver em regime **ambulatorial ou em internação**.

### 6.11.1.4. Radioterapia

- Para **solicitação inicial ou continuidade de tratamento**;
- Para procedimentos que necessitem de **planejamento ou simulação** antes da execução.

### 6.11.1.5. Odontológico

O documento padrão é utilizado para solicitação e autorização.

Quando utilizar:

- Em consultas odontológicas;
- Para procedimentos clínicos e tratamentos (restaurações, extrações, periodontia, endodontia, próteses etc.).

#### Importante:

- Verificar as regras descritas neste manual para solicitação de autorização.

### 6.11.1.6. Atendimento Hospitalar

O atendimento hospitalar corresponde a procedimentos, cirurgias e internações que exigem permanência do paciente em unidade hospitalar, incluindo internações clínicas, cirúrgicas, terapias complexas e procedimentos de alta complexidade.

Todas as **internações eletivas** devem ser solicitadas **previamente**.

#### 6.11.1.6.1. Guia de solicitação de Internação

- a) Guia De Internação:** A Guia de Solicitação de Internação é o documento padrão utilizado para solicitar autorização das cirurgias eletivas.
- **Internação cirúrgica:** é necessário o envio da documentação obrigatória para análise do procedimento e dos OPMEs.
  - **Internação psiquiátrica:** é necessário o envio da documentação para análise.

O agendamento deve respeitar o prazo mínimo para autorização.

#### Importante:

- O código da diária deve ser lançado em toda solicitação de internação.



**b) Hospital Dia:** é um regime hospitalar em que o paciente **permanece internado por um período inferior a 24 horas**, sem pernoite, geralmente para **procedimentos cirúrgicos, terapias ou exames que exigem monitoramento médico**, mas que **não requerem internação convencional**.

- **Internação cirúrgica:** É necessário o envio da documentação obrigatória para análise do procedimento e dos OPMEs.
- **Internação psiquiátrica:** é necessário o envio da documentação para análise.

O agendamento deve respeitar o prazo mínimo para autorização.

**c) Guia Prorrogação/Complemento:** utilizada quando há necessidade de permanência do paciente além do período inicialmente autorizado ou em caso de alteração do procedimento, com a inclusão de OPME ou de procedimentos adicionais, como:

- Prorrogação de diárias, deve ser submetida ao Portal em até 48 horas, antes do término das diárias já autorizadas;
- Exames e procedimentos de Alta complexidade e DUT deve ser submetido ao Portal previamente;
- OPME pós cirúrgico deve ser submetido ao Portal em até 48 horas pós realização;
- Cirurgias devem ser submetido ao Portal previamente.

**d) Anexos Clínicos:** correspondem aos documentos complementares às guias TISS (OPME, Radioterapia e quimioterapia). No envio da solicitação, deve ser encaminhada toda a documentação necessária e pertinente para análise.



#### **Importante:**

- ▶ A partir da alta médica formalmente registrada pelo médico assistente, ficarão automaticamente suspensas as prorrogações de internação, não sendo devida, pela Operadora, a cobertura nem o pagamento de despesas, diárias, taxas, materiais, medicamentos ou quaisquer outros valores relativos à permanência do paciente após essa data, salvo se houver nova indicação clínica devidamente justificada e expressamente autorizada.

**Quando utilizar: os Anexos TISS abaixo, vinculados à guia de internação.**

#### **6.11.1.7. OPME**

- Sempre que houver solicitação ou utilização de OPME;
- Inclusão de materiais em pós (prorrogação).

#### **6.11.1.8. Quimioterapia**

- Sempre que houver solicitação de sessões de quimioterapia, especialmente quando:
- O procedimento precisar de autorização prévia;
- Exigir justificativa clínica detalhada.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

**6. Autorização**

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### 6.11.1.9. Radioterapia

- Para **solicitação inicial ou continuidade de tratamento**;
- Para procedimentos que necessitem de **planejamento ou simulação** antes da execução.

## 6.12.1. Atendimento de Urgência e Emergência

### 6.12.1.1. Consultas de Urgência ou Emergência

#### a) Guia TISS SP / SADT – Urgência e Emergência

A solicitação da **consulta de pronto socorro** deverá ser submetida ao Portal Conecta. A Guia TISS deverá ser impressa e assinada pelo beneficiário(a).

Caso, durante o atendimento em pronto-socorro, o beneficiário(a) necessite realizar exames que exijam senha prévia, a solicitação desses exames deverá ser vinculada à guia principal do atendimento de pronto-socorro.

#### **Importante:**

- No momento do faturamento, não será aceita mais de uma guia para o mesmo atendimento.

#### **Atenção:**

- Em nenhuma hipótese o Metrus autoriza internação em pronto-socorro. O beneficiário(a) poderá permanecer em regime de atendimento em pronto-socorro apenas em situações de indisponibilidade de leito, sem caracterização de internação.

### 6.12.1.2. Exames e Procedimentos de Urgência e Emergência (Pronto-Socorro)

#### b) Guia TISS SP / SADT – Urgência e Emergência

Está disponível no **Portal Conecta** um arquivo contendo a **relação de eventos** que **não ensejam processo de análise técnica prévia**, acessível em [www.portalconectasaude.com.br](http://www.portalconectasaude.com.br), no tópico **“Documentos da Operadora”**.

Desde que respeitada a **negociação vigente** (tabelas e eventos previamente acordados), os itens constantes nessa relação, quando realizados em **regime de pronto atendimento ou internação, não precisam ser submetidos ao Portal Conecta**, pois serão avaliados posteriormente pela **auditoria técnica**, durante o **processamento e análise das contas para pagamento**.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

**6. Autorização**

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



**⚠ Importante:**

- ▶ Qualquer **exame ou procedimento que não conste na relação** deverá ser **obrigatoriamente submetido ao Portal Conecta para análise técnica prévia.**

Nesses casos, é indispensável o envio da **documentação obrigatória**, incluindo:

- Pedido médico com justificativa clínica;
- Relatório médico, laudos de exames e demais documentos complementares, sempre que solicitados.

**c) Internação de Urgência e Emergência**

**Guia TISS – Resumo de Internação** - a Guia de Solicitação de Internação é o documento padrão utilizado para solicitar, autorizar e registrar internações hospitalares junto à Operadora, conforme o Padrão TISS da ANS. É utilizada tanto para internações eletivas quanto para urgência e emergência.

Toda **internação de urgência e emergência** deverá ser **previamente liberada**, sendo obrigatória a **solicitação de autorização por meio do Portal Conecta.**

**a) Internação clínica:** deve ser solicitada a **diária hospitalar** e a **visita médica** correspondentes.

**b) Internação cirúrgica:** deve ser informado o **código TUSS** do procedimento cirúrgico e a diária hospitalar.

Havendo utilização de **OPME**, a solicitação deverá ser realizada por meio de **pós (prorrogação)**, com o envio de toda a **documentação comprobatória**, incluindo: **RGO (Relatório de Gestão Operacional)** ou relatório médico equivalente; **Cotações** dos materiais.

O pós cirúrgico deve ser submetido ao Portal em até 48 horas após a realização.

**Importante:**

- ▶ Quando houver pacote **previamente acordado**, é fundamental observar atentamente a **composição do pacote**, evitando a cobrança indevida de itens já contemplados.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

**6. Autorização**

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa





# 7. ODONTOLÓGICO

# 7. ODONTOLÓGICO

Neste capítulo, você receberá **orientações sobre as rotinas relacionadas aos atendimentos odontológicos**, incluindo procedimentos, documentação exigida, fluxos de autorização.

## 7. Atendimento Odontológico

O atendimento odontológico no Metrus segue regras específicas conforme o plano contratado, o tipo de procedimento e o ambiente em que será realizado.

### 7.1. Ambulatorial

- Os procedimentos odontológicos devem ser solicitados na **Guia TISS – Guia de Tratamento Odontológico (GTO)**, por meio do **Portal Conecta**.
- Solicitações autorizadas automaticamente passam pelo processo de regulação automática.

- Solicitações que caem para análise serão avaliadas pelo processo de análise técnica, sendo obrigatório anexar toda a documentação pertinente (relatórios, exames, fotos etc.).
- Em caso de negativa de tratamento, a razão será registrada no campo observações da GTO e no relatório de negações, disponível no Portal.
- Para reanálise de um caso, o Prestador deve abrir nova solicitação, anexando a justificativa técnica e/ou documentos complementares não enviados na **Guia de Tratamento Odontológico (GTO)** inicial.

#### Importante:

- ▶ A Guia TISS de autorização é específica para tratamentos odontológicos.
- ▶ A assinatura do beneficiário(a) deve constar no evento e na guia.
- ▶ O prazo de validade da senha é de 60 dias.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

**7. Odontológico**

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 7.2. Hospitalar

O Metrus cobre procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob regime de **Day Clinic**, somente quando houver imperativo clínico, comprovado por laudo médico, observado o seguinte:

- Plano contratado;
- Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- Legislação vigente que ampare o procedimento

### Regras para procedimentos hospitalares:

- Utilizar os códigos negociados previamente com o Metrus.
- Eventos não contratados devem ser negociados antes da realização.
- Para a especialidade de Implantodontia, não há cobertura para qualquer etapa do tratamento em regime hospitalar.

### Importante:

- ▶ Procedimentos realizados sem autorização prévia não serão custeados pela Operadora;
- ▶ A auditoria pode solicitar, a qualquer momento, a avaliação do tratamento por meio de fotos ou radiografias iniciais e finais;
- ▶ As radiografias solicitadas pelo Metrus têm a finalidade de avaliar a qualidade do procedimento, não apenas comprovar sua realização;
- ▶ A radiografia inicial integra o diagnóstico, enquanto a radiografia final é usada para avaliação do trabalho realizado, compondo o prontuário do paciente;
- ▶ Essa medida visa reduzir a repetição de procedimentos que necessitam ser refeitos em prazo inferior ao preconizado.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

**7. Odontológico**

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa





# 8. CONTINGÊNCIA

# 8. CONTINGÊNCIA

Neste capítulo, você encontrará orientações sobre como proceder com o atendimento do beneficiário(a) nos casos em que o **Portal Conecta estiver temporariamente indisponível**.

## Contingência – Atendimento sem Portal Conecta

A rotina abaixo deve ser adotada caso o **Portal Conecta** esteja temporariamente fora do ar.

### 8.1. Documentos obrigatórios para o atendimento:

- **Cartão Metrus** (físico ou digital, pelo aplicativo Metrus);
- **Documento com foto** do beneficiário(a).

Caso o beneficiário(a) não possua o cartão físico ou digital, a Central de Relacionamento do Metrus deve ser acionada para **confirmação dos dados, acomodação, carência, validade do cartão e elegibilidade**.

**Central de Relacionamento: 0800 016 05 98**

### 8.2. Procedimento de contingência

Conheça os procedimentos de contingência para casos de instabilidades sistêmicas ao solicitar autorizações no Metrus.

Para os Prestadores de Serviços que **enviam as guias por meio do Portal Conecta**, caso haja instabilidade, será exibida a mensagem: **“falha de comunicação com a operadora”**.

Para os Prestadores **que utilizam Webservices**, a mensagem apresentada será **“erro 500, está relacionada à falha de comunicação”**. É importante verificar sempre se a falha não se refere à sua interface antes de seguir os procedimentos de contingência abaixo indicados:

1. Os **atendimentos devem continuar** normalmente.
2. Se precisar consultar a elegibilidade, entre em contato pelo telefone 0800 016 05 98.
3. Quando uma solicitação for feita, a guia ficará com envio pendente. Anote o número da guia e encaminhe para o e-mail **autorizacao@metrus.org.br**.
4. No caso do Conecta, assim que o Portal voltar a operar normalmente, faça o reenvio das guias que ficaram pendentes de envio no sistema.
5. Para que o beneficiário(a) a assine, é possível extrair uma guia TISS do Portal Conecta acessando **AUTORIZAÇÃO >> IMPRESSÃO GUIA TISS**.
6. Caso o portal esteja fora do ar, entrar em contato com o Metrus Saúde pelo **0800 016 05 98** e solicitar o envio da sua Guia TISS por e-mail.
7. Caso tenham alguma dúvida ou precisem de mais informações, entrar em contato com **conectividade@metrus.org.br**.

Sua parceria é fundamental para que nossos serviços possam ser mantidos de maneira eficiente, mesmo em situações de contingência.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

**9. Contingência**

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa





# 9. AUDITORIA DE CONTA

# 9. AUDITORIA DE CONTA

Neste capítulo, são apresentadas as diretrizes de auditoria de contas adotadas pelo Metrus, que atua por meio de auditorias “in loco” e auditorias internas, com a finalidade de validar prorrogações, analisar a conformidade assistencial e documental das contas apresentadas e assegurar a adequada apuração dos valores passíveis de pagamento.

## Auditoria Médica e Validação de Prorrogações

### 9.1. Auditoria Médica para Validação de Prorrogações

- O auditor médico realiza visitas ao hospital para auditar prorrogações.
- É obrigatório enviar o formulário da auditoria junto à apresentação de contas.
- O envio correto garante a análise adequada das prorrogações e evita inconsistências no faturamento.

### 9.2. Auditoria In Loco – Hospital

Prestadores que possuem **auditoria de conta enfermagem “in loco”** devem disponibilizar:

- Conta completa referente ao período a ser faturado.
- Prontuário do paciente para análise detalhada.
- Nota fiscal, conforme contrato.
- OPME (órtese, prótese, síntese e materiais especiais).
- Guia de autorização referente ao período auditado.
- Formulário da auditoria médica do Metrus.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

**9. Auditoria de Conta**

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### 9.3. Materiais que deverão ser analisados em conta

- Cateteres: Mono Lúmen, Dual Picc, Duplo Lúmen, Power Picc, Flotrac, Shilley/Shunt, Cateter Venoso Central, Port a Cath e PAM.
- Dialisadores (Kit Prisma) / Hemofiltro Prismaflex.
- Kit transdutor de pressão.
- Kit para aférese (Kit Trima Accel).
- Cânula de traqueostomia.
- Válvula fonatória.
- Kit de Gastrostomia (Kit PEG).
- Sonda de Gastrostomia (Botton, Mickey).
- Circuito de Alto Fluxo.
- Cânula nasal (Optflow).
- Campo cirúrgico descartável.
- Pinças de biópsia para EDA e Colonoscopia.
- Máscara BiPAP / CPAP.
- Meias antiembolismo / meias de compressão.
- Perneira.
- Sensor Flotrac / Sensor BIS.
- Manta térmica.
- Aspirador Valley Lab.
- Curativos simples e ambulatoriais – incluindo curativo a vácuo.
- Agulha de biópsia (SADT).

#### Importante:

- ▷ Devem ser apresentadas a conta limpa e a conta suja (auditada).
- ▷ Contas fora do prazo devem ser negociadas previamente com a área de Contas Médicas.

### 9.4. Auditoria Interna – Metrus

#### 9.4.1. Hospitais, Home Care e Clínicas Oncológicas

Os Prestadores que possuem auditoria interna de enfermagem devem encaminhar:

- Conta referente ao período a ser faturado;
- Justificativa para os itens realizados, principalmente materiais, medicamentos e visitas;
- Nota fiscal, conforme disposto em contrato;
- OPME;
- Guia de autorização referente ao período auditado, devidamente assinada pelo médico e pelo beneficiário(a);
- Formulário da auditoria médica do Metrus.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

**7. Autorização**

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 9.4.2. Critérios por tipo de atendimento

- **Resumo de internação:** deve ser apresentada a conta e as guias autorizadas, com assinatura do médico solicitante e do beneficiário(a).
- **Prorrogação:** devem ser apresentadas as contas e as guias autorizadas, com assinatura do médico responsável.
- **SADT com outras despesas:** passará por avaliação técnica; a guia deve estar assinada pelo médico e pelo beneficiário(a).

- **Anexos TISS**

OPME: apresentar guia autorizada, nota fiscal e informação de pós-cirúrgico.

Quimioterapia: apresentar guia autorizada.

Radioterapia: apresentar guia autorizada.

### Atenção:

- O envio completo e correto da documentação garante conformidade e evita glosas.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

**7. Autorização**

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa





# 10. FATURAMENTO

# 10. FATURAMENTO

Neste capítulo, abordamos a importância do envio correto do faturamento eletrônico, bem como da apresentação completa da documentação necessária para análise e posterior pagamento.

## 11.1. Envio eletrônico

A Operadora adota faturamento 100% eletrônico, tanto para o envio do arquivo eletrônico, manual ou XML.

O envio pode ser realizado de duas formas:

### 1. Faturamento Manual pelo Portal Conecta:

- o Digitação direta dos dados da guia;
- o Conferência automática de campos obrigatórios.

### 2. Faturamento via Arquivo XML:

- o Utiliza o padrão TISS (versões vigentes);
- o Mais ágil e reduz erros manuais;
- o Requer que o sistema do prestador esteja integrado ao Webservice ou gere arquivos XML compatíveis.

### Importante:

- Ao realizar o faturamento, os materiais, medicamentos e taxas devem ser lançados em guias de outras despesas, devendo conter a unidade de medida e o tipo correto de evento.

### Versões TISS 4.01.00 e 4.02.00:

- Em caso de atualização, o Portal disponibiliza sempre a versão imediatamente anterior e a versão atual.

### Atenção:

- Em caso de dúvidas sobre arquivo XML, contatar: [conectividade@metrus.org.br](mailto:conectividade@metrus.org.br)

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 10.2. Emissão de Nota Fiscal – Pessoa Jurídica

- **Tomador de Serviço:**

METRUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL

CNPJ: 44.857.357/0001-66

- **Endereço:**

Alameda Santos, 1827, 17º andar, CJ 171-172 – Cerqueira César, São Paulo/SP – CEP: 01419-100

### Importante:

- ▷ A nota fiscal deve ser emitida na mesma data de competência do protocolo a ser faturado, conforme cronograma de recebimento e pagamento.
- ▷ É essencial preencher corretamente número da nota fiscal e data de emissão no Portal Conecta.

## 10.3. Emissão de Recibo – Pessoa Física

- **Tomador de Serviço:**

METRUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL

CNPJ: 44.857.357/0001-66

### Dados do Prestador:

- Nome completo;
- CPF;
- Assinatura e Carimbo;
- Valor a ser recebido.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 10.4. Cronograma de recebimento e pagamento

- Há um Cronograma anual disponível ao prestador de Serviços com a data de recebimento e de pagamento.
- O envio do faturamento ocorre entre o 1º e o 5º dia do mês. Após essa data, o Portal fica indisponível para o envio; porém, permanece disponível para postagem de arquivos e análise de críticas.
- O envio do faturamento deve ser realizado entre o 1º e o 5º dia de cada mês. Após esse período, o Portal fica indisponível para o envio do faturamento, permanecendo disponível apenas para a postagem de arquivos e análise de críticas.
- Para que o pagamento ocorra na data do cronograma, o arquivo eletrônico e a documentação referente ao atendimento devem ser recebidos dentro do prazo estipulado.
- O acompanhamento dos pagamentos poderá ser realizado por meio do Portal Conecta, onde o prestador terá acesso às informações relativas à programação financeira e aos valores pagos, conforme cronograma de pagamento previamente estabelecido pelo Metrus.
- Os documentos relacionados ao pagamento estarão disponíveis no Portal Conecta, na área Documentos.
- Prazo máximo para envio de conta: até 90 dias, contados da data do atendimento/ alta.

### Importante:

- Contas recebidas após o prazo estabelecido, sem prévia negociação, serão automaticamente devolvidas.

## 10.5. Demonstrativos

No Portal Conecta, o Prestador terá acesso aos Demonstrativos de Análise de Conta Médica e ao Demonstrativo de Pagamento, documentos por meio dos quais o Metrus disponibiliza as informações relativas ao faturamento, processamento e pagamento das guias.

Todos os demonstrativos seguem o Padrão TISS – ANS e estão disponíveis para consulta e download no Portal Conecta.

### Demonstrativo de Pagamento

Documento disponibilizado pela Operadora ao Prestador com a finalidade de apresentar o extrato financeiro da produção faturada, organizado por protocolo, contendo, entre outras informações:

- valores apresentados;
- valores pagos;
- valores glosados;
- data de pagamento.

Esse demonstrativo permite ao prestador acompanhar de forma consolidada o resultado financeiro do faturamento processado.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

**10. Faturamento**

11. Recurso de Glosa



## Demonstrativo de Análise de Conta Médica

Documento disponibilizado pela Operadora ao Prestador, com a finalidade de apresentar, de forma detalhada e analítica, o processamento do lote de guias de faturamento, com a avaliação item a item dos procedimentos apresentados.

A partir deste demonstrativo, o prestador poderá:

- Acompanhar o status do processamento das guias;
- Identificar glosas e seus respectivos motivos;
- Realizar previsão dos valores a serem pagos;
- Solicitar revisão de glosas, quando aplicável, com base nas informações técnicas apresentadas.

## 10.6. Conta Fora do Prazo

A Conta fora do prazo deve ser previamente negociada com a área de Contas Médicas. Contas enviadas sem a devida negociação serão devolvidas.

Conforme regra contratual, o faturamento deve ser enviado até 90 dias, contados da data do atendimento/alta.

## 10.7. Regras Gerais do Faturamento

A base regulatória do faturamento segue o padrão ANS.

O faturamento na saúde suplementar deve observar obrigatoriamente:

- Padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar - ANS)
- TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
- Contratos firmados entre operadora e prestador

### 10.7.1. Uso obrigatório da TUSS

- Os procedimentos faturados devem estar **codificados conforme a TUSS vigente**. O faturamento é o espelho da autorização, devendo o código autorizado ser o mesmo utilizado no faturamento.
- **É vedado:**
  - ▶ Uso de código inexistente ou desatualizado;
  - ▶ A utilização de descrição divergente do código TUSS.
- A versão válida da TUSS é a **vigente na data da realização do atendimento**.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

**10. Faturamento**

11. Recurso de Glosa

### 10.7.2. Pacote

- Quando o Prestador possuir negociação em forma de pacote, o código deve ser utilizado tanto para solicitação de autorização quanto para faturamento, observado que o faturamento é o espelho da autorização.
- É vedado faturar separadamente itens já contemplados no **pacote** (dupla cobrança), o que resultará em glosa não passível de reversão.

### 10.7.3. Material

A cobrança de materiais deve seguir as regras vigentes (materiais válidos), observando: Devem respeitar:

- ▶ Bases de referência preço previstas em contrato Simpro;
  - ▶ Utilização de código Simpro para materiais comuns e especiais;
  - ▶ Para OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), o código faturado deve ser o mesmo autorizado.
- É vedado faturar:
    - ▶ Material Brasindice;
    - ▶ Sem cobertura;
    - ▶ Sem comprovação assistencial.

- A taxa de comercialização do OPME deve ser cobrada em conjunto com o material quando a compra for realizada pelo hospital.
- No caso de compra direta com o fornecedor, o hospital deve cobrar apenas a taxa.

### 10.7.4. Medicamentos

A cobrança de medicamentos deve seguir as regras vigentes (medicamentos válidos).

- **Medicamentos comuns:** observar as regras contratuais, verificando se há necessidade de autorização prévia
- **Medicamento Alto Custo:** necessitam de autorização prévia, independentemente do valor.
- **Também** necessitam de autorização prévia, independentemente do valor:
  - ▶ Quimioterápicos/antineoplásicos e adjuvantes;
  - ▶ Imunobiológicos;
  - ▶ Medicamentos que atuam no sangue e sistema hematopoiético;
  - ▶ Medicamentos constantes na DUT ou de alto custo.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa

- **Medicamento Manipulado:** deve ser utilizado o código negociado, acompanhado da respectiva nota fiscal.
- Material descontinuados: deve ser enviado comprovante (print da revista) que evidencie a condição de “descontinuado”, e não de item inativo ou inválido.

#### Atenção:

- Toda cobrança de OPME deve ser acompanhada do Anexo TISS de OPME.

### 10.7.5. Quimioterápicos

O faturamento deve refletir exatamente a autorização, com correspondência entre o código cobrado e quantidade autorizados.

Erros no preenchimento podem resultar em glosas, como duplicidade ou item pago em outra guia.

Quanto às regras de fracionamento, a cobrança deve seguir as diretrizes específicas de cada medicamento, com atenção especial à unidade de medida (frasco, mililitro, miligrama).

#### Observação:

- Toda cobrança de tratamento quimioterápico, Hormonioterapia antineoplásica; Imunoterapia; Terapias-alvo (quando enquadradas como quimioterapia no Rol), deve ser acompanhada do Anexo TISS de Quimioterapia.

### 10.7.6. Radioterapia

O faturamento deve refletir exatamente a autorização, com correspondência entre código e quantidade autorizados. O código utilizado para cobrança deve ser o mesmo aprovado na autorização.

Erros de preenchimento podem resultar em glosas, como duplicidade ou item pago em outra guia.

Toda cobrança de tratamento radioterápico exige o envio do formulário padrão (Anexo TISS de Radioterapia).

### 10.7.7. Diárias, Taxas e Honorários

- **Diárias:** Necessitam de autorização prévia.
- **Taxas hospitalares:** não requerem autorização prévia; são analisadas na auditoria de contas.
- **Honorários médicos:** necessitam de autorização prévia.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### 10.7.8. Pacotes e Tabelas Específicas

- **TNUMM (tabela específica Unimed):** os prestadores do Metrus não devem utilizar.

## 10.8. Tipo de Faturamento

O faturamento eletrônico pelo **Padrão TISS** pode ser enviado de diferentes formas, conforme o tipo de atendimento, a documentação disponível e o status das guias.

### 10.8.1. Faturamento Parcial

- **Descrição:** envio de parte das guias ou dos procedimentos referentes a um atendimento, antes da conclusão de todo o período.
- **Quando usar:**
  - ▶ Internações longas ou procedimentos divididos em etapas;
  - ▶ Quando apenas parte dos serviços ou materiais já tiver sido realizada e estiver apta para faturamento.

#### Observação:

- ▶ Deve-se indicar claramente, no sistema, que o envio é parcial, para possibilitar complementação posterior.

### 10.8.2. Faturamento Total

- **Descrição:** envio de todas as guias e procedimentos referentes a um atendimento completo, incluindo diárias, procedimentos, exames e materiais.

#### Quando usar:

- ▶ Atendimento finalizado, com todas as guias e documentos disponíveis.

#### Observação:

- ▶ Evita a necessidade de envios complementares, desde que a documentação esteja completa.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### 10.8.3. Faturamento Complementar

- Descrição: envio de guias ou itens adicionais não incluídos no faturamento anterior.

#### Atenção:

- O Metrus não trabalha com conta/faturamento complementar.

### 10.8.4. Faturamento Final

- Descrição: último envio referente a um atendimento ou internação, consolidando todas as guias e valores.

#### Quando usar:

- Encerramento do faturamento de internações ou atendimentos com envios parciais.

#### Observação:

- Após o faturamento final, não devem ser enviados novos complementos, salvo mediante autorização expressa da Operadora.

### 10.8.5. Guia TISS

A ausência de informações obrigatórias e padronizadas para análise da solicitação implicará devolução da guia ou glosa.

O documento a ser apresentado é a Guia TISS, e não recibos. Após a autorização, a guia deve ser impressa.

A guia deve conter:

- Assinatura pelo beneficiário(a) ou responsável;
- Data do atendimento;
- Assinatura e carimbo do profissional;

O evento registrado na guia deve corresponder ao autorizado. Em caso de pacote, o mesmo código deve ser utilizado tanto na autorização quanto no faturamento.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 10.9. Tipo de Guia

Todo faturamento deve ser realizado por meio das **Guias Padronizadas da ANS**, tais como:

### 10.9.1. Guia de Consulta

- **Uso:** cobrança de consultas eletivas.
- **Vinculação de guia:** não há.

Como faturar:

- Nota fiscal e recibo;
- Apresentar a guia TISS assinada e carimbada pelo médico executante e beneficiário(a)/ responsável;

Atenção à correspondência entre a data de atendimento na guia e no arquivo eletrônico.

### 10.9.2. Guia SP/SADT

- **Usos:** cobrança de consultas com ou sem procedimento e/ou despesas;
- Cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado;
- Cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado.

#### a) Exames e procedimentos - **Como faturar:**

- Guia TISS autorizada;
- Guia TISS com assinatura e carimbo do Prestador e a assinatura do beneficiário(a) /responsável;
- Pedido médico.

#### b) **Tratamento seriado** (terapias, acupuntura, hemodiálise, fisioterapia etc.)

#### Como faturar:

- Guia TISS autorizada;
- Guia TISS assinada e carimbada pelo Prestador e a assinada pelo beneficiário(a) /responsável;
- Assinatura do beneficiário(a) na data da realização de cada evento;
- Pedido médico.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### c) Consulta de Pronto Socorro

#### Como faturar:

- Guia TISS autorizada;
- Guia TISS assinada e carimbada pelo Prestador e a assinada pelo beneficiário(a) /responsável;
- Conta hospitalar.

#### Atenção:

- ▶ **Vinculação de guia:** Quando houver cobrança de honorários por profissionais (anestesistas, auxiliares etc.) vinculados a um procedimento principal registrado em guia SP/SADT, deve ser emitida outra guia SP/SADT, com o preenchimento do campo “3 – Número da Guia Principal”.

As despesas relacionadas ao procedimento devem ser registradas no Anexo de Outras Despesas, informando o número da guia SP/SADT no campo “2 – Número da Guia Referenciada”.

Materiais, medicamentos, aluguéis, gases medicinais, taxas e OPME devem ser detalhados nesse anexo, vinculados à respectiva guia principal.

As solicitações de OPME, quimioterapia e radioterapia decorrentes de atendimentos registrados em guia SP/SADT devem ser realizadas por meio de seus anexos específicos, com a devida vinculação à guia principal.

### 10.9.3. Guia Resumo de Internação

**Usos:** cobrança de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar.

A cobrança de honorários, procedimentos e exames deverá ser realizada por meio da Guia de Resumo de Internação quando efetuada diretamente pelo hospital.

**Vinculação de guia:** o campo “3 – Número da Guia de Solicitação de Internação” deve conter o número da guia de Solicitação de Internação que originou a cobrança.

As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases, taxas diversas e OPME, decorrentes dos atendimentos, devem ser detalhadas no **Anexo de Outras Despesas**, cujo campo “2 – Número da Guia Referenciada” deve conter o número da Guia de Resumo de Internação.

Caso seja necessário cobrar, em separado, os honorários de médicos ou de outros profissionais, deve ser utilizada a **Guia de Honorários**. Para vinculá-la à guia de origem, o campo “3 – Número da Guia de Solicitação de Internação” deve conter o número da guia de Solicitação de Internação.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## Prorrogação e novos procedimentos

**Usos:** Solicitação de prorrogação de internação e de novos procedimentos.

No campo “3 – Número da Guia de Solicitação de Internação”, deve ser informado o número da guia inicial de solicitação de internação, mesmo que já tenha sido efetuada alguma cobrança por meio da Guia de Resumo de Internação.

**Vinculação de guia:** no campo “3 – Número da Guia de Solicitação de Internação”, deve ser informado o número da guia inicial de solicitação da internação, mesmo que já tenha sido efetuada alguma cobrança por meio da Guia de Resumo de Internação.

### a) Como faturar Internação e prorrogação

Conta hospitalar:

- Guia TISS de internação eletiva autorizada, assinada e carimbada pelo médico executante e pelo beneficiário(a);
- Guia TISS de prorrogação autorizada, assinada e carimbada pelo prestador;
- Documento de auditoria;
- OPME: observar a regra contratual quanto à necessidade de apresentação de nota fiscal.

## 10.9.4. Guia de Honorários

**Uso:** Cobrança de honorários diretamente pelo profissional.

Vinculação de guia: a guia de Honorários só pode ser vinculada à Guia de Solicitação de Internação.

### Como faturar:

- Guia TISS de honorários, com assinatura e carimbo do Prestador;
- Guia TISS da autorização;
- Detalhamento dos procedimentos executados pelo médico;
- Detalhamento do grau de participação.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

**10. Faturamento**

11. Recurso de Glosa



### 10.9.5. Anexo de Outras Despesas

**Uso:** cobrança de despesas com gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME, taxas, aluguéis e diárias, decorrentes dos atendimentos realizados na guia de SP/SADT e na guia de Resumo de Internação.

**Vinculação de guia:** no campo “2 - Número da Guia Referenciada”, deve ser informado o número da guia de SP/SADT ou da Guia de Resumo de Internação à qual este anexo está vinculado. Este anexo não possui numeração própria de guia, estando sempre vinculado a uma guia principal.

#### Como faturar:

- **Atendimento ambulatorial:** havendo utilização de material, OPME ou medicamento, deve ser apresentada a Guia de Outras Despesas, vinculada à Guia TISS SP/SADT.
- **Atendimento Hospitalar:** havendo utilização de material, OPME ou medicamento, deve ser apresentada a Guia de Outras Despesas, vinculada à Guia TISS de Resumo de Internação.

#### Atenção:

- ▷ Os anexos de OPME, Quimioterapia e Radioterapia devem ser enviados com a documentação para análise. Os materiais e medicamentos devem ser apresentados na cobrança por meio das Guias de Outras Despesas.

### 10.9.6. Guia Tratamento odontológico

**Uso:** cobrança e solicitação de autorização de tratamento odontológico, podendo também ser utilizada para comprovação de presença do beneficiário(a).

**Vinculação de guias:** no campo “3 – Número da Guia Principal”, deve ser informado o número de outra guia de tratamento odontológico quando a cobrança ou solicitação se referir à continuidade de uma guia já enviada.

As guias devem conter os campos obrigatórios devidamente preenchidos, conforme o padrão TISS, sob pena de glosa.

#### Como faturar:

- Guia TISS odontológica devidamente preenchida, com data de atendimento e assinatura do beneficiário(a) no nível do evento;
- Guia assinada e carimbada pelo prestador e assinada pelo beneficiário(a).

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa





# 11. RECURSO DE GLOSA

# 11. RECURSO DE GLOSA

Neste módulo, você encontrará orientações sobre a apresentação de recursos de glosa e a interpretação das glosas recebidas.

## Recurso de Glosa

A glosa caracteriza uma não conformidade. No momento do recurso, é fundamental que a justificativa e/ou evidência enviada seja pertinente e suficiente para solucionar a glosa apresentada.

O primeiro passo para o recurso de glosa é a verificação do Demonstrativo de Análise de Contas Médicas, pois através dele será possível identificar todas as guias enviadas e quais foram pagas e/ou glosadas. Os demonstrativos TISS ficam disponíveis no Portal Conecta.

## 11.1. Regra Geral

O recurso de glosa deve ser realizado de forma eletrônica. O envio manual também está disponível para transmissão via XML.

Toda evidência e justificativa deve estar no protocolo recursado.

Glosas com frase padrão serão mantidas sem reversão. Ex: Conforme contrato, AMB, CBHPM, Simpro, Brasindice.

O Recurso deve ser enviado em conformidade com os padrões TISS estabelecido pela ANS.

Recurso de glosa não é para correção de liberação de atendimento solicitado incorretamente.

No recurso de glosa não é permitido trocar de código. É necessário verificar a correção na sua base, para que seja enviado o código correto no momento do faturamento.

Existem regras no Monitoramento TISS que não permitem alterações de unidade de medida.

A assinatura do médico e do beneficiário(a) deverá constar na mesma guia e não em guias diferentes.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 11.2. Prazo para Recurso

Fica assegurado o direito de recorrer das glosas efetuadas, devendo apresentar recurso no prazo de até 30 dias a partir do pagamento das contas apresentadas que geraram as glosas.

### Tipos de Glosas

**Glosa administrativa:** as glosas administrativas estão ligadas a processos administrativos incorretos. Isso inclui preenchimento inadequado ou incompleto de guias de autorização de procedimentos, ausência de assinatura do médico e do beneficiário(a); erros na digitação de procedimentos, materiais ou medicamentos, e ausência de guias de autorização para procedimentos realizados.

**Glosa técnica:** essas glosas estão relacionadas a erros técnicos nos processos de faturamento e cobrança. Elas podem ocorrer devido a informações incompletas ou incorretas nos prontuários ou registros dos pacientes. Por exemplo, se um procedimento não estiver devidamente documentado no prontuário, pode resultar em uma glosa técnica.

**Glosa contratual:** essas glosas estão relacionadas aos termos contratuais entre a operadora de saúde e os prestadores de serviços (hospitais, clínicas etc.). Se um procedimento não estiver de acordo com o contrato estabelecido, a operadora pode recusar o pagamento. Por exemplo, se um determinado medicamento não estiver previsto no contrato, ocorre uma glosa contratual.

### Importante:

- ▶ Justificativa/evidência apresentada deverá responder a glosa aplicada, evite o uso de justificativo padrão.

## 11.3. Motivos de glosa

Os motivos de glosa mais comuns estão descritos abaixo:

A relação de motivos de glosa integra a Tabela 38 do padrão TISS, definida pela ANS, que tem como objetivo padronizar as mensagens de glosas, negativas e demais justificativas utilizadas na troca de informações entre prestadores e operadoras de saúde.

Essa tabela utiliza códigos numéricos para identificar os motivos de recusa de faturamento, como, por exemplo: carteira inválida (1001), autorização cancelada (1437) ou descumprimento de diretrizes de utilização (1438).

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



## 11.4.1. Glosa administrativa

### 1404 - NÃO EXISTE GUIA DE AUTORIZAÇÃO RELACIONADA.

Não foi apresentada guia TISS autorizada para o evento faturado. No recurso de glosa, a guia autorizada deve ser apresentada, devidamente assinada pelo Prestador e beneficiário(a).

### 1403- NÃO EXISTE INFORMAÇÃO SOBRE A SENHA DE AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO.

Todo procedimento deve ser submetido ao Portal. Haverá procedimento liberado automaticamente e outros que irão requerer autorização prévia no módulo autorização. Atenção à apresentação da cobrança de pronto-socorro com senha da internação.

### 1402 - PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO.

A ausência de autorização para o evento, o não preenchimento do campo autorização ou divergência entre o código autorizado e o faturado.

### 1702- COBRANÇA DE PROCEDIMENTO EM DUPLICIDADE.

Analisar a quantidade cobrada em relação à autorizada e à data de atendimento.

### 1211 - ASSINATURA / CARIMBO DO CREDENCIADO INEXISTENTE.

Na guia TISS, é obrigatória a assinatura do médico. Na ausência de comprovação no recurso, a glosa será mantida.

### 1001- NÚMERO DA CARTEIRA INVÁLIDO.

O beneficiário(a) informado não corresponde ao enviado na documentação física ou na senha apresentada.

### 1010 - ASSINATURA DO TITULAR / RESPONSÁVEL INEXISTENTE.

Na guia TISS, é obrigatória a assinatura do beneficiário(a) ou responsável. Na ausência de comprovação no recurso, a glosa será mantida. A assinatura deve constar na guia TISS, e não em receituários ou no verso de pedidos.

### 1008 - ASSINATURA DIVERGENTE.

Atenção à assinatura apresentada, que pode não corresponder à do beneficiário(a) ou responsável. As assinaturas são validadas e comparadas com outros atendimentos.

### 1313 - GUIA COM RASURA.

Caso haja rasura (data de atendimento, dados do beneficiário(a) etc.), deve ser apresentada evidência sem rasuras, contendo os mesmos dados obrigatórios e assinada pelo médico e pelo beneficiário(a).

### 3120 - NECESSÁRIO O ENVIO DO PEDIDO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE.

Para todo atendimento ambulatorial de exames ou procedimentos, é obrigatório o envio do pedido médico, além da guia TISS autorizada e assinada pelo médico e pelo beneficiário(a).

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### **3052 - DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA, INCORRETA OU AUSENTE.**

Ausência de documentos (ex.: laudo), documentação incorreta ou incompleta (sem dados do beneficiário(a), do prestador ou do evento) ou inexistência de documentação. É expressamente vedado fornecer guia em branco para assinatura do beneficiário(a).

### **1013 - CADASTRO DO BENEFICIÁRIO(A) COM PROBLEMAS.**

Refere-se a número de cartão incorreto, beneficiário(a) suspenso, beneficiário(a) com carência. É essencial fazer elegibilidade e solicitar autorização para que essas validações ocorram antes do atendimento.

### **1902- ACOMODAÇÃO INFORMADA NÃO ESTÁ DE ACORDO COM ACOMODAÇÃO CONTRATADA.**

Cobrança de diária divergente do plano contratado. Verificar a regra de troca de acomodação (item 7.8).

### **1011- IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO(A) NÃO CONSISTENTE.**

O beneficiário(a) apresentado no arquivo eletrônico é diferente do apresentado na guia TISS ou na senha apresentada.

### **1437- SENHA DE AUTORIZAÇÃO CANCELADA.**

Verificar se houve revalidação ou correção que ocasionou o cancelamento da senha.

### **1407 - SERVIÇO SOLICITADO NÃO POSSUI COBERTURA.**

Beneficiário(a) excluído. Reforça-se a importância de fazer elegibilidade e solicitar autorização para que essas validações ocorram antes do atendimento.

### **2504 - QUANTIDADE DE SESSÕES COBRADAS NÃO CONDIZEM COM AS ASSINATURAS NO CONTROLE DE TRATAMENTO SERIADO.**

Não é permitida cobrança de tratamento seriado ou qualquer evento realizado em data diferente em uma única data. Essa é uma glosa que pode acarretar devolução do jpeg.

Tratamentos seriados e procedimentos realizados em datas distintas devem ser faturados conforme a data efetiva de execução.

### **2601 - CODIFICAÇÃO INCORRETA/INADEQUADA DO PROCEDIMENTO.**

O faturamento é um espelho da autorização, sendo vedada a troca de códigos. No momento do recurso de glosa justificar o código correto. Se for evento autorizado, não é possível corrigir no faturamento/recurso.

### **1701 - COBRANÇA FORA DO PRAZO DE VALIDADE.**

Atendimentos fora do prazo terão a conta devolvida. Caso a glosa tenha ocorrido de forma equivocada, poderá haver negociação de desconto.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa



### **2610 - GRAU DE PARTICIPAÇÃO DE AUXILIAR INCOMPATÍVEL COM PROCEDIMENTO COBRADO.**

Verificar o grau de participação informado na guia de autorização. Para exames sem previsão de anestesia, aplica-se a regra da AMB 92 (porte anestésico 3), devendo haver justificativa.

### **1323 - DATA PREENCHIDA INCORRETAMENTE.**

A data de atendimento deve corresponder à data de realização do procedimento, e não à data da autorização. Conferir a consistência entre a guia TISS e o arquivo eletrônico.

### **1305 - ITEM PAGO EM OUTRA GUIA.**

Verificar compatibilidade entre a quantidade autorizada e a quantidade faturada.

## **11.4.2. Glosa técnica**

### **1813 - COBRANÇA DE PROCEDIMENTO SEM JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO OU COM JUSTIFICATIVA INSUFICIENTE.**

Glosa aplicada em contas auditadas internamente. É indispensável enviar justificativas para procedimentos, diárias e demais despesas (taxas, gases, materiais e medicamentos), juntamente com a documentação de suporte.

### **2705 - COBRANÇA DE PROCEDIMENTO/EXAME SEM JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO OU COM JUSTIFICATIVA INSUFICIENTE.**

Reforça-se a necessidade de apresentar justificativa técnica no momento do faturamento.

### **1817 - COBRANÇA DE PROCEDIMENTO INCLUSO NO PROCEDIMENTO PRINCIPAL.**

Há eventos já contemplados no procedimento principal que não podem ser cobrados separadamente.

### **2008 - COBRANÇA DE MATERIAL EM QUANTIDADES INCOMPATÍVEIS COM O PROCEDIMENTO REALIZADO.**

Ausência de justificativa para a quantidade cobrada. É necessário apresentar justificativa na auditoria interna.

### **1805 - VALOR TOTAL DO PROCEDIMENTO DIFERENTE DO VALOR PROCESSADO.**

No caso de OPME previamente negociada, não é permitido cobrar valor superior ao acordado.

### **2004 - MATERIAL SEM NOTA FISCAL DO FORNECEDOR.**

Os materiais OPME devem seguir as regras contratuais, incluindo a obrigatoriedade de apresentação de nota fiscal quando aplicável.

### **2213 - OPME PAGO A FORNECEDOR TERCEIRIZADO.**

Quando negociado diretamente entre o Metrus e o fornecedor, não é permitida a cobrança pelo prestador.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

**11. Recurso de Glosa**



## 2108 - COBRANÇA DE MEDICAMENTO EM QUANTIDADES INCOMPATÍVEIS COM O PROCEDIMENTO REALIZADO.

Ausência de justificativa para a quantidade faturada. É necessária justificativa técnica na auditoria.

### Glosa contratual

## 1714 - VALOR DO SERVIÇO SUPERIOR AO VALOR DE TABELA.

É necessário comprovar a tabela utilizada e o critério de cobrança. Será considerada a tabela vigente no momento do faturamento.

## 3142 - ITEM NÃO CONTRATADO.

Analisar se o evento cobrado faz parte da tabela negociada. Ver a negociação comercial.

### Importante:

- Itens não contratados não são passíveis de negociação em recurso de glosa. É necessário acionar sua área comercial para negociação prévia, antes do faturamento.

## Considerações finais

O cumprimento das disposições deste Manual Operacional do Prestador é obrigatório e constitui condição essencial para a manutenção do relacionamento contratual entre o prestador e o Metrus, complementando as regras estabelecidas no contrato firmado entre as partes.

As normas, fluxos, prazos, critérios operacionais e exigências documentais aqui descritos devem ser observados de forma complementar ao contrato, não o substituindo, mas regulamentando sua aplicação no âmbito operacional.

O Metrus reserva-se o direito de alterar, atualizar ou revisar este manual a qualquer tempo, em conformidade com normas regulatórias, contratuais e operacionais vigentes, cabendo ao prestador manter-se atualizado quanto às versões aplicáveis.

Os casos omissos, divergências interpretativas ou situações excepcionais serão analisados e dirimidos pelo Metrus, com base em critérios técnicos, assistenciais, regulatórios e contratuais, observada a legislação vigente.

1. Planos Metrus

2. Coberturas

3. Portal Conecta

4. Elegibilidade

5. Comercial

6. Autorização

7. Odontológico

8. Contigência

9. Auditoria de Conta

10. Faturamento

11. Recurso de Glosa





/MetrusOficial



@metrus\_oficial



/institutometrus

**METRUS** 

The word "METRUS" is written in a bold, green, sans-serif font. To its right is a green icon of a stylized human figure with arms raised, enclosed in a square.

Alameda Santos, 1.827 - 1º andar

**atendimento@metrus.org.br**

0800 016 05 98