

# ANEXO I

Especificações funcionais  
do sistema a ser fornecido

1. Características Gerais.....	4
2. Gestão de beneficiários do Plano de Saúde.....	7
2.1. Inclusão de benefícios.....	7
2.2. Exclusão de benefícios.....	12
2.3. Rotina de exclusão automática de benefícios.....	15
3. Gestão da rede credenciada.....	16
3.1. Credenciamento - Cadastro do Proponente.....	16
3.2. Credenciamento - Envio da proposta.....	19
3.3. Credenciamento - Análise Administrativa.....	20
3.4. Credenciamento - Análise Técnica.....	21
3.5. Credenciamento - Homologação.....	22
3.6. Credenciamento - Assinatura do Termo.....	23
3.7. Gestão do credenciamento.....	24
4. Gestão Financeira.....	25
4.1. Faturamento.....	25
4.2. Cobrança de coparticipação dos titulares.....	27
4.3. Reembolso de despesas.....	29
4.3.4.1. Os reembolsos autorizados relativos às utilizações de serviços pelos dependentes devem ser creditados para os Beneficiários Titulares.....	29
5. Procedimentos do TRTer Saúde.....	30
5.1. Serviços Pré-Autorizados do TRTer Saúde.....	30
5.2. Plano de Tratamento Odontológico (PTO).....	33
5.2.1. Cadastro do PTO.....	33
5.2.2. Distribuição dos PTOs.....	35
5.2.3. Auditoria Inicial.....	36
5.2.4. Execução dos Procedimentos e Auditoria Intermediária.....	38
5.2.5. Encerramento do PTO e Auditoria Final.....	39
5.3. Autorização de Tomografia.....	41
5.3.1. Solicitante do Exame é Credenciado.....	41
5.3.2. Solicitante do Exame é um não Credenciado.....	42
5.3.3. A realização do Exame é com um Credenciado.....	43
5.3.7. A realização do Exame é com um Prestador Não Credenciado.....	43
5.4. Perícia Médica.....	44
5.4.1. Convocação de Especialista.....	44
5.4.2. Validação da Perícia Médica.....	44
5.4.3. Realização de Exame Neuropsicológico.....	45
6. Exame Odontológico Periódico (EOP).....	46
7. Programa de Auxílio Farmacêutico (PAF).....	47
7.1. Solicitação para inclusão de medicamentos.....	47
7.2. Análise da solicitação de inclusão de medicamento.....	49
7.3. Consultar solicitações de inclusão de medicamento.....	50

7.4. Solicitação de reembolso.....	51
7.5. Análise do Reembolso.....	54
7.6. Consultar solicitações de reembolso.....	55
8. Programa de Odontologia Preventiva.....	56
9. Pedido de Reembolso.....	57
9.1. Pedido de Autorização de Procedimento com Prestador Não Credenciado.....	57
9.2. Execução do Procedimento.....	59
9.3. Solicitação de Reembolso pelo Titular.....	59
9.4. Auditoria Final.....	60
9.5. Processamento do Pedido de Reembolso.....	61
10. Relatórios.....	62
10.1. Relatório de Beneficiários.....	62
10.2. Relatório de Credenciados.....	63
10.3. Relatórios de Procedimentos.....	63
10.3.1. Relatório de procedimentos lançados na base de dados com filtros:.....	63
10.3.6. Odontologia.....	65
10.3.7. Fisioterapia.....	65
10.4. Relatórios Financeiros.....	66
10.5. Relatórios de produtividade.....	67

Neste anexo, serão apresentados os requisitos funcionais que a solução a ser contratada deverá contemplar, a fim de abarcar todos os benefícios relativos ao Plano de Assistência à Saúde oferecido pelo TRT-MG.

## 1. Características Gerais

- 1.1. Permitir a parametrização ampla do sistema pelo CONTRATANTE, de forma a atender às regras de negócio atuais e futuras previstas no Regulamento do Plano de Saúde. As parametrizações devem ser permitidas por meio de funcionalidades da solução e devem abranger pelo menos os seguintes tópicos, não se limitando a somente estes:
  - 1.1.1. Gestão das Categorias, Especialidades, Modalidades e procedimentos disponíveis no Plano de Assistência à Saúde, Programa de Odontologia Preventiva (POP), Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) e Exame Odontológico Periódico (EOP), bem como suas regras de utilização, valores e percentuais de coparticipação cobrados e de reembolso pagos aos beneficiários.
  - 1.1.2. Gestão dos tipos de beneficiários e suas respectivas coberturas considerando os diversos benefícios do Plano de Assistência à Saúde.
    - 1.1.2.1. O sistema deve ser capaz de atender a novos benefícios, categorias e procedimentos que eventualmente possam ser incluídos no Plano de Assistência à Saúde.
  - 1.1.3. Gestão das diversas tabelas utilizadas para validação das regras de negócio relativas aos procedimentos oferecidos, inclusive os casos de reembolso.
  - 1.1.4. Gestão das declarações, consentimentos, autorizações e termos utilizados nas diversas funcionalidades da solução.
  - 1.1.5. Gestão dos perfis de usuários da solução, permitindo configurações aos endereços de e-mail associados aos perfis e unidades.
  - 1.1.6. Gestão dos textos, alertas e notificações enviadas aos diferentes perfis de usuários do sistema durante a operação da solução.
  - 1.1.7. Gestão dos tipos de documentos exigidos no edital de credenciamento.
  - 1.1.8. Gestão dos documentos, links e formulários exigidos nas diversas funcionalidades descritas neste documento.
- 1.2. Realizar validação de regras de negócio já existentes dos serviços atualmente oferecidos pelo Plano de Assistência à



Saúde, Programa de Odontologia Preventiva (POP), Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) e o Exame Odontológico Periódico (EOP) e permitir a alteração e inserção de novas regras de negócio de forma facilitada através de funcionalidades da solução. As regras de negócio incluem desde a validação da utilização do serviço pelo Beneficiário até as regras de faturamento do Credenciado, cobrança de coparticipação, reembolso e emissão de relatórios.

- 1.3. Permitir a criação de perfis e a atribuição de funcionalidades e permissões específicas por usuário do sistema e por perfis de usuários.
- 1.4. Caso o usuário esteja vinculado a mais de um perfil, no momento em que ele realizar o login, deverá escolher qual o perfil será utilizado.
  - 1.4.1. Alternativamente, o sistema pode realizar o cálculo automático das permissões do usuário de acordo com os perfis já vinculados a ele sem que haja necessidade de seleção de perfil.
- 1.5. Possuir mecanismo de autenticação e autorização de usuários do sistema, conforme **Anexo III - Requisitos Técnicos**.
- 1.6. Disponibilizar na base de dados todas as tabelas utilizadas pelo Plano de Assistência à Saúde, Programa de Odontologia Preventiva (POP), Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) e o Exame Odontológico Periódico (EOP), bem como as utilizadas no mercado de saúde suplementar, com possibilidade de expansão dos dados:
  - 1.6.1. Tabelas próprias do Plano de Assistência à Saúde, Programa de Odontologia Preventiva (POP) e o Exame Odontológico Periódico (reembolso, tabelas de valores dos planos de saúde, etc);
  - 1.6.2. Tabelas de normas técnicas e honorários dos procedimentos oferecidos;
  - 1.6.3. Tabelas de CIDs, RENAME e PMC (Preço Máximo ao Consumidor) do PAF (Programa de Assistência Farmacêutica);
  - 1.6.4. Tabela de CIDs válidos no PAF (Programa de Assistência Farmacêutica);
  - 1.6.5. Tabelas de benefícios e serviços do Plano de Assistência à Saúde, Programa de Odontologia Preventiva (POP) e o Exame Odontológico Periódico (EOP);
  - 1.6.6. Tabelas de regras de negócio de utilização dos serviços do Plano de Assistência à Saúde, Programa de Odontologia Preventiva (POP), Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) e o Exame Odontológico Periódico (EOP).

- 1.7. Possuir mecanismo de atualização de tabelas com registro de vigência e histórico de dados para que as cobranças sejam efetuadas de acordo com os valores vigentes à época do atendimento. O mecanismo de reajustamento deverá permitir a atualização de itens por grupos ou individual, de forma automática (reajustes lineares) ou manual.
- 1.8. Possuir mecanismo de atualização de tabelas externas (ex: CID, RENAME, PMC, dentre outras) por meio de arquivos eletrônicos para carga de dados, com data de vigência e manutenção de histórico.
- 1.9. Itens de cadastros que estejam desativados não devem estar disponíveis para lançamento de novos itens, apenas para visualização de registros a que eles estejam vinculados.
- 1.10. Visando resultados mais abrangentes, os mecanismos de busca não devem ser case-sensitive e devem desconsiderar acentos ou caracteres especiais.
- 1.11. Sempre que possível, deve ser utilizado recurso de autocompletar nos campos de busca.
  - 1.11.1. Os campos de seleção por beneficiários, medicamentos e procedimentos obrigatoriamente devem utilizar esse recurso.
- 1.12. Possuir todos os módulos sincronizados, interligados e integrados em tempo real e multiusuários de acordo com as regras especificadas na seção "Integrações entre Sistemas" do **Anexo III - Requisitos Técnicos**.
- 1.13. Permitir que o Credenciado autentique o Beneficiário por uma das seguintes formas:
  - 1.13.1. o Credenciado coleta a biometria, por meio de reconhecimento facial, do Beneficiário no momento do atendimento;
  - 1.13.2. o Credenciado autentica o Beneficiário através de token, que deve ser enviado pelo sistema ao Beneficiário por SMS, pelo aplicativo ou pelo e-mail cadastrado no sistema;
  - 1.13.3. Deve ser utilizado preferencialmente método de autenticação por meio de biometria facial (1.13.1), sendo a forma de autenticação secundária (1.13.2), utilizada apenas em casos de impedimento do uso de reconhecimento facial, como por exemplo em situação de atendimento remoto.
- 1.14. A solução deve permitir que o Beneficiário realize agendamento de procedimentos com o Credenciado de acordo com os horários disponibilizados por esse.
- 1.15. Permitir emissão de diversos relatórios nos formatos CSV e PDF, quando cabível.

- 1.15.1. Cada relatório deve ser acessado somente pelos perfis autorizados e estes apenas podem visualizar dados dos quais possuem competência.
- 1.16. Permitir que todos os perfis envolvidos em qualquer solicitação na solução consultem, a qualquer tempo, o estado da solicitação, sendo apresentado todo o histórico das ações já realizadas.
- 1.17. A solução deverá disponibilizar mural de avisos para beneficiários e credenciados, segmentados por Benefício e/ou Perfil de Usuário.
- 1.18. Disponibilizar aplicativo mobile permitindo ao Beneficiário acessar o extrato de utilização, consultar a rede credenciada de atendimento, acessar a carteirinha digital do TRTer Saúde e acompanhar os pedidos de autorização de procedimentos e solicitações de reembolso.
- 1.19. Disponibilizar aplicativo mobile permitindo ao Credenciado realizar a autenticação do Beneficiário na execução do procedimento, acompanhar os pedidos de autorização de procedimentos e o status do processo de pagamentos.
- 1.20. Cada relatório deve ser acessado somente pelos perfis autorizados e estes apenas podem visualizar dados dos quais possuem competência.
- 1.21. A solução deve disponibilizar canal de comunicação entre o Beneficiário e os perfis administrativos e entre o Credenciado e os perfis administrativos vinculados diretamente a ele para esclarecimento de dúvidas, comunicação de abandono de tratamento, de desistência de tratamento, etc.

## 2. Gestão de beneficiários do Plano de Saúde

Esse processo tem por objetivo permitir a inclusão e exclusão de benefícios de saúde para os servidores, magistrados, pensionistas e dependentes, conforme os requisitos estabelecidos nos Regulamentos do Plano de Assistência à Saúde, Programa de Odontologia Preventiva (POP), Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) e o Exame Odontológico Periódico.

### 2.1. Inclusão de benefícios

- 2.1.1. Permitir que um Beneficiário Titular selecione a pessoa para a qual deseja incluir um ou mais benefícios: ele próprio e/ou para um Dependente.
  - 2.1.1.1. No caso de inclusão para um Dependente, o Beneficiário Titular deverá informar o CPF do

Dependente e a solução deverá buscar em tempo real os dados dele utilizando as interfaces especificadas na seção "Integrações entre sistemas" do **Anexo III - Requisitos Técnicos**.

- 2.1.1.2. Caso o Dependente não seja encontrado a partir do número de CPF, deve-se exibir mensagem orientando que o Beneficiário Titular realize o cadastro na Secretaria de Pessoal, em caso de servidor, ou na Secretaria Geral da Presidência, em caso de magistrado, conforme MENSAGEM\_011 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
- 2.1.2. Permitir que o Beneficiário Titular selecione os benefícios que deseja incluir: TRTer Saúde, Plano de Assistência Médico-Hospitalar Contratado, Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) e Programa de Odontologia Preventiva (POP).
  - 2.1.2.1. O envio do pedido de inclusão só pode ser realizado para beneficiários que ainda não tenham se inscrito naquele benefício e que tenham o direito de inclusão nele, de acordo com o especificado na Tabela 1 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.
  - 2.1.2.2. O Beneficiário não poderá realizar a solicitação de inclusão no benefício Plano de Saúde Contratado - Decisão Judicial. Esta inclusão só poderá ser realizada pelo Administrador do Plano de Saúde.
  - 2.1.2.3. As regras de negócio utilizadas para inclusão de benefícios para Dependentes estão descritas no **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**. Para a inclusão de alguns benefícios para Dependentes, é necessário que o Beneficiário Titular também tenha se inscrito no benefício, enquanto que, para outros casos, é permitido apenas a inclusão do Beneficiário Dependente.
    - 2.1.2.3.1. Nos casos de obrigatoriedade da inclusão do benefício para o Beneficiário Titular, se o mesmo selecionar um benefício para um Dependente em que ele mesmo ainda não tenha se inscrito, a solução deve automaticamente selecionar o mesmo benefício para o Beneficiário Titular.

- 2.1.3. O sistema deverá permitir que todo magistrado e servidor ativo em exercício no TRT-MG cadastrado na base do SIGEP (seção “Integração entre sistemas” do **Anexo III - Requisitos Técnicos**) seja incluído automaticamente no Programa de Exame Odontológico Periódico.
- 2.1.4. Permitir que o Beneficiário Titular realize obrigatoriamente o upload da Declaração de Não Acumulação de Benefício emitida pelo órgão de origem, caso a inclusão seja para um Servidor Público em exercício Provisório, Requisitado, Cedido ou Removido.
  - 2.1.4.1. O upload da Declaração de Não Acumulação de Benefício só deve ser exigido na inclusão do primeiro benefício.
  - 2.1.4.2. A solução deverá abrir campo para registrar a data da emissão da Declaração de Não Acumulação de Benefício, que tem validade de um ano, devendo a solução notificar o Beneficiário Titular utilizando a MENSAGEM\_012 do **Anexo V - Mensagens e Declarações** sobre a necessidade de renovação dessa declaração com 30 dias de antecedência, permitindo que o mesmo faça o upload de um novo documento.
  - 2.1.4.3. Não deverão ser autorizados novos procedimentos para o Beneficiário Titular e seus dependentes caso a Declaração de Não Acumulação de Benefício esteja vencida há 30 dias.
- 2.1.5. Permitir que, caso a inclusão de benefícios seja para um Dependente, o Beneficiário Titular:
  - 2.1.5.1. Revise os dados de nome, data de nascimento e parentesco recuperados, utilizando as interfaces especificadas na seção “Integrações” do **Anexo III - Requisitos Técnicos**.
  - 2.1.5.2. Preencha ou atualize o campo de parentesco com uma das opções possíveis disponíveis na tabela do item i.4.1.6 do **Anexo III - Requisitos Técnicos** e realize o upload dos Documentos comprobatórios de parentesco necessários para cada tipo de dependente, conforme a Tabela 3 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.
- 2.1.6. Permitir que o Beneficiário Titular marque, numa espécie de checkbox, o aceite nas declarações DECLARACAO\_001, DECLARACAO\_002,

DECLARAÇÃO\_003, DECLARAÇÃO\_008 e a autorização AUTORIZAÇÃO\_001 especificadas no **Anexo V - Mensagens e Declarações** e protocole a solicitação de inclusão.

2.1.6.1. Em caso de solicitação de inclusão no Programa de Assistência Farmacêutica, o sistema deve permitir que o Beneficiário Titular marque também as declarações DECLARACAO\_004, DECLARACAO\_005 e DECLARACAO\_006 contidas no **Anexo V - Mensagens e Declarações**.

2.1.6.2. A solução deve gerar um número de protocolo da inclusão, notificar o Beneficiário Titular (MENSAGEM\_0013) e gerar um alerta para o Técnico Administrativo do Plano de Saúde (MENSAGEM\_0014), informando a necessidade de atuação do mesmo. Ambas as mensagens estão contidas no **Anexo V - Mensagens e Declarações**.

2.1.7. O Técnico Administrativo do Plano de Saúde deverá analisar a solicitação de inclusão do Benefício, devendo a solução permitir:

2.1.7.1. Realizar o download dos documentos comprobatórios incluídos na solicitação;

2.1.7.2. Atualizar o campo "Parentesco" (quando necessário) e preencher o campo "Tipo da Dependência", com uma das opções possíveis disponíveis na Tabela do item i.4.1.7 do **Anexo III - Requisitos Técnicos**.

2.1.7.3. Disponibilizar ao Técnico Administrativo do Plano de Saúde campos de preenchimento opcional para incluir nº do processo (e-PAD) e observação em campo com no mínimo 1000 caracteres.

2.1.8. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde aprove ou reprove a solicitação de inclusão do benefício:

2.1.8.1. Em caso de reprovação, permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde especifique obrigatoriamente o motivo da reprovação em um campo de texto com pelo menos 1000 caracteres e devolva a solicitação para o Beneficiário Titular:

2.1.8.1.1. O Beneficiário Titular deve receber uma notificação informando sobre a devolução da solicitação

(MENSAGEM\_015 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**).

- 2.1.8.1.2. Permitir que o Beneficiário Titular corrija os dados solicitados e inclua novos documentos comprobatórios, caso necessário.
- 2.1.8.1.3. Permitir que o Beneficiário Titular envie novamente a solicitação com os dados corrigidos para análise.
- 2.1.8.2. Em caso de aprovação, a solução deve enviar a solicitação de inclusão de benefício utilizando as interfaces especificadas na seção “Integração entre sistemas” do **Anexo III - Requisitos Técnicos** e processar o seu retorno:
  - 2.1.8.2.1. Em caso de sucesso na inclusão do benefício:
    - 2.1.8.2.1.1. Se a vigência de inclusão do benefício que foi retornada é válida, a solução deverá armazenar a vigência de inclusão e notificar o Beneficiário Titular sobre a inclusão do benefício utilizando a MENSAGEM\_016 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
    - 2.1.8.2.1.2. Se a vigência de inclusão do benefício que foi retornada é nula, significa que a inclusão do benefício ainda está sendo processada, em geral por um parceiro externo. Essa situação ocorre especialmente para o benefício Plano de Assistência
    - 2.1.8.2.1.3. Médico-Hospitalar Contratado. Nesse caso, a solução deverá aguardar a inclusão do benefício pelo parceiro e a atualização da situação e da vigência de inclusão do benefício será realizada através da rotina de conciliação diária, descrita no item 2.1.9.
  - 2.1.8.2.2. Em caso de erro na inclusão de algum benefício, a solução deverá notificar o Técnico Administrativo do Plano de Saúde, exibindo o erro que foi retornado

e permitindo que o mesmo faça o reenvio da solicitação após as correções necessárias.

2.1.8.2.2.1. Apenas inclusões com erros podem ser reenviadas.

2.1.9. A solução deverá executar uma rotina diária de conciliação de benefícios utilizando as interfaces especificadas na seção “Integração entre sistemas” do **Anexo III - Requisitos Técnicos**, visando identificar alterações nas vigências de inclusão e exclusão de benefícios que não tiveram suas solicitações processadas de forma online, bem como tratar eventuais erros:

2.1.9.1. Ao identificar uma nova vigência de inclusão ou de exclusão para um benefício, a solução deve verificar se existe uma solicitação para inclusão ou exclusão (de acordo com o caso) do benefício em questão protocolada pelo Beneficiário Titular:

2.1.9.1.1. Em caso positivo, a solução deverá armazenar a vigência e notificar o Beneficiário Titular sobre a inclusão ou exclusão do benefício utilizando as mensagens MENSAGEM\_016 e MENSAGEM\_017 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**, de acordo com o caso.

2.1.9.1.2. Em caso negativo, a solução deverá notificar o Técnico Administrativo do Plano de Saúde sobre a divergência de inclusão ou exclusão dos benefícios, para que a mesma seja analisada e sanada.

2.1.10. Permitir que tanto o Técnico Administrativo do Plano de Saúde quanto o Beneficiário Titular consultem, a qualquer tempo, o estado de uma solicitação de inclusão de benefício, sendo apresentado o histórico das ações já realizadas.

## 2.2. Exclusão de benefícios

2.2.1. Permitir que o Beneficiário Titular selecione a pessoa para a qual deseja excluir benefícios: ele próprio ou para um dependente.

2.2.2. Permitir que o Beneficiário Titular selecione os benefícios que deseja excluir.



- 2.2.2.1. A solução deve apresentar como opção de exclusão apenas os benefícios em que o beneficiário esteja regularmente inscrito.
- 2.2.2.2. Em caso de exclusão do Beneficiário Titular, os dependentes também deverão ser excluídos automaticamente.
- 2.2.3. A solução deve se comportar de maneira semelhante ao que foi especificado para a inclusão em relação a seleção automática dos benefícios a serem excluídos, seguindo as regras de negócio especificadas no **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.
- 2.2.4. Permitir que o Beneficiário Titular selecione o motivo da exclusão com uma das opções possíveis disponíveis na Tabela 4 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.
  - 2.2.4.1. Caso seja selecionado o motivo "Óbito", o Beneficiário Titular deve realizar obrigatoriamente o upload da certidão de óbito.
  - 2.2.4.2. Caso seja selecionado o motivo "Outros", permitir que o Beneficiário Titular escreva o motivo da exclusão em um campo de texto com pelo menos 1000 caracteres.
- 2.2.5. Permitir que o Beneficiário Titular assinale as declarações DECLARACAO\_009 e DECLARACAO\_010, conforme o caso de exclusão, e a DECLARACAO\_011, todas elas especificadas no **Anexo V - Mensagens e Declarações** e protocole a solicitação de exclusão.
  - 2.2.5.1. A solução deve gerar um número de protocolo da exclusão, notificar o Beneficiário Titular nos moldes da MENSAGEM\_013 e gerar um alerta para o perfil Técnico Administrativo do Plano de Saúde (MENSAGEM\_014), informando a necessidade de atuação do mesmo. Ambas as mensagens encontram-se no **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
- 2.2.6. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde analise a solicitação e realize o download dos documentos comprobatórios incluídos na solicitação.
- 2.2.7. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde aprove ou reprove a solicitação de exclusão do benefício:
  - 2.2.7.1. Em caso de reprovação, permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde especifique o motivo da reprovação em um campo de texto com pelo menos 1000 caracteres e devolva a solicitação para o Beneficiário Titular:

- 2.2.7.1.1. O Beneficiário Titular deve receber uma notificação informando sobre a devolução da solicitação conforme MENSAGEM\_015 do **Anexo V - Mensagens e Declarações.**
- 2.2.7.1.2. Permitir que o Beneficiário Titular corrija os dados solicitados e inclua novos documentos comprobatórios, caso necessário.
- 2.2.7.1.3. Permitir que o Beneficiário Titular envie novamente a solicitação com os dados corrigidos para análise.
- 2.2.7.2. Em caso de aprovação, a solução deve enviar a solicitação de exclusão de benefício utilizando as interfaces especificadas na seção “Integrações” do **Anexo III - Requisitos Técnicos** e processar o seu retorno:
  - 2.2.7.2.1. Em caso de sucesso na exclusão do benefício:
    - 2.2.7.2.1.1. Se a vigência de exclusão do benefício que foi retornada é válida, a solução deverá armazenar a vigência de exclusão e notificar o Beneficiário Titular sobre a exclusão do benefício utilizando a MENSAGEM\_017 do **Anexo V - Mensagens e Declarações.**
    - 2.2.7.2.1.2. Se a vigência de exclusão do benefício que foi retornada é nula, significa que a exclusão do benefício ainda está sendo processada. Nesse caso, a solução deverá aguardar a exclusão do benefício e a atualização da situação e da vigência de exclusão do benefício será realizada através da rotina de conciliação diária, descrita no fluxo de Inclusão de Benefícios.
  - 2.2.7.2.2. Em caso de erro na exclusão de algum benefício, a solução deverá notificar o Técnico Administrativo do Plano de Saúde, exibindo o erro que foi retornado e permitindo que o mesmo faça o

reenvio da solicitação após as correções necessárias.

2.2.7.2.2.1. Apenas exclusões com erros podem ser reenviadas.

## 2.3. Rotina de exclusão automática de benefícios

2.3.1. A solução deve executar periodicamente uma rotina de exclusão automática de benefícios em batch que busca por beneficiários ativos que não têm mais direito aos benefícios e, em seguida, incluir uma solicitação de exclusão dos mesmos, que deverá seguir o mesmo fluxo e regras de uma exclusão manual.

2.3.2. As seguintes classes de beneficiários não possuem direito ao Plano de Saúde:

2.3.2.1. Beneficiários Dependentes, Pensionistas-Cônjuge e Pensionista-Filho que possuem benefícios ativos e tornaram-se servidores ou magistrados do TRT-MG.

2.3.2.2. Beneficiários Dependentes (cônjuges/companheiros) cujos titulares estejam com estado civil diferente de 'Casado' ou 'União estável'.

2.3.2.3. Beneficiários Titulares, bem como seus dependentes, que tenham sido desligados do TRT-MG ou estejam com o registro de falecido.

2.3.2.4. Beneficiários Titulares, bem como seus dependentes, que estejam gozando de licença sem vencimentos, licença para tratar de interesses particulares ou licença para acompanhar cônjuge sem vencimentos.

2.3.2.4.1. Em caso de beneficiários que estejam gozando licença sem vencimento e opte por permanecer com a contribuição previdenciária, deverão permanecer no plano de saúde e o pagamento de mensalidade, se for o caso, e coparticipação deverá ser feito por meio de GRU.

2.3.2.5. Dependentes com parentesco Guarda Judicial e Menor sob guarda que irão completar 18 anos em qualquer dia do mês M, onde M é o mês em que a rotina está sendo executada.

2.3.2.6. Dependentes com parentesco Filho ou Enteadado que não são estudantes e irão completar 21

- anos em qualquer dia do mês M, onde M é o mês em que a rotina está sendo rodada.
- 2.3.2.7. Dependentes com parentesco Filho ou Enteadado, comprovadamente estudantes, que irão completar 24 anos em qualquer dia do mês M, onde M é o mês em que a rotina está sendo rodada.
- 2.3.2.8. Especificamente, o benefício Exame Odontológico Periódico só pode ser concedido para servidores e magistrados ativos no TRT-MG. Logo, a solução deve excluir automaticamente esse benefício para todo magistrado ou servidor ativo que tiver seu exercício interrompido ou suspenso no TRT-MG.
- 2.3.2.9. Especificamente, o Programa de Odontologia Preventiva só pode ser concedido para dependentes filhos/enteados/menores sob guarda com até 13 anos incompletos. Logo, a solução deve excluir automaticamente esse benefício para todo beneficiário dependente que ultrapassar esse limite de idade.

### 3. Gestão da rede credenciada

Esse processo tem por objetivo gerir a rede credenciada do TRTer Saúde em todo o seu ciclo de vida, desde o processo de credenciamento do Proponente, passando por sua inclusão efetiva no TRTer Saúde e terminando em seu descredenciamento.

O processo de credenciamento de proponente é composto pelas seguintes etapas: cadastro do proponente, envio da proposta, análises administrativa e técnica da proposta, homologação da proposta, assinatura do termo de credenciamento e inclusão do Credenciado no catálogo da rede credenciada.

#### 3.1. Credenciamento - Cadastro do Proponente

- 3.1.1. Permitir que o Proponente, seja ele pessoa física ou jurídica, realize o cadastro dos dados de sua proposta no formulário disponibilizado pelo sistema.
- 3.1.2. Para Pessoa Jurídica:
- 3.1.2.1. O Proponente deve inserir o CNPJ da matriz e a solução deve validar o CNPJ na Receita Federal, preenchendo automaticamente todos os dados da empresa que estiverem

disponíveis na consulta, minimamente a razão social e o nome fantasia.

3.1.2.2. O Proponente deverá preencher os dados obrigatórios:

3.1.2.2.1. Dados Básicos: razão social, nome fantasia, telefone comercial, telefone celular, e-mail.

3.1.2.2.2. Endereço: endereços comerciais (Rua/Av, nº, complemento, bairro, cidade, UF, CEP - validar no site dos Correios).

3.1.2.2.3. Dados do Representante Legal: nome, nome social (opcional), CPF, telefone.

3.1.2.2.4. Dados Fiscais: nº da inscrição municipal.

3.1.2.2.5. Dados de Responsabilização Técnica: nº do registro do CNPJ no conselho profissional da respectiva Categoria.

3.1.2.2.6. Responsável Técnico: nome, nome social (opcional), CPF, conselho de classe profissional cadastrado, nº de registro no conselho de classe profissional.

3.1.2.2.7. Dados bancários: nome do banco, nº do banco, agência, conta corrente.

3.1.2.3. O Proponente deverá cadastrar o Corpo Clínico, contendo os dados e documentação de cada profissional que fará parte do corpo clínico:

3.1.2.3.1. Preencher os campos obrigatórios: nome completo, data de nascimento, CPF, formação acadêmica (graduação, ano de conclusão e instituição em que se formou), nº do registro no conselho profissional.

3.1.2.3.2. Realizar o upload dos documentos obrigatórios para cadastro de Corpo Clínico, conforme especificado na Tabela 6 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.

3.1.2.4. Permitir que o Proponente opte por cadastrar outras formações, como pós-graduação (com registro do curso, ano de conclusão e instituição) e uma breve apresentação de suas principais experiências profissionais.

3.1.2.4.1. No caso da categoria Psicologia, deve permitir também campo para o cadastro

- da abordagem psicoterápica e público-alvo de atendimento.
- 3.1.2.4.2. Deve haver um campo para que o profissional registre o seu consentimento na publicação dos dados de cadastro opcional no catálogo da Rede Credenciada e demais espaços pertinentes do portal do Beneficiário.
- 3.1.2.5. Permitir que o Proponente cadastre uma ou mais filiais. Para cada CNPJ (matriz/filiais) cadastrado, é necessário preencher todos os dados apresentados anteriormente e apresentar a documentação relativa a cada CNPJ, conforme especificado no **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.
- 3.1.3. Para Pessoa Física:
- 3.1.3.1. O Proponente deve inserir o CPF e a solução deve validar o CPF na Receita Federal, preenchendo automaticamente todos os dados que estiverem disponíveis na consulta, minimamente o nome e data de nascimento.
- 3.1.3.2. O Proponente deverá preencher os dados obrigatórios:
- 3.1.3.2.1. Dados Básicos: nome; nome social (opcional); data de nascimento; sexo; NIT - PIS ou PASEP ou INSS; nº do registro no conselho; e-mail; telefone comercial; telefone celular;
- 3.1.3.2.2. Endereço comercial: (Rua/Av., nº, complemento, bairro, cidade, UF, CEP - validar no site dos Correios);
- 3.1.3.2.3. Dados Fiscais: nº da inscrição municipal.
- 3.1.3.2.4. Dados de Responsabilização Técnica: nº do registro no conselho profissional da respectiva Categoria.
- 3.1.3.2.5. Dados bancários: nome do banco, nº do banco, agência, conta corrente.
- 3.1.4. Permitir que o Proponente selecione uma ou mais Categorias na qual deseja se credenciar, bem como as Especialidades dentro de cada uma das Categorias e suas Modalidades, quando aplicável.
- 3.1.4.1. As Categorias, Especialidades e Modalidades existentes no TRTer Saúde estão especificadas na Tabela 7 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.

- 3.1.4.2. O Proponente poderá se inscrever em mais de uma Categoria ao mesmo tempo, bem como em mais de uma Especialidade por Categoria.
- 3.1.4.3. Em se tratando das especialidades em Odontologia e Psicologia, o Proponente poderá se inscrever em mais de uma modalidade.
- 3.1.5. O Proponente deverá realizar o upload dos documentos obrigatórios exigidos para o credenciamento, de acordo com a(s) categoria(s) e modalidade(s) desejada(s) e conforme especificado na Tabela 8 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.
  - 3.1.5.1. Para cada documento incluído, o Proponente deve selecionar o tipo do documento que está sendo incluído e preencher o campo "Data de Validade" ou registrar que o vencimento é indeterminado.
  - 3.1.5.2. Só deverão ser permitidas datas de vencimento no futuro.
  - 3.1.5.3. Deve ser permitida a inclusão de um número indeterminado de documentos.
- 3.1.6. Permitir que, durante qualquer etapa do preenchimento, o Proponente salve o rascunho da proposta, permitindo que esta seja editada e enviada posteriormente. Neste caso, o status da proposta deve ser "Proposta em Elaboração".

## 3.2. Credenciamento - Envio da proposta

- 3.2.1. Permitir que o Proponente realize o aceite da proposta nos termos da declaração de não impedimento, para Pessoa Jurídica conforme DECLARACAO\_012 e para Pessoa Física conforme DECLARACAO\_013 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
- 3.2.2. Permitir que o Proponente registre a declaração de concordância das condições do edital, conforme DECLARACAO\_014 do **Anexo V - Mensagens e Declarações** e envie a sua proposta de credenciamento para análise.
  - 3.2.2.1. Uma proposta somente poderá ser submetida para análise quando todos os seus campos obrigatórios estiverem devidamente preenchidos e todos os documentos obrigatórios com os respectivos arquivos anexados.
    - 3.2.2.1.1. A solução deve indicar os dados ou documentos obrigatórios não informados

ou preenchidos de maneira incorreta pelo Proponente.

- 3.2.2.2. Ao submeter uma proposta devidamente preenchida para a análise, a solução deve automaticamente gerar um número de protocolo, disparar um e-mail com o número do protocolo para o Proponente e alterar o status da proposta para “Proposta Enviada”.
- 3.2.3. Devem ser barradas pela solução propostas de Proponentes que figurem entre a lista de impedidos, conforme Tabela 9 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.
- 3.2.4. A solução deve emitir um alerta e notificar por e-mail o Técnico Administrativo do Plano de Saúde quando uma proposta de credenciamento for enviada.
- 3.2.5. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde confirme o recebimento de uma proposta enviada, alterando o status da mesma para “Proposta em Análise”.
- 3.2.6. Permitir que o Proponente ou Técnico Administrativo do Plano de Saúde exportem uma proposta de credenciamento. Deve haver uma funcionalidade que permita exportar em formato PDF todos os dados do cadastro, incluindo as certidões e documentos anexados.
  - 3.2.6.1. Exportar em arquivo único no formato PDF.

### 3.3. Credenciamento - Análise Administrativa

- 3.3.1. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde visualize os dados e documentos cadastrados pelo Proponente.
- 3.3.2. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde valide cada documento incluído pelo Proponente e assinale a sua conformidade ou não em relação às regras contidas no edital de credenciamento.
- 3.3.3. Em caso de não conformidade de qualquer dado ou documento obrigatório, permitir que a proposta seja devolvida para o Proponente sanear as pendências indicadas pelo Técnico Administrativo do Plano de Saúde em um campo de texto livre com no mínimo 1000 caracteres.
  - 3.3.3.1. Nesse caso, a solução deverá notificar o Proponente e permitir que ele realize as correções especificadas, retificando os dados



inseridos e/ou incluindo nova documentação em até **15** dias úteis, considerando o calendário do TRT-MG para a cidade de Belo Horizonte. Caso a proposta não seja corrigida e reenviada no prazo especificado, essa será reprovada automaticamente pelo sistema e o Proponente será obrigado a cadastrar uma nova proposta de credenciamento.

- 3.3.4. A proposta de credenciamento deve seguir para a Análise Técnica da correspondente Categoria somente quando a Análise Administrativa estiver concluída, com a aprovação de todos os dados e documentos obrigatórios incluídos pelo Proponente.

### 3.4. Credenciamento - Análise Técnica

- 3.4.1. Permitir que o Técnico de Saúde da Categoria visualize os dados e documentos cadastrados pelo Proponente.
- 3.4.2. Permitir que o Técnico de Saúde da Categoria valide cada documento incluído pelo Proponente para comprovação de qualificação técnica na(s) especialidade(s) selecionada(s), assinalando a sua conformidade ou não em relação às regras contidas no edital de credenciamento.
- 3.4.3. Permitir que o Técnico de Saúde da Categoria registre para quais especialidades e modalidades a proposta foi aprovada.
- 3.4.4. Permitir que o Técnico de Saúde da Categoria registre as especialidades ou modalidades reprovadas, quando for o caso, com a justificativa em campo de texto de no mínimo 1000 caracteres.
- 3.4.5. Após o deferimento ou indeferimento de todas as especialidades e modalidades solicitadas, o status da proposta deve ser alterado no sistema para “Aprovada”, “Aprovada Parcialmente” ou “Reprovada”.
  - 3.4.5.1. Aprovada será a proposta deferida integralmente; Aprovada Parcialmente trata-se da proposta em que parte dela foi indeferida e outra parte deferida; Reprovada trata-se da proposta indeferida integralmente.
- 3.4.6. A solução deve emitir notificação automática para o e-mail cadastrado do Proponente, informando o resultado final da etapa de Análise Técnica e as orientações sobre os próximos passos, conforme o caso:

- 3.4.6.1. Se a proposta foi Aprovada ou Aprovada Parcialmente, informar que a proposta segue para a etapa de homologação.
- 3.4.6.2. Se a proposta foi reprovada, informar o motivo e observações.
- 3.4.7. As propostas de credenciamento aprovadas devem ser encaminhadas automaticamente pela solução para a etapa de homologação.
- 3.4.8. A solução deve permitir a interposição de recurso pelo Proponente nos casos de indeferimento integral ou parcial da proposta.
  - 3.4.8.1. A solução deve disponibilizar campo com no mínimo 2000 caracteres para preenchimento da justificativa de recurso e permitir o upload de novos documentos, de número indeterminado.
  - 3.4.8.2. Somente pode ser solicitado um único recurso por indeferimento ou proposta de credenciamento reprovada.
  - 3.4.8.3. Decorrido o prazo de 5 dias úteis, considerando o calendário do TRT-MG para cidade de Belo Horizonte, sem recurso, a proposta reprovada deverá ser arquivada no sistema.

### 3.5. Credenciamento - Homologação

- 3.5.1. Gerar lista de propostas aprovadas a serem homologadas, contendo os seguintes dados:
  - 3.5.1.1. Para Pessoa Jurídica: razão social; nome fantasia; CNPJ; nº do protocolo da proposta; categoria, especialidade e modalidade aprovada, conforme o caso.
  - 3.5.1.2. Para Pessoa Física: nome completo; CPF; nº do protocolo da proposta; categoria, especialidade e modalidade aprovada, conforme o caso.
- 3.5.2. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde valide periodicamente a lista de propostas aprovadas, completa ou parcialmente, e envie a lista de propostas validadas para homologação pelo Gestor do Plano de Saúde.
- 3.5.3. A solução deve notificar por e-mail ao Gestor do Plano de Saúde a existência de lista de propostas para homologação.
- 3.5.4. A solução deve permitir que o Gestor do Plano de Saúde realize o download da lista de homologação e, posteriormente, efetue o upload da lista assinada.

- 3.5.4.1. Em substituição ao item acima, permitir assinatura digital diretamente na solução por meio de certificado digital ICP-Brasil válido.
- 3.5.5. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde realize o download da lista de propostas homologadas em formato PDF em qualquer momento, por data de homologação.
- 3.5.6. Notificar, por e-mail e mediante alerta no sistema, a homologação da proposta de credenciamento ao Proponente. O corpo da mensagem de e-mail deve conter informações sobre o link da publicação e orientações acerca da assinatura do termo de credenciamento, conforme MENSAGEM\_020 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.

### 3.6. Credenciamento - Assinatura do Termo

- 3.6.1. Após a homologação da Proposta de Credenciamento, a solução deve disponibilizar o Termo de Credenciamento, com preenchimento automático dos dados do Proponente já cadastrados no sistema, para assinatura pelo Proponente.
- 3.6.2. A solução deve permitir que o Proponente realize o download do Termo de Credenciamento e, posteriormente, efetue o upload do Termo assinado.
  - 3.6.2.1. Em substituição ao item acima, permitir assinatura digital diretamente na solução por meio de certificado digital ICP-Brasil válido.
- 3.6.3. A solução deve emitir alerta para o Técnico Administrativo do Plano de Saúde e para o Gestor do Plano de Saúde quando o Termo de Credenciamento for assinado pelo Proponente.
- 3.6.4. A solução deve permitir que o Gestor do Plano de Saúde realize assinatura digital diretamente na solução por meio de certificado digital ICP-Brasil válido.
  - 3.6.4.1. Em substituição ao item acima, permitir que o Gestor do Plano de Saúde efetue o download do Termo de Credenciamento assinado pelo Proponente e, posteriormente, efetue o upload do Termo contendo a sua assinatura.
- 3.6.5. Após a assinatura do Termo de Credenciamento por ambas as partes a solução deverá:
  - 3.6.5.1. Registrar a data de vigência para início da prestação dos serviços, que tem prazo de 60 meses a contar da data da assinatura do gestor no Termo de Credenciamento.

3.6.5.2. Incluir o Credenciado no catálogo da Rede Credenciada e gerar um alerta aos Beneficiários dos novos Credenciados cadastrados.

3.6.5.2.1. Em se tratando de Pessoa Jurídica, a solução deverá disponibilizar aos Beneficiários os dados dos profissionais que compõem o corpo clínico vinculado.

3.6.5.3. Disponibilizar o Termo de Credenciamento para consulta ou realização de download por quaisquer dos perfis existentes na solução.

3.6.5.4. Permitir a consulta no catálogo da rede credenciada pelo nome da clínica ou pelo nome de profissional que integra o corpo clínico.

### 3.7. Gestão do credenciamento

3.7.1. Permitir que o Credenciado atualize os seus dados cadastrais a qualquer momento, devendo seguir as mesmas diretrizes descritas no processo de cadastro do Proponente e anexar os respectivos documentos obrigatórios listados na Tabela 10 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**, conforme os dados que se deseja alterar.

3.7.1.1. Nos casos não previstos previamente, o sistema deve permitir a inclusão de documentos, em quantidade indeterminada, com campo para identificação do documento.

3.7.2. Permitir a inclusão e/ou exclusão de profissionais no corpo clínico, categoria, especialidade e/ou modalidade de atendimento, exigidos o preenchimento dos dados e a inclusão dos documentos necessários para habilitação, conforme fluxo do processo de credenciamento, inclusive pedido de recurso.

3.7.2.1. A cada nova alteração, inclusão ou exclusão no cadastro, a solução deverá submeter o pedido ao Técnico Administrativo do Plano de Saúde e seguir as demais etapas do fluxo de credenciamento.

3.7.2.2. Após a aprovação do Técnico de Saúde da Categoria, a solução deverá atualizar as informações alteradas e modificar o catálogo da rede credenciada disponível para os Beneficiários, se for o caso.

3.7.3. Permitir o descredenciamento, a pedido do prestador ou por decisão do TRT-MG, sendo necessário em

ambos os casos o registro do motivo que enseja a rescisão.

- 3.7.3.1. Os pedidos requeridos pelos Credenciados devem gerar alerta para análise e aprovação pelo Técnico Administrativo do Plano de Saúde.
- 3.7.4. A solução deve permitir barrar novas solicitações a partir de descredenciamento anterior motivado pelo TRT-MG.
- 3.7.5. Prover mecanismos para gestão da rede credenciada, permitindo o acompanhamento de processos de credenciamento e descredenciamento, prazos de vigência, concessões de reajustes, suspensão do credenciado no catálogo, ampliação ou redução de rol de Beneficiários ou procedimentos cobertos, registro de penalidades aplicadas, dentre outros.
- 3.7.6. A solução deve permitir o cadastro de novas categorias, especialidades e modalidades, quando incluídas no TRTer Saúde, realizando a notificação aos Credenciados afetados por estas ampliações do rol de cobertura e colhendo sua concordância.
- 3.7.7. Permitir que o TRT-MG se cadastre enquanto Credenciado Pessoa Jurídica e a equipe técnica do órgão como corpo clínico, bem como o cadastro dos servidores do TRT-MG como Pessoas Físicas, dispensando em ambos os casos a inclusão dos documentos obrigatórios.

## 4. Gestão Financeira

Esse processo tem por objetivo gerir o faturamento do TRTer Saúde, processar a autorização de pagamento dos serviços prestados pelos credenciados; reembolso de despesas aos beneficiários e a cobrança das coparticipações devidas pelos beneficiários titulares cadastrados no plano de saúde, conforme parâmetros estabelecidos no Regulamento do Plano de Saúde.

### 4.1. Faturamento

- 4.1.1. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde visualize, por Competência, Categoria, Credenciado e Beneficiário, quais são os procedimentos autorizados para faturamento e que ainda não foram pagos.
  - 4.1.1.1. Em caso de procedimentos odontológicos, o Técnico Administrativo do Plano de Saúde

- deverá visualizar somente por nº do Plano de Tratamento Odontológico (PTO).
- 4.1.2. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde selecione os credenciados aptos a faturar e solicite o faturamento por competência aos mesmos.
- 4.1.2.1. A solução deverá notificar todos os Credenciados que foram selecionados, informando os procedimentos realizados a serem faturados, os valores e orientações sobre como emitir e/ou incluir o documento fiscal no SIGEO, conforme MENSAGEM\_019, do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
- 4.1.3. A solução deverá monitorar a inclusão e atualização da situação e dados dos documentos fiscais no SIGEO utilizando as interfaces especificadas na seção "Integração entre sistemas" do **Anexo III - Requisitos Técnicos**.
- 4.1.3.1. Uma vez incluído um novo documento fiscal por um Credenciado, a solução deverá fazer a associação do documento fiscal que foi incluído com a solicitação para faturamento e respectivos procedimentos autorizados pela solicitação.
- 4.1.3.1.1. Apenas documentos fiscais com valor idêntico ao solicitado deverão ser associados à solicitação de faturamento do Credenciado.
- 4.1.4. A solução deve gerar alertas para o Técnico Administrativo do Plano de Saúde quando houver documento fiscal de qualquer tipo incluído na plataforma do SIGEO com valor divergente do valor que foi solicitado para faturamento.
- 4.1.5. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde execute as seguintes atividades quando um documento fiscal for atestado no SIGEO (situação 3 - ATESTADO):
- 4.1.5.1. Registrar ou alterar os seguintes campos na solicitação de faturamento: Nº do documento fiscal enviado; Data da emissão do documento fiscal; Processo Principal (e-PAD).
- 4.1.5.2. Gerar o Termo de Recebimento Definitivo, conforme Documento 1 do **Anexo VII - Modelo de Documentos** e permitir a realização do seu download.
- 4.1.6. Permitir que o Administrador Financeiro preencha manualmente ou registre em lote, por meio de upload

de arquivo, o detalhamento das Retenções que constam no pagamento.

- 4.1.6.1. Para Pessoa Jurídica, as Retenções são: IRPJ, CSLL, COFINS, PIS/PASEP, e ISSQN.
- 4.1.6.2. Para Pessoa Física, as Retenções são: IRPF, INSS e ISSQN.
- 4.1.7. Para os documentos que estejam no estado PAGO a solução deve permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde notifique o Credenciado sobre o pagamento, incluindo valores bruto, líquido e retenções conforme MENSAGEM\_018 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
- 4.1.8. A solução deverá disponibilizar para o Credenciado relatório de pagamento, constando data da emissão da ordem bancária, nome dos beneficiários e os respectivos procedimentos realizados, valor bruto, retenções e valor líquido do pagamento.
- 4.1.9. Permitir que o Administrador do Plano de Saúde configure alertas na solução que deverá notificar periodicamente:
  - 4.1.9.1. O Credenciado, no caso de haver solicitações de faturamento pendentes de inclusão de documento fiscal no SIGEO;
  - 4.1.9.2. O Administrador Financeiro, no caso de haver documentos fiscais no estado PAGO cuja solicitação de faturamento ainda não contenha as informações que estão sob sua responsabilidade (informações sobre retenções);
  - 4.1.9.3. O Técnico Administrativo do Plano de Saúde, no caso de haver documentos fiscais atestados cuja solicitação de faturamento ainda não contenha as informações que estão sob sua responsabilidade (informação sobre o nº do processo).
  - 4.1.9.4. A solução deve permitir que seja configurada a periodicidade do envio do alerta em cada caso e a mensagem a ser enviada.

## 4.2. Cobrança de coparticipação dos titulares

- 4.2.1. Após liberação de faturamento, a solução deverá realizar o fechamento dos débitos de coparticipação e

disponibilizar automaticamente, em lote, as cobranças de todos os Beneficiários Titulares:

- 4.2.1.1. Os débitos relativos às utilizações de serviços pelos dependentes devem ser cobrados dos Beneficiários Titulares.
- 4.2.1.2. Os débitos de um Beneficiário Titular podem ser compostos por: débitos da competência atual, débitos retroativos de competências anteriores e débitos residuais (que não puderam ser cobrados anteriormente).
- 4.2.2. Para cada Beneficiário Titular incluído no lote de cobranças, a solução deve recuperar o tipo de débito habilitado para o Beneficiário Titular naquele mês utilizando as interfaces especificadas no **Anexo III -**

**Requisitos Técnicos:**

- 4.2.2.1. Se o tipo de débito é Débito em Folha, a solução deverá enviar os débitos para a Folha de Pagamento utilizando as interfaces especificadas no **Anexo III - Requisitos Técnicos**.
  - 4.2.2.1.1. O envio dos débitos deve ser separado por mês de competência, categoria e beneficiário. Isso significa que em um mesmo mês de competência poderão ter débitos retroativos e residuais somados, por exemplo.
  - 4.2.2.1.2. Débitos de dependentes devem ser identificados durante o envio.
- 4.2.2.2. Se o tipo de débito é GRU:
  - 4.2.2.2.1. A solução deverá automaticamente gerar uma GRU por competência, categoria e beneficiário, atendendo número de referência, conforme especificado na Tabela 12 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde** contendo o somatório de todos os débitos em aberto e notificar o Beneficiário Titular para pagamento.
- 4.2.2.3. Se o tipo de débito é Proposição de Débito, a solução deverá notificar o Técnico Administrativo do Plano de Saúde para que o mesmo realize o processo de proposição de débito, conforme MENSAGEM\_023 do **Anexo V - Mensagens e Declarações** identificando o Beneficiário Titular, Categoria, Valor e o Mês de competência.



- 4.2.3. Permitir o registro manual do pagamento de GRU e do nº do Processo de Proposição de Débito, bem como a realização de upload do comprovante de pagamento para baixa do débito no sistema.
- 4.2.4. Permitir retorno à FolhaWeb dos pagamentos efetivados por GRU .
- 4.2.5. Registrar o valor efetivamente descontado do Beneficiário Titular e o mês de competência dos débitos tipo Débito em Folha. Caso haja valor residual que não tenha sido descontado, este valor deve ser enviado novamente no próximo fechamento.

### 4.3. Reembolso de despesas

- 4.3.1. O Técnico Administrativo do Plano de Saúde é responsável pelos reembolsos do Plano TRTer Saúde e o Técnico Administrativo do PAF é responsável pelos reembolsos do PAF.
- 4.3.2. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde ou Técnico Administrativo do PAF, conforme o caso, confira e valide os Reembolsos devidos aos Beneficiários Titulares e seus Dependentes.
  - 4.3.2.1. Os pedidos de reembolso rejeitados deverão ser devolvidos ao Beneficiário Titular com a justificativa obrigatória do motivo de devolução.
- 4.3.3. Permitir que o Técnico Administrativo realize upload de arquivo contendo uma lista de reembolsos a serem executados.
- 4.3.4. Permitir que o Administrador do Plano de Saúde realize o fechamento dos Reembolsos naquele mês e envie-os em lote para a Folha-Web, utilizando as interfaces especificadas no **Anexo III - Requisitos Técnicos.**
  - 4.3.4.1. Os reembolsos autorizados relativos às utilizações de serviços pelos dependentes devem ser creditados para os Beneficiários Titulares.
  - 4.3.4.2. Os reembolsos devem ser realizados integralmente.
  - 4.3.4.3. Os reembolsos de um Beneficiário Titular podem ser compostos por: reembolsos da competência atual e reembolsos retroativos de competências anteriores (que não puderam ser creditados anteriormente).

- 4.3.5. A solução deverá verificar se o reembolso foi efetuado pela Folha-Web e registrar a competência em que o Beneficiário Titular recebeu o crédito.
- 4.3.6. Caso o reembolso não seja efetuado num prazo de 60 dias, a solução deverá notificar o Técnico Administrativo do Plano de Saúde, conforme MENSAGEM\_023 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**, identificando o Beneficiário Titular, Categoria, Valor e o Mês de competência para realizar a Promoção do reembolso via processo administrativo.
  - 4.3.6.1. A solução deverá permitir:
    - 4.3.6.1.1. O registro manual da efetivação do reembolso, com dados de nº do processo administrativo e nº da promoção.
    - 4.3.6.1.2. A realização de upload de documentos relativos ao processo administrativo.
    - 4.3.6.1.3. Registro do reembolso como PAGO no TRTer Saúde.

## 5. Procedimentos do TRTer Saúde

O TRTer-Saúde contempla procedimentos Pré-Autorizados e procedimentos que requerem Autorização Prévia.

Os pré-autorizados são aqueles procedimentos que já são autorizados automaticamente quando o Credenciado registra a solicitação no sistema. Os procedimentos que requerem autorização prévia são aqueles que devem passar por análise dos profissionais especialistas do TRT-MG para autorizar a sua execução.

Ambas configurações devem atender aos critérios básicos de utilização de cada procedimento, conforme descrito nos **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde** e **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.

### 5.1. Serviços Pré-Autorizados do TRTer Saúde

- 5.1.1. A solução deve verificar se o Credenciado está ativo e apto a realizar os serviços, permitindo ao Credenciado prestar atendimento somente nas Categorias, Especialidades e Modalidades habilitadas no Credenciamento.
  - 5.1.1.1. Caso o Credenciado esteja suspenso ou inativo, o registro de procedimentos deverá ser barrado para este Credenciado, gerando um

alerta sobre o motivo do impedimento de usar o sistema.

- 5.1.2. Permitir que o Credenciado selecione o Beneficiário que será atendido, verificando a elegibilidade do Beneficiário.
- 5.1.3. Permitir que o Credenciado selecione a Categoria, se houver mais de uma, a Especialidade e Modalidade de atendimento, conforme as opções existentes no TRTer Saúde que estão especificadas na Tabela 7 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.
- 5.1.4. Em se tratando de Pessoa Jurídica, a solução deve apresentar o corpo clínico cadastrado para que seja selecionado o Profissional Executante, que prestará diretamente o serviço.
- 5.1.5. Permitir que o Credenciado inclua os procedimentos que serão executados, validando todas as regras descritas na(s) Tabela(s) de Procedimentos da respectiva Categoria.
  - 5.1.5.1. Os códigos, descrições e regras de utilização dos procedimentos de cada Categoria estão especificados na(s) Tabela(s) de Procedimentos da respectiva Categoria no **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
- 5.1.6. A solução deve emitir um alerta ao Credenciado caso seja incluído um procedimento para um Beneficiário em desconformidade com os requisitos estabelecidos no **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
- 5.1.7. Especificamente para a Categoria “Programa de Imunização,” a solução deve:
  - 5.1.7.1. Registrar cada dose de vacina aplicada como um procedimento prestado.
  - 5.1.7.2. Permitir parametrizar as vacinas definindo: o tipo de vacina, o intervalo entre doses, nº de doses e a faixa etária para aplicação, conforme Tabela 8 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
  - 5.1.7.3. Caso a solicitação de aplicação da vacina esteja em desconformidade com os requisitos da Tabela 8 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**, a solução deverá exibir alerta ao Credenciado, conforme MENSAGEM\_022 do **Anexo V**, e possibilitar o registro da execução do procedimento somente se for efetuado pelo Credenciado o upload do pedido médico.
    - 5.1.7.3.1. Ao enviar o procedimento executado em desconformidade com os requisitos de

negócio para processar o faturamento, o Credenciado deverá registrar a sua concordância utilizando a DECLARACAO\_015 do **Anexo V - Mensagens e Declarações.**

- 5.1.7.3.2. A forma de autorização para esses casos de exceção deve ser configurável no sistema, podendo ser automática a partir do upload do pedido médico ou requerer análise prévia pelo Técnico Administrativo do Plano de Saúde e/ou Técnico de Saúde da respectiva Categoria.
- 5.1.8. Após o preenchimento dos dados do atendimento e validação com sucesso dos procedimentos lançados, a solução deve exibir para o Beneficiário quais procedimentos foram incluídos pelo Credenciado e autenticar o Beneficiário por uma das seguintes formas especificadas no item 1.13.
- 5.1.9. Em caso de Beneficiário Dependente de até 18 anos ou de dependente incapaz, de qualquer idade, a solução deve requerer autorização prévia do Beneficiário Titular, através de e-mail, SMS ou aplicativo, informando quais serviços serão autorizados.
  - 5.1.9.1. Para vacinas com mais de uma dose, a autorização do Beneficiário Titular se estende para as demais doses, até os limites de idade e demais parâmetros estabelecidos na Tabela 8 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso.**
- 5.1.10. Para os casos de atendimento presencial, a autenticação do atendimento será realizada somente se o Beneficiário estiver localizado dentro de um raio de 200 metros do endereço do Credenciado.
- 5.1.11. Todas as solicitações de atendimento devem ser registradas no sistema, permitindo posterior consulta a todos os perfis envolvidos nos procedimentos, através dos seus respectivos Portais.
- 5.1.12. Em se tratando do procedimento “Falta não justificada” especificado nas Tabelas do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**, a solução deve:
  - 5.1.12.1. Caso o agendamento da consulta tenha ocorrido por meio da agenda on-line do Credenciado, permitir que o Credenciado realize a cobrança da falta por meio de código correspondente, obedecendo as diferentes

regras por Categoria especificadas no **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso.**

- 5.1.12.2. Se o agendamento da consulta não ocorreu por meio da agenda on-line do Credenciado, permitir que o Credenciado registre o código correspondente à falta ocorrida.
  - 5.1.12.2.1. A solução deverá notificar o Beneficiário Titular com a MENSAGEM\_021 do **Anexo V - Mensagens e Declarações** sobre a cobrança de falta em consulta sem utilização da agenda online e permitir que o Beneficiário Titular autorize o registro, cobrança e pagamento ao Credenciado da falta ocorrida no Portal do Beneficiário e no aplicativo.
  - 5.1.12.2.2. Somente após a autorização pelo Beneficiário, o Credenciado poderá enviar a cobrança da consulta faltosa para Auditoria e Faturamento, conforme o caso.

## 5.2. Plano de Tratamento Odontológico (PTO)

### 5.2.1. Cadastro do PTO

- 5.2.1.1. Ao Credenciado acessar o sistema, a solução deve verificar se ele está ativo para prestar tratamentos odontológicos.
  - 5.2.1.1.1. Caso o Credenciado esteja inativo ou suspenso, o registro de procedimentos deverá ser barrado para este Credenciado, gerando um alerta sobre o motivo do impedimento de usar o sistema.
- 5.2.1.2. Permitir que o Credenciado selecione o Beneficiário que será atendido, verificando a elegibilidade do mesmo.
- 5.2.1.3. Permitir que o Credenciado selecione a Modalidade do atendimento, tendo como valor padrão “Em Consultório”.
- 5.2.1.4. Em se tratando de Pessoa Jurídica, permitir que o Credenciado identifique o Profissional Executante.

- 5.2.1.4.1. A solução deve apresentar o corpo clínico cadastrado para que seja selecionado o Profissional Executante, que prestará o serviço.
- 5.2.1.4.2. Em se tratando de credenciado em Urgência 24 horas, a solução deve disponibilizar um campo de preenchimento obrigatório, com cerca de 100 caracteres, para que o Credenciado realize o cadastro do nome e nº de CRO do Dentista Executante na base de dados da solução.
- 5.2.1.5. Permitir que o Credenciado inclua os procedimentos odontológicos que serão executados e que irão compor o PTO, validando cada procedimento incluído conforme as regras de exclusão e de inclusão de procedimentos, descritas na Tabelas 10 (Tabela Geral de Normas técnicas e Honorários Odontológicos do TRTer Saúde) do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
  - 5.2.1.5.1. A solução deve impedir que o Credenciado inclua no PTO procedimentos em desacordo com as regras de exclusão e de inclusão, procedimentos duplicados (para o mesmo dente e região/face) ou que estejam lançados em outro PTO enviado anteriormente, pelo mesmo ou por outro Credenciado, que encontra-se no estado “Aguardando Análise”.
- 5.2.1.6. A solução deve emitir alerta caso seja incluído um procedimento para um Beneficiário em desconformidade com os requisitos estabelecidos na Tabela 10 (Tabela Geral de Normas técnicas e Honorários Odontológicos do TRTer Saúde) do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
  - 5.2.1.6.1. Nesse caso, a solução disponibilizará um campo de preenchimento obrigatório, contendo no mínimo 2000 caracteres, para inclusão da justificativa pelo Credenciado e permitirá a realização de upload de exames ou documentação complementar.
- 5.2.1.7. Após a validação dos procedimentos cadastrados com sucesso, a solução deve

exibir para o Beneficiário quais procedimentos foram incluídos pelo Credenciado e a DECLARAÇÃO\_007 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.

- 5.2.1.8. Em seguida, o Beneficiário deverá ser autenticado por uma das seguintes formas especificadas no item 1.13.
- 5.2.1.9. Em caso de Beneficiário Dependente de até 18 anos ou de dependente incapaz, de qualquer idade, a solução deve requerer autorização prévia do Beneficiário Titular, através do e-mail ou aplicativo, informando quais serviços serão autorizados.
- 5.2.1.10. Para os casos de atendimento presencial, a autenticação do atendimento será realizada somente se o Beneficiário estiver localizado dentro de um raio de 200 metros do endereço do Credenciado.
- 5.2.1.11. Somente após a autenticação pelo Beneficiário, o PTO será encaminhado para a Auditoria, ainda que se trate de casos de desconformidade devidamente justificados.
- 5.2.1.12. O Credenciado deverá registrar e justificar quando tratar-se de casos em que a Auditoria deve ser avaliada com prioridade, devendo a solução classificar a solicitação como uma "Auditoria Urgente".

## 5.2.2. Distribuição dos PTOs

- 5.2.2.1. Sempre que o Credenciado enviar um PTO para a Auditoria, a solução deverá classificá-lo conforme as regras especificadas na Tabela 5 (Classificação dos Planos de Tratamento Odontológicos (PTO) por Especialidade) do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso** e permitir que o Técnico de Saúde ou o Técnico Administrativo Odontológico filtre e visualize cada plano de tratamento odontológico por classificação.
  - 5.2.2.1.1. A classificação deve ser configurável e permitir inclusão de novos códigos e especialidades.
- 5.2.2.2. A solução deve permitir que a distribuição dos PTOs classificados e que estejam aguardando análise seja realizada das seguintes formas, conforme configuração do sistema:

- 5.2.2.2.1. O Técnico Administrativo visualiza o conjunto de PTOs e atribui cada PTO a um Técnico de Saúde.
- 5.2.2.2.2. O Técnico de Saúde visualiza os PTOs e seleciona os que analisará.
- 5.2.2.2.3. A solução atribui automaticamente cada PTO a um Técnico de Saúde, com base na classificação dos PTOs e nas especialidades dos auditores.
- 5.2.2.3. Se um PTO já tiver sido analisado em Auditoria Inicial, ele deve ser atribuído na Auditoria Intermediária ou Final para o mesmo Técnico de Saúde que realizou a Auditoria Inicial.
- 5.2.2.4. Permitir a designação de uma Junta Odontológica para análise do PTO, quando necessário.
- 5.2.2.5. A solução deve permitir que um Técnico de Saúde transfira um PTO que está sob sua responsabilidade ou assuma um PTO que já foi atribuído a outro Técnico de Saúde.

### 5.2.3. Auditoria Inicial

- 5.2.3.1. Permitir que o Técnico de Saúde selecione o PTO que será por ele analisado.
  - 5.2.3.1.1. O Técnico de Saúde poderá selecionar para análise um PTO que já se encontra atribuído a ele ou assumir a análise de um PTO que ainda não foi distribuído ou que foi atribuído para outro Técnico de Saúde.
- 5.2.3.2. Permitir que o Técnico de Saúde: (i) visualize todos os itens do PTO em uma única tela e (ii) visualize ou realize o download dos arquivos (exames de imagem, fotografias, vídeos, relatórios e demais documentos) que foram anexados pelo Credenciado ao PTO.
- 5.2.3.3. A solução deve exibir alerta quando tratar-se de PTO contendo procedimentos em desconformidade com a Tabela 10 (Tabela Geral de Normas técnicas e Honorários Odontológicos do TRTer Saúde) do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
- 5.2.3.4. Permitir que o Técnico de Saúde consulte o histórico de todos tratamentos odontológicos do Beneficiário em questão, exibindo informações sobre os procedimentos solicitados, nome do



Credenciado, nome do Profissional Executante, data de solicitação, data de conclusão se o tratamento já tiver sido finalizado, e arquivos anexados.

- 5.2.3.4.1. Possibilitar consulta ao histórico de todos os procedimentos solicitados, com a opção de filtrar o histórico por dente ou procedimento, apresentando os seguintes dados: data de realização ou de proposição, código/descrição do procedimento, situação do procedimento (exemplo: autorizado, não autorizado, aguardando documentação complementar do Credenciado, em análise pela auditoria odontológica, cancelado, encerrado), nome do Dentista executante e o número do protocolo do PTO.
- 5.2.3.4.2. A solução deverá apresentar ao Técnico de Saúde, na mesma tela em que aparecem os itens do PTO, os arquivos anexados pelo Dentista Executante, tais como: exames de imagem, fotografias e relatórios.
- 5.2.3.4.3. Todas as informações do histórico deverão ser exibidas em uma única tela, evitando que se perca tempo alternando entre telas e permitindo análise conjunta dos dados de forma mais rápida e com maior facilidade de compreensão. Além disso, as informações deverão ser exibidas em ordem cronológica da mais recente para a mais antiga.
- 5.2.3.5. Permitir que o Técnico de Saúde solicite informações complementares ao Credenciado, para subsidiar a análise do PTO.
- 5.2.3.6. Permitir que o Técnico de Saúde autorize ou não autorize cada procedimento solicitado no PTO.
  - 5.2.3.6.1. Caso a execução de um procedimento solicitado seja negada, o Técnico de Saúde deverá selecionar o motivo da não autorização, conforme Tabela 6 do **Anexo VI - Regras de Utilização**.
  - 5.2.3.6.2. Em ambos os casos (autorização ou reprovação), a solução deve disponibilizar um campo de

preenchimento opcional para descrição da justificativa, contendo no mínimo 2000 caracteres.

- 5.2.3.7. A solução deve notificar automaticamente o Credenciado e o Beneficiário, por SMS ou e-mail, sobre o resultado da Auditoria Inicial.
- 5.2.3.8. Permitir que o Credenciado recorra da não autorização de algum procedimento, descrevendo a justificativa, em campo de preenchimento obrigatório contendo no mínimo 2000 caracteres, e tendo a opção de efetuar upload de documentação complementar.
- 5.2.3.9. Manter para cada Beneficiário o histórico de todos os PTOs solicitados, autorizados ou não, permitindo consulta posterior aos dados.
- 5.2.3.10. Permitir configurar o envio de alerta ao Administrador Odontológico sobre solicitações de tratamento pendentes e ainda não decididas (autorizadas ou negadas).

#### 5.2.4. Execução dos Procedimentos e Auditoria Intermediária

- 5.2.4.1. A solução deve autenticar o Beneficiário e registrar a data de realização após a conclusão de cada procedimento ou grupo de procedimentos, caso dois ou mais procedimentos tenham sido realizados na mesma data.
- 5.2.4.2. Só será permitida a autenticação do Beneficiário para a execução de procedimentos que já foram autorizados.
  - 5.2.4.2.1. Em se tratando de Procedimentos dispensados de autorização prévia, conforme o **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**, e os classificados como Situações de Urgência, é dispensada a Auditoria Inicial. O Beneficiário poderá ser autenticado e o Credenciado enviar para Auditoria Final com justificativa obrigatória e upload opcional de documentos.
- 5.2.4.3. A solução deve permitir que o Credenciado modifique o PTO, incluindo ou excluindo procedimentos, desde que esse não esteja em

análise pelo Técnico de Saúde ou com a Auditoria Final concluída.

- 5.2.4.4. Em caso de modificação do PTO pelo Credenciado, a solução deverá enviar o PTO para nova Auditoria, retornando preferencialmente para o Técnico de Saúde que realizou a Auditoria Inicial.
- 5.2.4.5. Permitir que o Técnico de Saúde receba o recurso ou o pedido de modificação do Credenciado e realize uma Auditoria Intermediária.
- 5.2.4.6. A solução deverá repetir os mesmos processos descritos na Auditoria Inicial para a nova análise, notificando da mesma maneira o Credenciado e o Beneficiário sobre o resultado da Auditoria Intermediária.

## 5.2.5. Encerramento do PTO e Auditoria Final

- 5.2.5.1. Ao final do tratamento, o Credenciado deve registrar o encerramento do PTO na solução.
  - 5.2.5.1.1. A solução deve emitir alerta ao Credenciado caso haja procedimentos não autenticados pelo Beneficiário, solicitando a confirmação de não realização desses procedimentos.
  - 5.2.5.1.2. Após o Credenciado encerrar o PTO, os procedimentos não autenticados pelo Beneficiário devem ser considerados como não realizados.
- 5.2.5.2. A solução deve permitir que o Credenciado realize o upload de exames de imagem, fotografias, vídeos, relatórios e documentos, conforme Tabela 10 (Tabela Geral de Normas técnicas e Honorários Odontológicos do TRTer Saúde) do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso** ou conforme exigidos previamente no PTO pelo Técnico de Saúde, para realização de Auditoria Final.
- 5.2.5.3. Permitir que o Técnico de Saúde visualize os documentos e imagens incluídos pelo Credenciado para Auditoria Final, podendo aprovar ou realizar Glosa de cada procedimento realizado.
- 5.2.5.4. Os procedimentos aprovados pelo Técnico de Saúde na Auditoria Final devem ser enviados

para que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde processe o faturamento.

- 5.2.5.4.1. A solução não deverá enviar para faturamento os procedimentos com status de Glosa ou Não Realizados.
- 5.2.5.5. Em caso de Glosa do procedimento, a solução deverá permitir que o Credenciado recorra da Glosa, em até **10** dias úteis, considerando o calendário do TRT3 para cidade de Belo Horizonte, permitindo a inclusão de justificativa obrigatória com 2000 caracteres e a realização de upload de documentação complementar.
- 5.2.5.6. Permitir que o Técnico de Saúde receba o recurso do Credenciado e realize uma auditoria de Recurso de Glosa para aprovar o procedimento realizado ou para manter a Glosa, abrindo campo para que o Técnico de Saúde inclua a justificativa da decisão para cada procedimento analisado, de preenchimento obrigatório, com no mínimo 2000 caracteres.
- 5.2.5.7. A solução deverá notificar o Credenciado e o Beneficiário sobre o resultado da Análise de seu Recurso de Glosa.
- 5.2.5.8. Caso tenha sido aprovado o Recurso de Glosa, a solução deverá enviar para que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde processe o faturamento. Em caso de manutenção da Glosa ou transcorrido o prazo de Recurso, a solução deverá encerrar o PTO, atribuindo-lhe status Finalizado.
- 5.2.5.9. A solução deverá permitir que o Credenciado, o Técnico de Saúde e o Beneficiário consultem o PTO em sua integralidade, em qualquer tempo. O Técnico Administrativo Odontológico poderá consultar somente o status do PTO.
- 5.2.5.10. Após cada Auditoria Final, a solução atualizará o Odontograma do Beneficiário com todos os procedimentos que foram realizados e aprovados.
- 5.2.5.11. A solução deverá permitir que o Técnico de Saúde solicite Auditoria Presencial em qualquer das Auditorias em análise (inicial, intermediária, final ou de recurso de glosa);
- 5.2.5.12. A solução deverá permitir que o Beneficiário solicite Auditoria Presencial em qualquer momento do tratamento.

- 5.2.5.13. A solução deverá permitir que o Administrador Odontológico configure solicitações automáticas de auditoria presencial por beneficiário, por critérios específicos (ex. por credenciado, por cidade, por lotação, por procedimento, POR idade, por valor do tratamento, por amostragem, por análise de perfil do credenciado, por escolha aleatória). Neste caso, logo após o envio do PTO pelo Credenciado, a solução deverá notificar o Credenciado e o Beneficiário sobre a necessidade do agendamento de Auditoria Presencial na Seção de Odontologia.
- 5.2.5.14. A data máxima para execução de um PTO é a data de Auditoria Inicial acrescida de 180 dias.
- 5.2.5.14.1. Passados 150 dias da Auditoria Inicial de um PTO, a solução deverá notificar o Credenciado utilizando a MENSAGEM\_027 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
- 5.2.5.14.1.1. A solução deverá prorrogar automaticamente a data máxima de execução do PTO por mais 180 dias nos casos solicitados pelo Credenciado.
- 5.2.5.14.2. Passada a data máxima sem o envio para Auditoria Final, a solução deverá arquivar o PTO e notificar o Credenciado, permitindo somente a consulta do PTO por parte do Credenciado.

## 5.3. Autorização de Tomografia

### 5.3.1. Solicitante do Exame é Credenciado

- 5.3.1.1. A solução deve permitir que o Credenciado em Odontologia emita Pedido de Tomografia para um Beneficiário, informando o tipo de tomografia e a região de interesse, conforme Tabela 10 (Tabela Geral de Normas técnicas e Honorários Odontológicos do TRTer Saúde), e Documento 4 do **Anexo VII - Modelo de Documentos**, bem como a justificativa em campo de preenchimento obrigatório com no mínimo 1000 caracteres.

- 5.3.1.2. Permitir que o Técnico de Saúde Odontológico visualize o Pedido de Tomografia emitido pelo Credenciado, com a opção de autorizar ou não cada procedimento solicitado.
- 5.3.1.3. A solução deve notificar automaticamente o Beneficiário e o Credenciado sobre o resultado da auditoria do Pedido de Tomografia.
- 5.3.1.4. Na situação de indeferimento do Pedido de Tomografia, o Credenciado poderá recorrer, incluindo justificativa do recurso em campo de preenchimento obrigatório com no mínimo 2000 caracteres.
- 5.3.1.5. A solução deve permitir ao Técnico de Saúde Odontológico que analise o Recurso do Pedido de Tomografia, com a opção de autorizar ou manter o indeferimento.
- 5.3.1.6. Permitir a configuração do prazo de validade da Guia autorizada e prazo para renovação.
- 5.3.1.7. Caso a validade da Guia expire e o Beneficiário ainda não tenha realizado a Tomografia, a solução deve permitir a revalidação da Guia por meio do Portal do Beneficiário ou aplicativo.

## 5.3.2. Solicitante do Exame é um não Credenciado

- 5.3.2.1. Permitir ao Beneficiário realizar, via Portal ou aplicativo, a solicitação de autorização para Tomografia, devendo o sistema exibir mensagem a ser configurada com as orientações sobre como o pedido deve ser realizado.
- 5.3.2.2. Permitir que o Beneficiário informe o CRO e o nome do Dentista solicitante e efetue o upload do pedido de Tomografia.
  - 5.3.2.2.1. Os dados do Dentista solicitante e o upload do pedido do exame são imprescindíveis para a solicitação de autorização da Tomografia.
- 5.3.2.3. Permitir que o Beneficiário tenha acesso a um link para preenchimento do Formulário de Autorização de Tomografia, conforme Documento 4 do **Anexo VII - Modelo de Documentos**.
  - 5.3.2.3.1. Esse link poderá ser disponibilizado para outra pessoa, como o Dentista

solicitante, acessar e preencher o formulário para o Beneficiário.

5.3.2.4. A solicitação de Tomografia deve ficar disponível para o Técnico de Saúde Odontológico acessar, transcrever os dados para o sistema, quando for o caso, e auditar, autorizando ou não o pedido.

5.3.2.5. A solução deve notificar automaticamente o Beneficiário sobre o resultado da auditoria do Pedido de Tomografia, permitindo entrar com recurso em situação de indeferimento.

### 5.3.3. A realização do Exame é com um Credenciado

5.3.4. A Guia de Tomografia autorizada deve estar disponível para visualização pelo Credenciado apto a realizar o exame.

5.3.5. A solução deve permitir que o Credenciado que realizou o exame faça o upload da imagem e do laudo da Tomografia, de modo que esses arquivos fiquem disponíveis para visualização e download pelo Credenciado que solicitou o exame.

5.3.6. Após o Credenciado realizar a autenticação do Beneficiário e confirmar a realização da Tomografia, o sistema deve enviar os dados para o Técnico Administrativo do Plano de Saúde processar o faturamento, seguindo o fluxo de Faturamento descrito no item 4.1 .

### 5.3.7. A realização do Exame é com um Prestador Não Credenciado

5.3.7.1. A Guia de Tomografia autorizada deve estar disponível para visualização e download pelo Beneficiário através do Portal ou aplicativo.

5.3.7.2. O Beneficiário poderá efetuar o download da Guia de Tomografia autorizada, também disponível para consulta no aplicativo, para realizar o exame em Prestador não credenciado e solicitar o reembolso, conforme fluxo de Pedido de Reembolso, descrito no item 9.

## 5.4. Perícia Médica

### 5.4.1. Convocação de Especialista

- 5.4.1.1. Permitir que o Técnico Administrativo da Perícia Médica consulte a lista de credenciados habilitados para prestação de serviço de Perícia Médica por Especialidade (Ortopedia, Psiquiatria, etc).
- 5.4.1.2. Permitir designar Especialista para realização de avaliação médica pericial.
  - 5.4.1.2.1. Permitir que o Técnico Administrativo da Perícia Médica solicite designação de Especialista na especialidade informada;
  - 5.4.1.2.2. A solução indicará profissional dentre os credenciados habilitados na especialidade requerida, respeitando a ordem de credenciamento.
- 5.4.1.3. A solução deve notificar por e-mail o Especialista designado sobre a sua convocação, enviando cópia para o Técnico de Saúde Perito Médico.
  - 5.4.1.3.1. O e-mail de convocação para Perícia Médica deverá conter minimamente os motivos da perícia e os dados do servidor/magistrado que será avaliado.
- 5.4.1.4. Caso o Especialista recuse sua participação na convocação ou passadas 48 horas sem resposta, a solução deve automaticamente notificar o próximo Especialista. Deve, ainda, notificar o Técnico Administrativo da Perícia Médica que solicitou a Perícia Médica sobre a recusa/ausência de resposta e a nova designação.
- 5.4.1.5. Havendo a confirmação da convocação, o sistema deve notificar o Técnico Administrativo da Perícia Médica para que este entre em contato com o Especialista.

### 5.4.2. Validação da Perícia Médica

- 5.4.2.1. Permitir que o Técnico de Saúde Perito Médico realize as seguintes validações no sistema:
  - 5.4.2.1.1. Comparecimento do Especialista credenciado à avaliação:
    - 5.4.2.1.1.1. Em caso positivo, o Técnico de Saúde Perito Médico deve



- registrar a data em que ocorreu a avaliação;
- 5.4.2.1.1.2. Em caso negativo, a solução deve apresentar campo com no mínimo 1000 caracteres, de preenchimento opcional, para o Técnico de Saúde Perito Médico incluir observação/justificativa e realizar o encerramento da validação.
- 5.4.2.1.2. Entrega do parecer técnico:
- 5.4.2.1.2.1. Em caso positivo, o Técnico de Saúde Perito Médico deve registrar a data da entrega do parecer técnico;
- 5.4.2.1.2.2. Em caso negativo, a solução deve apresentar campo com no mínimo 1000 caracteres, de preenchimento opcional, para o Técnico de Saúde Perito Médico incluir observação/justificativa e realizar o encerramento da validação.
- 5.4.2.2. Caso as validações sejam efetivadas com sucesso, a solução deverá enviar para o Técnico Administrativo do Plano de Saúde processar o faturamento do procedimento para o Credenciado, seguindo o fluxo de Faturamento descrito no item 4.1.

### 5.4.3. Realização de Exame Neuropsicológico

- 5.4.3.1. Permitir que o Técnico de Saúde Perito Médico solicite o exame neuropsicológico para o Beneficiário.
- 5.4.3.2. A solução deverá notificar o servidor/magistrado, conforme MENSAGEM\_026 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**, sobre a necessidade de realizar exame neuropsicológico com Credenciado a sua escolha.
- 5.4.3.3. O Credenciado em Neuropsicologia deverá registrar a execução do procedimento e autenticar o Beneficiário por uma das formas descritas no item 1.13.
- 5.4.3.4. O Credenciado em Neuropsicologia deverá realizar o upload do laudo/parecer técnico no

- sistema e enviar ao Técnico de Saúde Perito Médico.
- 5.4.3.5. O Técnico de Saúde Perito Médico deverá validar o recebimento do laudo/parecer técnico.
  - 5.4.3.6. Após validação, a solução deverá enviar para o Técnico Administrativo do Plano de Saúde processar o faturamento do procedimento para o Credenciado em questão, seguindo o fluxo de Faturamento descrito no item 4.1.

## 6. Exame Odontológico Periódico (EOP)

- 6.1. Este exame poderá ser realizado por Credenciado Interno ou Externo.
- 6.2. Permitir que o Credenciado selecione o atendimento do tipo "Exame Odontológico Periódico".
- 6.3. Permitir que o Credenciado selecione o Beneficiário que será atendido, verificando a elegibilidade do mesmo para a realização do EOP.
  - 6.3.1. Todos os magistrados e servidores ativos em exercício no TRT-MG deverão possuir o benefício do EOP cadastrado (conforme item 2.1.3 da Seção 2 - Gestão de beneficiários do Plano de Saúde).
  - 6.3.2. Cada magistrado/servidor ativo poderá submeter-se ao EOP somente uma vez ao ano.
- 6.4. A primeira profilaxia do ano para magistrado/servidor ativo deverá ser por meio do EOP, que possui um código próprio na Tabela 10 (Tabela Geral de Normas técnicas e Honorários Odontológicos do TRTer Saúde) do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
  - 6.4.1. O procedimento de Profilaxia só poderá estar disponível ao dentista credenciado caso o Beneficiário tenha realizado o Exame Odontológico Periódico no ano vigente, respeitado o intervalo de repetição estabelecido na Tabela 10.
- 6.5. Permitir o lançamento pelo Credenciado dos dados de saúde bucal do magistrado/servidor constantes na Tabela 13 (Dados de Saúde Bucal do Exame Odontológico Periódico - EOP) **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.
  - 6.5.1. O lançamento dos dados de saúde bucal deve ocorrer somente quando o procedimento for do tipo "Exame Odontológico Periódico".
  - 6.5.2. O Exame Odontológico Periódico só poderá ser autenticado pelo Magistrado/Servidor se todos os dados de saúde bucal estiverem preenchidos.

- 6.6. Após o cadastro do procedimento e dos dados de saúde bucal, a solução deverá exibir para o magistrado/servidor os dados do seu Exame Odontológico Periódico e autenticar o Beneficiário por uma das seguintes formas:
  - 6.6.1. o Credenciado coleta a biometria, por meio de reconhecimento facial, do Beneficiário no momento do atendimento;
  - 6.6.2. o Credenciado autentica o Beneficiário através de token, que deve ser enviado pelo sistema ao Beneficiário por SMS, pelo Aplicativo ou pelo e-mail cadastrado no sistema;
  - 6.6.3. o Beneficiário se autentica por meio do aplicativo do sistema.
- 6.7. A autenticação do Beneficiário deverá ser realizada preferencialmente por meio de Biometria, passando para outras soluções somente em caso de impedimento.
- 6.8. Após autenticação do Beneficiário, o sistema deverá registrar os dados de saúde do magistrado/servidor e atualizar o Odontograma do magistrado/servidor.
- 6.9. Os Exames Odontológicos Periódicos realizados por Credenciados Externos deverão seguir diretamente para o fluxo do Faturamento, item 4.1, junto ao Técnico Administrativo do Plano de Saúde ou se submeterem à Auditoria Final, conforme configurado no sistema.
  - 6.9.1. O Exame Periódico Odontológico realizado por Credenciado Interno não é submetido à Auditoria ou enviado para o fluxo de Faturamento.
- 6.10. A solução deve permitir que o Administrador em Odontologia configure o envio de alerta ao magistrado ou servidor que não realizou o exame no ano vigente, conforme data ou periodicidade por ele estabelecida.

## 7. Programa de Auxílio Farmacêutico (PAF)

### 7.1. Solicitação para inclusão de medicamentos

- 7.1.1. Permitir que o Beneficiário Titular, regularmente inscrito no Programa de Assistência Farmacêutica, acesse a funcionalidade para solicitação de inclusão de novo medicamento no PAF e inicie o preenchimento do formulário disponibilizado pelo sistema.
- 7.1.2. Permitir que o Beneficiário Titular preencha o CID para o qual o medicamento está sendo solicitado.

- 7.1.2.1. A partir do CID informado, a solução deve completar o nome da doença e validar se o CID é coberto pelo PAF, conforme item 1 da Tabela 7 - Regras de Utilização do PAF do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso.**
- 7.1.2.1.1. Se o CID não for coberto pelo PAF, então a solução deve enviar um alerta para o Beneficiário Titular com a MENSAGEM\_001 do **Anexo V - Mensagens e Declarações.**
- 7.1.2.2. A solução só deve permitir que o formulário continue sendo preenchido se o CID informado estiver coberto pelo PAF.
- 7.1.3. Permitir que o Beneficiário Titular selecione o nome do medicamento a ser solicitado, de acordo com o item 7 e item 8 da Tabela Regras de Utilização do PAF do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso.**
- 7.1.3.1. Deve ser possível selecionar apenas medicamentos que constem na base de dados da solução (conjunto de medicamentos da Tabela CMED - item 7 da Tabela Regras de Utilização do PAF - acrescido de medicamentos cadastrados pelos Técnicos do PAF), e que não estejam na lista de medicamentos e produtos excluídos do programa (item 11 da Tabela Regras de Utilização do PAF).
- 7.1.3.2. Caso o Beneficiário Titular digite um medicamento não disposto no subitem 7.1.3.1 o sistema exibirá a MENSAGEM\_003.
- 7.1.3.3. Para solicitar medicamento que esteja fora da base de dados da solução (subitem 7.1.3.1), a solução deve permitir que o beneficiário selecione a opção “Outro medicamento”, preencha o nome do medicamento em um campo texto de no mínimo 50 caracteres, preencha a justificativa para a inclusão do medicamento em um campo de texto de no mínimo 500 caracteres e realize o upload de documento que comprove a validade da justificativa apresentada.
- 7.1.4. Após a especificação do nome do medicamento, permitir que o Beneficiário Titular preencha os demais campos relativos ao medicamento: dosagem, tempo previsto para o tratamento, posologia e forma de apresentação, conforme especificado no item 12 da Tabela do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso.**

- 7.1.4.1. A solução deve permitir que o Beneficiário Titular inclua mais de um medicamento na mesma solicitação, executando repetidamente os itens 7.1.2, 7.1.3 e 7.1.4 para cada novo medicamento que se deseja incluir.
- 7.1.5. Permitir que o Beneficiário Titular inclua os dados do laudo médico: data de elaboração, nome e CRM do médico responsável pela elaboração do laudo.
  - 7.1.5.1. Caso o laudo tenha sido emitido há mais de 90 dias, a solução deve enviar um alerta para o Beneficiário Titular com a MENSAGEM\_002 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
  - 7.1.5.2. Caso ocorra a hipótese descrita no subitem 7.1.5.1, não será permitido que o Beneficiário Titular prossiga com a solicitação de inclusão do medicamento.
- 7.1.6. Permitir que o Beneficiário Titular faça o upload do laudo médico padronizado devidamente preenchido pelo médico assistente.
  - 7.1.6.1. Deve ser possível realizar o upload de mais de um arquivo referente ao laudo médico.
- 7.1.7. Somente após preencher os dados e anexar os documentos e laudo exigidos, a solução deve permitir que o Beneficiário Titular envie a solicitação de inclusão dos medicamentos no PAF.
  - 7.1.7.1. A solução deve exibir a MENSAGEM\_004 do **Anexo V - Mensagens e Declarações** indicando o sucesso da operação de envio da solicitação.
- 7.1.8. Sempre que o Beneficiário Titular realizar uma solicitação de inclusão de medicamento, deve ser gerada uma notificação (no sistema e por e-mail) para o perfil Técnico de Saúde Médico indicando que há novos pedidos aguardando análise.
- 7.1.9. Permitir que o Beneficiário Titular possa realizar a renovação dos pedidos de inclusão de medicamentos no PAF, conforme hipóteses previstas no item 4 da Tabela do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.

## 7.2. Análise da solicitação de inclusão de medicamento

- 7.2.1. Permitir que o Técnico de Saúde Médico visualize as solicitações de inclusão de medicamentos, em ordem cronológica pela data e horário do envio da solicitação.

- 7.2.2. Permitir que o Técnico de Saúde Médico selecione uma solicitação para análise.
  - 7.2.2.1. O Técnico de Saúde Médico poderá selecionar uma solicitação já atribuída a ele ou assumir uma solicitação que foi atribuída a outro Técnico da mesma categoria.
- 7.2.3. Permitir que o Técnico de Saúde Médico, com base nos dados contidos nos laudos médicos anexados, possa corrigir possíveis erros de digitação cometidos pelo Beneficiário Titular ao solicitar a inclusão do medicamento.
- 7.2.4. Permitir que o Técnico de Saúde Médico defira ou indefira cada medicamento solicitado pelo Beneficiário Titular.
  - 7.2.4.1. Em caso de indeferimento, o Técnico de Saúde Médico deve selecionar o motivo de indeferimento especificado no item 3 da Tabela do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
  - 7.2.4.2. Em ambos os casos (deferimento ou indeferimento), a solução deve disponibilizar um campo para inclusão da justificativa, de preenchimento opcional, contendo no mínimo 1000 caracteres.
- 7.2.5. A solução deve enviar um e-mail para o Beneficiário Titular informando o resultado da solicitação.
  - 7.2.5.1. Em caso de deferimento: informar os medicamentos aprovados e a data de validade da autorização de inclusão dos medicamentos no programa.
  - 7.2.5.2. Em caso de indeferimento: informar os motivos do indeferimento.
- 7.2.6. A solução deve permitir ao Beneficiário Titular recorrer de um indeferimento, justificando o motivo, em campo de preenchimento obrigatório com no mínimo 2000 caracteres, e podendo efetuar o upload de documentação complementar.
  - 7.2.6.1. A análise do recurso deve ser feita pelo perfil Técnico do Saúde Médico seguindo o fluxo a partir do item 7.2.4 ao 7.2.5 desta seção.
  - 7.2.6.2. A solução deve notificar o Beneficiário Titular sobre o resultado da análise do seu recurso.

### 7.3. Consultar solicitações de inclusão de medicamento

- 7.3.1. Permitir que o Beneficiário Titular consulte o histórico de todas as suas solicitações de medicamentos realizadas no PAF em suas diversas fases (em preenchimento, em análise, deferidas, deferidas parcialmente e indeferidas).
  - 7.3.1.1. Para as solicitações deferidas, o sistema deve indicar o status “inclusão de medicamento deferida”, informando os medicamentos aprovados, a data de validade da autorização de inclusão dos medicamentos e o número de dias que faltam para renovação da solicitação (item 4 da Tabela 7 do **Anexo VI - Tabelas com Regras de Utilização e Reembolso**).
  - 7.3.1.2. Para as solicitações indeferidas, o sistema deve apresentar o status “inclusão de medicamento indeferida”, informando a data da solicitação, a data e o motivo do indeferimento.
  - 7.3.1.3. Caso haja deferimento parcial, o sistema deve indicar o status “solicitação de inclusão de medicamento deferida parcialmente” e informar quais medicamentos foram deferidos e quais foram indeferidos e apresentar os dados descritos nos subitens 7.3.1.1 e 7.3.1.2.
  - 7.3.1.4. Em qualquer caso, deve ser possível visualizar os dados preenchidos pelo Beneficiário Titular e realizar download do laudo médico anexado no momento da solicitação.
- 7.3.2. Deve ser definido um contador regressivo da data de aprovação do laudo médico até a data de expiração da sua validade, conforme item 4 da Tabela 7 do **Anexo VI - Tabelas com Regras de Utilização e Reembolso**.
- 7.3.3. O Beneficiário Titular deverá ser notificado (por e-mail e por alerta exibido no sistema) com antecedência de 30 dias do prazo de expiração da autorização de inclusão dos medicamentos.
- 7.3.4. Quando o prazo de validade expirar, o sistema deverá notificar o Beneficiário Titular para que ele possa renovar a sua solicitação ou submeter novo pedido de inclusão do medicamento no PAF.

## 7.4. Solicitação de reembolso

7.4.1. Permitir que o Beneficiário Titular, no momento de requerer o reembolso, selecione os medicamentos autorizados pelo Técnico de Saúde Médico quando da análise do pedido de inclusão de medicamentos no programa.

7.4.1.1. Caso tenha expirado o prazo de inclusão de determinado medicamento, de acordo com os prazos previstos na Tabela 7 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**, a solução não permitirá a solicitação de reembolso para este medicamento e notificará o Beneficiário Titular, via sistema e por e-mail, sobre a necessidade de nova inclusão do medicamento.

7.4.2. Permitir que o Beneficiário Titular preencha os seguintes campos para solicitar o reembolso:

7.4.2.1. Data de emissão do documento fiscal;

7.4.2.1.1. Se a data de emissão do documento fiscal for anterior à data de aprovação da inclusão do medicamento no PAF, o sistema não permitirá que o Beneficiário Titular preencha os demais campos e exibirá a MENSAGEM\_008 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.

7.4.2.1.2. Se a data de emissão do documento fiscal for superior ao item 6 da Tabela 7 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**, o sistema não permitirá que o Beneficiário Titular preencha os demais campos e exibirá a MENSAGEM\_007 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.

7.4.2.2. Número do documento fiscal;

7.4.2.3. Nome do princípio ativo, que deverá ser selecionado pelo Beneficiário Titular de acordo com os medicamentos que tiveram suas inclusões deferidas pelo Técnico de Saúde Médico;

7.4.2.4. Nome comercial do medicamento;

7.4.2.4.1. Se houver, permitir selecionar da Tabela CMED relacionada no item 7 da Tabela Regras de Utilização do PAF. Assim, quando o Beneficiário Titular iniciar o preenchimento do nome comercial do medicamento que conste nessa lista ele



- poderá selecioná-lo sem a necessidade de digitar seu nome completo.
- 7.4.2.5. Quantidade mensal;
- 7.4.2.5.1. O sistema deve apresentar um exemplo para auxiliar o usuário quanto à unidade de medida. Ex: 30 comprimidos.
- 7.4.2.6. Valor efetivamente pago;
- 7.4.2.6.1. Havendo solicitação de reembolso para mais de um documento fiscal, o sistema deve permitir o somatório de todos os valores efetivamente pagos.
- 7.4.2.6.2. Se o valor total efetivamente pago for inferior ao valor mínimo para solicitação de reembolso disposto no item 2 da Tabela 7 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**, não será permitido o prosseguimento da solicitação de reembolso e o sistema exibirá a MENSAGEM\_010 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
- 7.4.2.7. Medicamento suficiente para quantos meses de tratamento?
- 7.4.2.7.1. Se o tempo de tratamento for superior ao disposto no item 9 da Tabela 7 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**, o sistema não permitirá que o beneficiário prossiga com a solicitação de reembolso e emitirá a MENSAGEM\_009 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
- 7.4.3. Permitir que, após o preenchimento de todos os dados obrigatórios para a solicitação de reembolso, o Beneficiário Titular faça upload dos documentos exigidos, conforme item 10 da Tabela 7 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**, que embasarão a solicitação de reembolso e envie a sua solicitação, disparando a MENSAGEM\_025 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.
- 7.4.4. O Beneficiário Titular poderá efetuar somente um pedido de reembolso por mês, sendo emitida a MENSAGEM\_006 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**, caso ele realize mais de uma tentativa.
- 7.4.5. Permitir que o Beneficiário Titular possa consultar o histórico de solicitações de reembolso, por ordem cronológica do pedido, exibindo o status da solicitação (pendente de análise, deferido, deferido parcialmente e indeferido), valor de cada medicamento, valor total

reembolsado por solicitação e a data da realização efetiva do reembolso.

7.4.6. Permitir que o Técnico Administrativo do PAF possa definir períodos mensais para abertura e fechamento da funcionalidade de solicitação de reembolso.

7.4.6.1. Fora desse período definido, a solução deverá impedir o pedido de reembolso pelo Beneficiário Titular, emitindo MENSAGEM\_005 do **Anexo V - Mensagens e Declarações**.

## 7.5. Análise do Reembolso

7.5.1. Permitir o envio de uma notificação automática para o perfil Técnico Administrativo do PAF quando o Beneficiário Titular incluir a solicitação de reembolso no sistema.

7.5.2. Permitir organizar as solicitações de reembolso dos Beneficiários Titulares pela data e horário da solicitação.

7.5.3. Permitir que o Técnico Administrativo do PAF, com base nos dados contidos na solicitação de reembolso, possa corrigir possíveis erros de digitação cometidos pelo Beneficiário Titular ao solicitar o reembolso.

7.5.4. Permitir que o Técnico Administrativo do PAF defira ou indefira o reembolso de cada medicamento.

7.5.4.1. Em caso de indeferimento, a solução deverá permitir que o Técnico Administrativo selecione o motivo do indeferimento, conforme item 13 da Tabela 7 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.

7.5.4.2. Em ambos os casos, a solução deve disponibilizar um campo texto para inclusão da observação/justificativa, de preenchimento opcional, com no mínimo 1000 caracteres.

7.5.5. Notificar por e-mail o Beneficiário Titular sobre o resultado do pedido de reembolso.

7.5.5.1. Caso deferido, o e-mail deve listar os medicamentos reembolsados, os valores individuais de cada reembolso de medicamento e o valor total do reembolso.

7.5.5.2. Caso indeferido, o e-mail deve conter as justificativas de indeferimento, conforme item 13 da Tabela 7 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.

- 7.5.6. Na situação de indeferimento da solicitação de reembolso, a solução deverá permitir que o Beneficiário Titular recorra do indeferimento, permitindo a inclusão de justificativa obrigatória com 2000 caracteres e a realização de upload de documentação complementar.
- 7.5.7. Permitir que o Técnico Administrativo do PAF receba o recurso do Beneficiário Titular e realize uma análise decidindo por aprovar ou manter o indeferimento do reembolso, abrindo campo para que o Técnico Administrativo do PAF inclua observação para cada solicitação de recurso, de preenchimento obrigatório, com 2000 caracteres;
- 7.5.8. A solução deverá notificar o Beneficiário Titular sobre o resultado da análise de seu recurso.
- 7.5.9. A solução deverá permitir que o Técnico Administrativo do PAF e o Beneficiário Titular consultem o recurso, bem como seu status em qualquer tempo.
- 7.5.10. Quando o Beneficiário Titular fizer o lançamento dos medicamentos para reembolso, o sistema deverá carregar o preço máximo do medicamento (Tabela CMED - item 7 da Tabela 7 do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**) e comparar com o valor do medicamento no documento fiscal lançado pelo Beneficiário Titular e já conferido pelo perfil Técnico Administrativo do PAF.
  - 7.5.10.1. Caso o valor do medicamento contido no documento fiscal seja menor, o medicamento estará aprovado para pagamento nesse valor.
  - 7.5.10.2. Caso o valor seja maior, o sistema só fará autorização de reembolso pelo valor da Tabela CMED
    - 7.5.10.2.1. Em nenhuma hipótese o valor de reembolso poderá ser maior que o PMC disponível na Tabela CMED.
- 7.5.11. Criar contador que informe o tempo de tratamento restante com base no tempo aprovado pelo Técnico de Saúde Médico quando da análise da inclusão do medicamento.
- 7.5.12. Permitir que o Técnico Administrativo do PAF cadastre o valor mínimo autorizado para solicitação mensal de reembolso conforme item 2 da Tabela 7 - **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.

## 7.6. Consultar solicitações de reembolso

- 7.6.1. Permitir que o Beneficiário Titular consulte o histórico de todas as suas solicitações reembolso realizadas no PAF em suas diversas fases (em preenchimento, em análise, deferidas, deferidas parcialmente e indeferidas).
  - 7.6.1.1. Para as solicitações deferidas, o sistema deve indicar o status “reembolso de medicamento deferido”, informando os medicamentos aprovados, os valores individuais de cada reembolso de medicamento e o valor total do reembolso.
  - 7.6.1.2. Para as solicitações indeferidas, o sistema deve apresentar o status “reembolso de medicamento indeferido”, informando a data da solicitação, a data e o motivo do indeferimento.
  - 7.6.1.3. Caso haja deferimento parcial, o sistema deve indicar o status "solicitação de reembolso de medicamento deferida parcialmente" e informar quais medicamentos foram deferidos e quais foram indeferidos e apresentar os dados descritos nos subitens 7.6.1.1 e 7.6.1.2.
  - 7.6.1.4. Em qualquer caso, deve ser possível visualizar os dados preenchidos pelo Beneficiário Titular e realizar download dos documentos anexados no momento da solicitação do reembolso.

## 8. Programa de Odontologia Preventiva

- 8.1. Conforme RESOLUÇÃO GP N. 120, DE 17 DE SETEMBRO DE 2019, que regulamenta o POP, os atendimentos somente poderão ser prestados diretamente por Credenciados Internos (Técnicos de Saúde do TRT-MG).
- 8.2. Permitir que o Credenciado selecione o tipo de atendimento "Programa de Odontologia Preventiva".
- 8.3. Permitir que o Credenciado selecione o Beneficiário do POP que será atendido, verificando a sua elegibilidade no programa.
- 8.4. Quando tratar-se da primeira consulta no Programa, a solução deverá exibir a DECLARAÇÃO 016 para que o responsável legal do Beneficiário assinale a concordância com seus termos.

- 8.5. Permitir que o Credenciado efetue o registro quanto ao comparecimento do beneficiário à consulta agendada: "compareceu", "remarcou", "falta justificada" ou "falta não justificada".
  - 8.5.1. No caso de duas faltas não justificadas, consecutivas ou não, à consulta do POP, a solução deverá gerar alerta ao Técnico de Saúde em Odontologia.
- 8.6. Em caso de comparecimento, o Credenciado deverá efetuar o lançamento dos procedimentos realizados, conforme Tabela 10 (Tabela Geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos do TRTer Saúde) do **Anexo VI - Tabelas com Regras de Utilização e Reembolso**, autenticar o Beneficiário e atualizar o Odontograma do Beneficiário do POP no sistema.
  - 8.6.1. A autenticação deverá ser por uma das seguintes formas:
    - 8.6.1.1. o Credenciado coleta a biometria, por meio de reconhecimento facial, do Beneficiário no momento do atendimento;
    - 8.6.1.2. o Credenciado autentica o Beneficiário através de token, que deve ser enviado pelo sistema ao Beneficiário por SMS, pelo Aplicativo ou pelo e-mail cadastrado no sistema;
    - 8.6.1.3. o Beneficiário se autentica por meio do aplicativo do sistema.

## 9. Pedido de Reembolso

### 9.1. Pedido de Autorização de Procedimento com Prestador Não Credenciado

- 9.1.1. A solução deverá permitir que o Beneficiário solicite autorização para realizar procedimentos a serem prestados fora da Rede Credenciada.
  - 9.1.1.1. O Beneficiário deverá selecionar para qual Beneficiário pretende realizar o procedimento, se for o caso, especificando a Categoria, Especialidade e Modalidade, conforme estabelecido nas Tabelas 2 e 7 do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.
  - 9.1.1.2. O Beneficiário deverá também informar a cidade em que será realizado o procedimento, o nome do Prestador, nº da inscrição no Conselho Profissional, identificando o nome do

conselho e região. Em caso de Pessoa Jurídica, o Beneficiário deverá informar os dados da Pessoa Jurídica e do Profissional Executante.

- 9.1.1.2.1. A solução deverá validar o CPF/CNPJ do Prestador na Receita Federal, preenchendo automaticamente os dados de nome ou razão social, endereço, telefone, permitindo a edição no campo de endereço e cadastro de telefone.
- 9.1.1.2.2. A solução deverá verificar se a Categoria e Especialidade selecionada possui Rede Credenciada conforme as regras de validação especificadas nas diversas Tabelas do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**, gerando alerta para o Beneficiário em caso de haver Rede Credenciada na cidade informada.
- 9.1.1.2.3. Nos casos em que as regras especificadas nas Tabelas do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso** contiverem previsão para incluir justificativa, a solução deve abrir campo de preenchimento obrigatório, com 2.000 caracteres.
- 9.1.2. A solução deve permitir que o Beneficiário informe os procedimentos a serem realizados, assim como os dados necessários, incluindo realizar o upload dos documentos requeridos de acordo com cada tipo de procedimento que consta nas Tabelas do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso** e Documentos do **Anexo VII - Modelo de Documentos**.
  - 9.1.2.1. O preenchimento desses procedimentos, dados e o upload de arquivos pode ser realizado por link compartilhável, que poderá ser disponibilizado para outra pessoa acessar e preencher o formulário para o Beneficiário.
  - 9.1.2.2. O link deverá informar para cada procedimento cadastrado o valor máximo reembolsável.
- 9.1.3. A solução deve enviar para o Técnico de Saúde da Categoria respectiva analisar o pedido de autorização, bem como os documentos anexados, conforme os parâmetros descritos nas Tabelas do **ANEXO VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
  - 9.1.3.1. Em caso de Odontologia, a análise técnica do pedido de autorização deverá seguir os fluxos descritos nos itens 5.2.2 e 5.2.3, sendo que

toda comunicação relativa à autorização do procedimento deverá ser feita diretamente para o Beneficiário.

- 9.1.3.2. Em caso de não autorização, o Técnico de Saúde da Categoria, deverá incluir justificativa em campo com 2000 caracteres.
- 9.1.4. A solução deverá notificar o Beneficiário do resultado do seu pedido e justificativa, em caso de não autorização.
- 9.1.5. A solução deverá permitir que o Beneficiário recorra da não autorização, permitindo a inclusão de justificativa e a realização de upload de documentação complementar.
- 9.1.6. O Técnico de Saúde da Categoria deverá receber o recurso do Beneficiário e realizar nova análise. A solução deverá repetir os processos para nova análise, notificando o Beneficiário sobre seu resultado.
- 9.1.7. O Beneficiário poderá fazer o download da guia gerada contendo os procedimentos lançados e autorizados pelo Técnico de Saúde da Categoria.

## 9.2. Execução do Procedimento

- 9.2.1. Imediatamente após a realização do procedimento, o Beneficiário deverá registrá-lo no Portal do Beneficiário ou no aplicativo.
- 9.2.2. Em caso de procedimento autorizado, ao final do tratamento, a solução deverá permitir que o Beneficiário realize o upload da guia gerada (datada e assinada, preferencialmente em formato digital) do documento fiscal, de imagens e documentos (foto, exames de imagem, relatório, etc) conforme Tabela 10 do **ANEXO VI - Regras de Utilização e Reembolso** ou exigidos pelo Técnico de Saúde.

## 9.3. Solicitação de Reembolso pelo Titular

- 9.3.1. Após realizar o procedimento, a solução deverá permitir que o Beneficiário insira o CPF/CNPJ do Prestador e permitir:
  - 9.3.1.1. Selecionar a Categoria, Especialidade e Modalidade autorizada.
  - 9.3.1.2. Selecionar os procedimentos que já foram realizados.

- 9.3.1.2.1. Para procedimentos que não foram registrados conforme item 9.2.1, a solução deverá exigir as datas de realização de cada procedimento, que equivale ao dia em que o procedimento foi executado.
- 9.3.1.2.2. A solução deve permitir que o Beneficiário informe os dados necessários para auditoria final, incluindo realizar o upload dos documentos requeridos de acordo com cada tipo de procedimento que consta nas Tabelas do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
  - 9.3.1.2.2.1. O preenchimento desses dados e o upload de arquivos pode ser realizado por link compartilhável, que poderá ser disponibilizado para outra pessoa acessar e preencher o formulário para o Beneficiário.
- 9.3.1.3. Informar o valor unitário pago pelo Beneficiário em cada procedimento realizado.
- 9.3.1.4. Informar a data da emissão do documento fiscal e nº do documento fiscal, caso haja número.
- 9.3.1.5. Realizar obrigatoriamente o upload de documento fiscal, que deverá corresponder ao grupo de procedimentos cadastrados.
- 9.3.2. A solução deverá calcular e exibir em tela os valores totais dos procedimentos lançados.
- 9.3.3. Após a inclusão de todas as informações acima, a solução deverá enviar os dados cadastrados e documentos incluídos pelo Beneficiário para o Técnico Administrativo do Plano de Saúde ou para o Técnico de Saúde Odontologia realizar Auditoria Final, em caso da Categoria Odontologia.

#### 9.4. Auditoria Final

- 9.4.1. Quando houver necessidade de auditoria técnica, a solução deverá permitir que o Técnico de Saúde aprove ou realize Glosa sobre cada procedimento realizado, notificando o Beneficiário sobre o resultado da auditoria.



- 9.4.1.1. O Técnico de Saúde deverá visualizar os procedimentos lançados, imagens (fotos e exames de imagem), vídeos, relatórios e documentos incluídos pelo Beneficiário, permitindo a realização de download.
- 9.4.1.2. Em caso de Glosa do procedimento, a solução deverá permitir que o Beneficiário recorra da Glosa em até **10** dias úteis, considerando o calendário do TRT3 para cidade de Belo Horizonte, incluindo justificativa e/ou realizando o upload de documentação complementar.
- 9.4.1.3. O Técnico de Saúde deverá receber o recurso do Beneficiário e realizar a Análise de Recurso de Glosa para aprovar ou manter a Glosa.
- 9.4.1.4. Findo prazo de recurso, a solução deve enviar para o Técnico Administrativo do Plano de Saúde processar o reembolso somente do conjunto de procedimentos que foram aprovados.
- 9.4.1.5. A solução deverá notificar o Beneficiário sobre o resultado da Análise de seu Recurso de Glosa.

## 9.5. Processamento do Pedido de Reembolso

- 9.5.1. A solução deverá permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde visualize a solicitação de reembolso e o documento fiscal incluído pelo Beneficiário para conferência, podendo realizar download do documento.
- 9.5.2. Em caso de inconsistências entre as informações lançadas e o documento comprobatório, o Técnico Administrativo do Plano de Saúde deve devolver ao Beneficiário o pedido de reembolso, com justificativa de preenchimento obrigatório, em campo com 2.000 caracteres.
  - 9.5.2.1. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde, com base nos dados contidos na solicitação de reembolso, possa corrigir possíveis erros de digitação cometidos pelo Beneficiário Titular ao solicitar o reembolso.
- 9.5.3. A solução deve notificar o Beneficiário sobre a devolução do pedido de reembolso, utilizando a MENSAGEM\_015, do **Anexo V - Mensagens e**

**Declarações**, permitindo ao Beneficiário a retificação ou apresentação de outros documentos.

- 9.5.4. A solução deve manter em sua base de dados as informações do Prestador Não Credenciado após o seu primeiro cadastro, para que sejam usados em caso de novos pedidos de reembolso envolvendo o mesmo Prestador.
- 9.5.5. A solução deverá calcular o reembolso conforme parâmetros estabelecidos nas diversas Tabelas do **Anexo VI - Regras de Utilização e Reembolso**.
- 9.5.6. Permitir que o Técnico Administrativo do Plano de Saúde aprove o pedido de reembolso. A solução deverá registrar os valores autorizados para serem reembolsados para o Beneficiário, devendo conter campo de observação para preenchimento opcional do Técnico Administrativo do Plano de Saúde.
- 9.5.7. A solução deverá enviar os dados de pedido de reembolso para seguir o fluxo de Reembolso na Seção que trata de Faturamento, item 4.1.

## 10. Relatórios

Esta seção descreve o conjunto de relatórios que devem ser disponibilizados pela solução a fim de apoiar a rotina dos usuários e a gestão pelos perfis administrativos. Cada relatório deve ser acessado somente pelos perfis autorizados e estes apenas podem visualizar dados dos quais possuem competência.

### 10.1. Relatório de Beneficiários

- 10.1.1. Relatório analítico e sintético da base de beneficiários permitindo diversas opções de filtros e contendo os seguintes campos: código do benefício, descrição do benefício, nome do beneficiário titular, pasta funcional do titular, lotação, tipo de vínculo, situação funcional, nome do beneficiário dependente, código do beneficiário, parentesco, data de inclusão, data de exclusão.
- 10.1.2. Relatório de movimentação de beneficiários com filtro:
  - 10.1.2.1. por período
  - 10.1.2.2. por tipo de movimentação (inclusão/exclusão)
  - 10.1.2.3. por localidade
  - 10.1.2.4. por motivo de desligamento (caso o tipo de movimentação seja exclusão)
  - 10.1.2.5. por tipo de Beneficiário.

- 10.1.3. Relatório de Extrato de Utilização pelo Beneficiário, por mês de competência ou permitir selecionar o período, listando todos os procedimentos realizados, valores e situação do pagamento da coparticipação ou crédito de reembolso.
  - 10.1.3.1. Nesse extrato deverá ser possível visualizar também os valores descontados que foram restituídos ao Beneficiário Titular.
  - 10.1.3.2. Este extrato deverá estar disponível para visualização no aplicativo e portal do Beneficiário.

## 10.2. Relatório de Credenciados

- 10.2.1. Relatório analítico e sintético da base de credenciados do TRTer Saúde permitindo filtro:
  - 10.2.1.1. por categoria/especialidade/modalidade;
  - 10.2.1.2. por localidade (cidade de atendimento);
  - 10.2.1.3. por status (ex: ativo/inativo/expirado/descredenciado de ofício);
  - 10.2.1.4. por período.
- 10.2.2. Relatórios para gestão da rede credenciada do TRTer Saúde, podendo filtrar por período e por Credenciado.
  - 10.2.2.1. Relatório de provisão de pagamento para os Credenciados;
  - 10.2.2.2. Relatório de procedimentos glosados e seu valor;
- 10.2.3. Relatórios sobre a evolução da proposta de credenciamento com detalhes ocorridos em cada fase e resultado.
- 10.2.4. Possibilitar a emissão do Termo de Credenciamento com as cláusulas contratuais e vigência do Termo.
- 10.2.5. Possibilitar a emissão de um relatório para formalização do descredenciamento de credenciado, visando extinguir as obrigações estabelecidas em contrato.
- 10.2.6. Permitir o mapeamento da rede credenciada existente, fazendo um cruzamento com o número de beneficiários e percentual de utilização por categoria, especialidade e por cidade de atendimento.

## 10.3. Relatórios de Procedimentos

10.3.1. Relatório de procedimentos lançados na base de dados com filtros:

- 10.3.1.1. por Credenciado;
- 10.3.1.2. por Beneficiário Titular;
- 10.3.1.3. por vínculo do Titular (servidor, magistrado, requisitado/cedido, pensionista);
- 10.3.1.4. por Beneficiário Dependente;
- 10.3.1.5. por tipo de Beneficiário (Titular, Dependente, Beneficiário Especial);
- 10.3.1.6. por período;
- 10.3.1.7. por status do procedimento (exemplo: aguardando análise, em análise, em análise de recurso, procedimento deferido, procedimento indeferido, executado, glosado, aguardando pagamento, pago, cancelado);
- 10.3.1.8. por tipo de procedimento;
- 10.3.1.9. por Credenciado ou Prestador Não Credenciado
- 10.3.1.10. por Profissional Executante;
- 10.3.1.11. por localidade;
- 10.3.1.12. por faixa etária;
- 10.3.1.13. por parentesco com o Titular;
- 10.3.1.14. por categoria/especialidade/modalidade.

10.3.2. Relatório sintético e analítico dos beneficiários que não utilizaram determinados procedimentos em um intervalo de tempo, filtrando por Categoria.

10.3.3. Relatório sintético e analítico dos beneficiários que estão aptos a realizar determinados procedimentos, filtrando por Categoria.

10.3.4. Possibilitar a geração de relatório exibindo todo o histórico de procedimentos, contendo: data de solicitação, data de auditoria/autorização, data de execução, data do envio para pagamento, data de pagamento.

10.3.5. Relatórios sintéticos de utilização:

- 10.3.5.1. Possibilitar o levantamento quantitativo de procedimentos por Credenciado, por Beneficiário, por status do procedimento, por categoria/especialidade/modalidade, por período de proposição/execução;
- 10.3.5.2. Quantidade de procedimentos realizados por especialidades e valores totais por período de utilização;

- 10.3.5.3. Quantidade de Beneficiários que usaram o TRTer Saúde ou que solicitaram reembolso por período de utilização, por situação funcional ou por tipo de Beneficiário na rede credenciada.
- 10.3.5.4. Quantidade de procedimentos realizados pelo TRTer Saúde por período de utilização, considerando os dados da base de beneficiários
- 10.3.5.5. Permitir a geração de relatórios comparativos de procedimentos realizados em anos e meses anteriores, exibindo o percentual de aumento ou diminuição nos procedimentos realizados em cada período.

#### 10.3.6. Odontologia

- 10.3.6.1. Relatório de procedimentos odontológicos executados com quantidades realizadas por procedimento, por dente, por profissional, por especialidade.
- 10.3.6.2. Relatórios analíticos e sintéticos dos Planos de Tratamento Odontológicos por tipo (rede credenciada ou reembolso), por Credenciado (caso aplicável), por período, por status (solicitado, em análise, com pendências, autorizado, indeferido, cancelado, encerrado, aguardando pagamento, pago), constando a lista de procedimentos, data de início e data de término.
- 10.3.6.3. Disponibilizar relatório estatístico dos Exames Odontológicos Periódicos realizados, seja na rede credenciada, por reembolso ou diretamente na Seção de Odontologia do TRT-MG, com índice de realização, por faixa etária, sexo, por situação funcional (desembargador/ juiz/ servidor (do quadro, requisitado, cedido), por lotação, se atua na área judiciária ou administrativa, se em 1º ou 2º grau.
- 10.3.6.4. Relatório dos Dados de Saúde Bucal extraídos dos Exames Odontológicos Periódicos realizados, de acordo com a Tabela 14, do **Anexo II - Plano de Assistência à Saúde**.

- 10.3.6.5. Os dados de saúde bucal devem ser apresentados em gráficos, tanto do ano vigente quanto em gráficos comparativos com anos anteriores.
- 10.3.6.6. Possibilitar o levantamento de quantitativos de tratamentos odontológicos realizados por período, por Beneficiário, por Credenciado, e de procedimentos realizados e autorizados.

### 10.3.7. Fisioterapia

- 10.3.7.1. Gerar relatórios com estatísticas e listagem dos Beneficiários, com base nas respostas do PAR-Q.

## 10.4. Relatórios Financeiros

- 10.4.1. Relatório de conferência das Faturas/RPAs com filtros por Credenciado e por período, apresentando os seguintes campos:
  - 10.4.1.1. identificador da Fatura/RPA;
  - 10.4.1.2. mês de competência;
  - 10.4.1.3. data de emissão;
  - 10.4.1.4. valor bruto;
  - 10.4.1.5. valor líquido.
- 10.4.2. Gerar relatório de solicitações e pagamento de reembolso por Beneficiário Titular.
- 10.4.3. Gerar relatório com os valores a serem descontados na Folha-Web, por Titular e competência, de acordo com os percentuais de coparticipação nos procedimentos realizados pelo TRTer Saúde e autorizados até o último dia do mês anterior ao de pagamento. Disponibilizar o relatório no sistema com os dados do titular e do beneficiário.
- 10.4.4. Gerar relatório com todos os lançamentos a serem efetuados na Folha-Web para o mês de pagamento informado, contendo os seguintes campos: mês de competência, dados do Beneficiário Titular, dados do beneficiário Dependente, por categoria especificada pelo SIGEP, valor do lançamento, tipo de lançamento (débito ou reembolso). Permitir filtrar o relatório por vínculo do Titular (servidor, magistrado, requisitado/cedido, pensionista), por situação funcional do Titular, por tipo de Beneficiário (Titular, Dependente, Beneficiário Especial), por faixa etária do Beneficiário Dependente, por parentesco com o Titular, por

- dependência de IR do Titular, por informação se o beneficiário Dependente é estudante.
- 10.4.5. Gerar relatórios de descontos e reembolsos com base no retorno da integração com a Folha-Web, a fim de verificar inconsistências em relação ao que foi autorizado e os descontos e reembolsos efetivados.
  - 10.4.6. Gerar relatório com as GRU's emitidas pelo sistema, permitindo filtrar por Beneficiário Titular, mês de competência, mês de emissão e/ou situação quanto ao pagamento (GRU's pendentes de pagamento, GRU's pagas).
  - 10.4.7. Permitir que o Administrador do Plano de Saúde emita relatório contendo a relação entre os serviços que foram liberados para pagamento e a inclusão de documento fiscal no SIGEO (ex. documento fiscal incluído no SIGEO, pendente de incluir documento fiscal no SIGEO).
  - 10.4.8. Gerar relatórios com os status dos documentos fiscais incluídos no SIGEO (a Integração com o SIGEO está especificada no **Anexo III - Requisitos Técnicos**).

## 10.5. Relatórios de produtividade

- 10.5.1. Gerar relatórios (analíticos e sintéticos) para avaliação de produtividade dos Técnicos de Saúde, informando a lista de procedimentos autorizados, tempo gasto em cada auditoria/análise, número de autorizações e de credenciamento analisados. Permitir filtrar o relatório por período e por Categoria.
- 10.5.2. Disponibilizar relatório de quantitativo das auditorias presenciais e por documento realizadas por período (por dia, mês e ano).