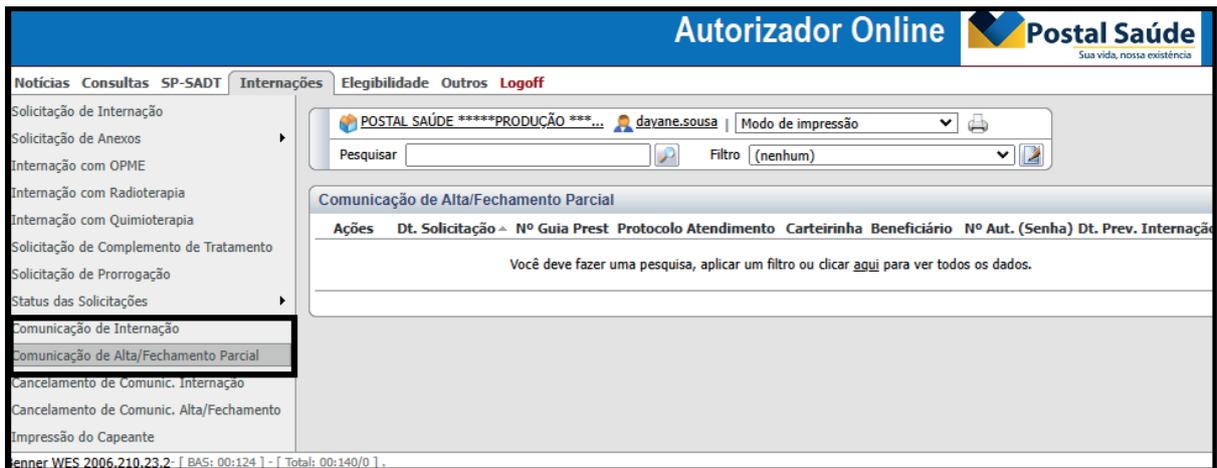


INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR PARA ROTINAS DE ADMISSÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E ELETIVAS

Prezado Credenciado,

A Postal Saúde, dentre os seus normativos, possui o **MAN - Manual do Credenciado – Assistência Médico Hospitalar**, disponível no endereço: <https://www.postalsaude.com.br/wp-content/uploads/2022/08/MAN-006-Manual-do-Credenciado-Assistencia-Medico-Hospitalar.pdf>, o qual contém as orientações técnicas e administrativas necessárias para suporte aos prestadores de serviços, com o objetivo de padronizar um atendimento ágil e de qualidade aos nossos Beneficiários.

Partindo dessa premissa, no que diz respeito às admissões hospitalares, todo Credenciado tem a **obrigatoriedade** de confirmar a data de internação **no ato da admissão hospitalar**, a partir da verificação de elegibilidade do beneficiário, mediante campo específico para “**Comunicação de Internação**”, bem como a **comunicação de parcial e/ou alta** disponível no Autorizador Web, no portal da Postal Saúde, no endereço www.postalsaude.com.br ou por meio da Central de Autorização e Regulação, telefone **0800 881 8080** (15.3.3, MAN).



O Autorizador Web somente permitirá abertura de guia de prorrogação após o registro prévio da Comunicação de Internação. Na ausência desse registro, o sistema emitirá o alerta abaixo:



A **Comunicação de Internação e de Alta Hospitalar** tem como objetivo garantir o correto acompanhamento dos pacientes e, mais que isso, subsidiar o faturamento da guia solicitada (16.1, MAN), diminuindo as inconsistências no processo.

Além disso, caso o Credenciado não realize a comunicação em sistema nas situações de Cobrança Parcial ou Comunicação de Alta Hospitalar, não será emitido o **Relatório Capeante** e, conseqüentemente, poderá incorrer em glosa total por falta da referida comunicação. Lembramos que o documento citado não substitui a apresentação das guias para efeito de auditoria interna ou externa.

Postal Saúde		RELATÓRIO CAPEANTE		NºANS 41913-3	
				PÁG. 1	
NOME BENEFICIÁRIO	SENHA	PLANO			
COD. BENEFICIÁRIO	SEXO	DT. NASC.	ACOMODADO		
CNPJ HOSPITAL	NOME HOSPITAL				
DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	PERÍODO DA COBRANÇA PARCIAL			
CID PRINCIPAL: -	CID SECUNDÁRIO:				
INDICAÇÃO CLÍNICA:		// CARATER DO ATENDIMENTO:			
TIPO DA INTERNAÇÃO:					
MOTIVO DE COMUNICAÇÃO:		MOTIVO DE ALTA (ENCERRAMENTO):			
GUIA PRINCIPAL - EVENTOS AUTORIZADOS:					
CÓDIGO:	DESCRIÇÃO:	QTD SOL.	QTD AUT.	DT AUT.	

O cumprimento dos itens normativos acima contribui, de forma mais efetiva, na gestão de internados por parte da Operadora, a partir da ciência em tempo hábil dos seus beneficiários internados e, assim, promover todas as ações necessárias em parceria com as instituições hospitalares. As diretrizes se dão em prol da assistência de qualidade e segura aos beneficiários, além de garantir um processamento de contas de forma clara, minimizando as inconformidades.

A Postal Saúde conta com a parceria e o profissionalismo de todos os prestadores e se coloca à disposição, na constante busca pela melhoria dos serviços prestados, visando à satisfação dos beneficiários e dos prestadores de serviços credenciados.

Para maiores esclarecimentos, entre em contato com a unidade regional da Postal Saúde no seu estado.

Postal Saúde
ANS - nº 41913-3