

	INSTRUÇÃO		Código: PA08-IT02
	AUXILIAR ASSOCIADO EM DEMANDAS DO PLANO DE SAÚDE		Revisão: 5.0 Publicação: 27/07/2026 Página: 1/5

1. OBJETIVO

Este procedimento visa assegurar que todas as demandas oriundas do Associado, sejam conduzidas de forma padronizada e rastreável, garantindo os devidos registros, acompanhamento das pendências, comunicação eficaz com a operadora, orientações corretas ao associado e evidências do suporte prestado.

Nota 1

- Onde se lê DOCUMENTO interpreta-se INFORMAÇÃO DOCUMENTADA MANTIDA
- Onde se lê REGISTRO interpreta-se INFORMAÇÃO DOCUMENTADA RETIDA
- Onde se lê PRESTADOR interpreta-se PROVEDOR EXTERNO

2. APLICAÇÃO

A instrução orienta a atuação da equipe do setor Médico, responsável pelo atendimento, incluindo a coleta de informações, consulta à ANS ou à operadora, encaminhamento de documentos para análise, validação do retorno da operadora, comunicação ao associado e guarda das evidências do atendimento.

3. DEFINIÇÕES

Associado: Pessoa vinculada à APMP que solicita apoio relacionado ao plano de saúde ou recebe retorno sobre a demanda apresentada.

Demanda do plano de saúde: Solicitação do associado relacionada a cobrança, cobertura, agendamento, rede credenciada, autorização, procedimento ou orientação junto à operadora.

Cobrança indevida: É aquele em que, após autorização do procedimento pelo plano de saúde, o prestador emite cobrança diretamente ao associado referente, exame, cirurgia ou procedimento efetuado em prestador credenciado, e que, a princípio, deveria ser cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições contratuais.

Nota fiscal e discriminativo: Documentos utilizados para análise da cobrança, contendo valores, identificação do serviço, procedimento, data, prestador e demais dados necessários à verificação.

Autorização do procedimento: Documento, protocolo, guia, token ou registro que comprove autorização prévia ou condição autorizativa do procedimento questionado.

Operadora: Provedor externo responsável pela administração do plano de saúde, pela análise técnica/administrativa de cobertura, cobrança, rede, autorização e demais demandas do plano.

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar, fonte de consulta quando aplicável à verificação de cobertura, regras assistenciais ou informações regulatórias.

Rede credenciada: Conjunto de prestadores, clínicas, hospitais, laboratórios e profissionais vinculados ao plano de saúde para atendimento do associado.

Análise da operadora: Resposta, parecer, protocolo, e-mail, token ou documento encaminhado pela operadora após avaliação da demanda enviada pela APMP.

Evidência de atendimento: Registro que comprova a execução de uma etapa do processo, como solicitação registrada, documento recebido, e-mail enviado, protocolo da operadora, consulta realizada, resposta validada ou retorno ao associado.

	INSTRUÇÃO		Código: PA08-IT02
	AUXILIAR ASSOCIADO EM DEMANDAS DO PLANO DE SAÚDE		Revisão: 5.0 Publicação: 27/07/2026 Página: 2/5

Pendência: Informação, documento, resposta ou correção necessária para continuidade ou encerramento do atendimento.

4. RESPONSABILIDADES

Equipe: Receber o contato do associado, registrar a demanda, identificar o tipo de solicitação, coletar documentos e dados necessários, orientar o associado quanto às informações pendentes, consultar ANS ou operadora quando aplicável, pesquisar rede credenciada, buscar agendamento, encaminhar demandas à operadora, monitorar respostas e retornar ao associado.

Analista Pleno 2: Executar as análises e interações operacionais previstas no fluxo, validar minimamente a coerência das respostas da operadora, tratar pendências, manter registros e escalar à gestão situações não resolvidas, recorrentes, críticas ou sem resposta no prazo definido.

Gestão responsável pelo processo: Definir critérios de atendimento, prazos, canais oficiais, regras de escalonamento, controles de registro, responsabilidades, modelos de comunicação, indicadores e forma de acompanhamento das demandas relacionadas ao plano de saúde.

Operadora do plano de saúde: Analisar documentos e questionamentos encaminhados pela APMP, responder solicitações, informar cobertura, orientar sobre rede credenciada, tratar divergências de cobrança, apoiar agendamentos quando aplicável e formalizar respostas por canal rastreável.

Associado: Fornecer informações e documentos necessários, confirmar dados de contato, esclarecer a demanda, acompanhar as orientações recebidas e retornar documentos complementares quando solicitados.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Todas as informações relacionadas aos atendimentos prestados pelo setor é registrado no Teams/Planner (ver PA08-IT06). Na primeira semana do mês seguinte é feito relatório para Diretoria com o n de atendimento prestados e serviços que estão em andamento e ou pendentes. Todas as informações ficam arquivadas na plataforma Teams/Planner.

5.1 RECEBER CONTATO DO ASSOCIADO E CLASSIFICAR A DEMANDA

O processo inicia-se com o recebimento da demanda do associado relacionada ao plano de saúde. A solicitação deve ser registrada no Teams/Planner com as informações necessárias para sua identificação, rastreabilidade e retorno ao associado.

Em seguida, a demanda deve ser classificada conforme o tipo de atendimento (cobrança indevida, verificação de cobertura, agendamento ou rede credenciada), definindo a tratativa, a documentação necessária, a necessidade de interação com a operadora e o prazo para resposta.

5.2 COBRANÇA INDEVIDA

Essa situação ocorre quando, durante a internação hospitalar ou após a alta, o associado recebe cobrança por serviços prestados pelo hospital (como procedimentos, materiais ou exames) sem que tenha havido sua prévia anuência.

Nesses casos, o associado deve encaminhar ao Setor Médico da APMP toda a documentação referente à cobrança recebida. Após a análise inicial, o Setor Médico registra junto à operadora do plano de saúde um pedido de reversão da cobrança, solicitando a reavaliação dos valores cobrados.

	INSTRUÇÃO	Código: PA08-IT02 Revisão: 5.0 Publicação: 27/07/2026
	AUXILIAR ASSOCIADO EM DEMANDAS DO PLANO DE SAÚDE	Página: 3/5

A operadora tem o prazo de até 10 (dez) dias para informar se a cobrança será revertida para o plano de saúde ou se permanecerá de responsabilidade do associado. Após o recebimento do parecer da operadora, o Setor Médico comunica o resultado ao associado, apresentando a respectiva fundamentação.

5.2.1 ENCAMINHAR PARA ANÁLISE DA OPERADORA

Com a documentação mínima reunida, a equipe deve encaminhar a demanda para análise da operadora. O encaminhamento deve conter identificação do associado, descrição objetiva da cobrança questionada, documentos recebidos e solicitação clara de análise. A evidência do envio, protocolo ou confirmação de recebimento deve ser preservada no registro da demanda.

5.2.2 RECEBER E VALIDAR ANÁLISE DA OPERADORA

A equipe deve acompanhar o retorno da operadora e registrar a análise recebida. A resposta pode ser encaminhada por e-mail, sistema, protocolo, mensagem formal ou outro canal adotado pela APMP e pela operadora. O registro deve indicar data de recebimento, responsável pela análise e vínculo com a solicitação original do associado.

Após o recebimento, a equipe deve validar se a análise da operadora responde à demanda apresentada, apresenta justificativa compreensível, menciona os documentos ou protocolos avaliados e permite retorno seguro ao associado. A validação não substitui a responsabilidade técnica ou contratual da operadora, mas deve impedir que respostas incompletas, incoerentes ou sem identificação sejam repassadas sem revisão mínima.

Quando a análise da operadora não for validada, estiver incompleta ou não esclarecer a cobrança, o analista deve retornar à operadora solicitando complementação, reanálise ou esclarecimento. A pendência deve permanecer aberta até novo retorno da operadora ou até decisão de escalonamento à gestão responsável.

5.3 VERIFICAÇÃO DE COBERTURA NA ANS OU OPERADORA

Quando o associado entra em contato para verificar a cobertura para realização de exames, consultas, ou para medicamento, se possível com o código TUSS – Tabela Única dos Serviços de Saúde. O documento deverá ser enviado para AMIL que em até 5 dias úteis informará se há cobertura, DUT ou se esta fora do Rol da ANS. Havendo DUT, o beneficiário para ter a cobertura, terá de preencher os requisitos exigidos, caso contrário, o procedimento lhe será negado. Diante dessas informações, o associado será comunicado e, sendo negativa a cobertura, ele irá transmitir ao seu médico para novas definições.

5.4 AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES

5.4.1 COLETAR DADOS PARA AGENDAMENTO

Quando a demanda envolver agendamento, a equipe deve coletar dados mínimos para busca do atendimento, como procedimento/exame, neste caso é solicitado o envio do pedido médico, especialidade, localidade, preferência de data ou turno, urgência informada, dados de contato e restrições do associado. Informações incompletas devem ser complementadas antes da busca.

5.4.2 REALIZAR AGENDAMENTO

Com os dados necessários, a equipe deve buscar alternativa de agendamento junto à rede, operadora ou canal de atendimento. O resultado da busca deve ser registrado no Teams/Planner, incluindo prestador, data sugerida, contato, protocolo ou orientação repassada ao associado. Quando não houver agenda disponível, a situação deve ser registrada e, deve ser verificado se o associado deseja realizar em outro prestador, em caso positivo, fazemos a pesquisa e concluímos o agendamento.

CÓPIA CONTROLADA ELETRONICAMENTE, QUANDO IMPRESSA TORNA-SE CÓPIA NÃO CONTROLADA

	INSTRUÇÃO	Código: PA08-IT02 Revisão: 5.0 Publicação: 27/07/2026
	AUXILIAR ASSOCIADO EM DEMANDAS DO PLANO DE SAÚDE	Página: 4/5

5.5 PESQUISA DE REDE CREDENCIADA

O associado contata o setor e pede indicação de médicos, hospitais e ou laboratórios para realizar o procedimento indicado. O funcionário, ao receber o pedido irá fazer as pesquisas devidas, de acordo com o plano do associado. Há possibilidade de indicação de médicos, hospitais e ou laboratórios, não credenciados, quando o associado assim o quiser. Caso o funcionário não encontre indicações, deverá compartilhar com os demais membros do setor e se necessário, buscar apoio diretamente no setor de credenciamento do plano de saúde. O prazo para resposta é de até 5 dias úteis.

5.5.1 RETORNAR PARA O ASSOCIADO

Após a conclusão da pesquisa, a equipe deve retornar ao associado com informações, tais como nome do prestador, local, contato, especialidade ou serviço e eventuais orientações sobre autorização ou agendamento.

5.6 AUTORIZAÇÕES E SENHAS

O prestador (laboratório e/ou hospital) faz o pedido de autorização para operadora; quando o associado necessita do auxílio do setor, contata o departamento e informa o nº do pedido para que por meio dele, possamos solicitar prioridade na liberação. A equipe irá registrar a solicitação na plataforma Teams (ver PA08-IT06), acompanhar todo o tramite e manter o associado informado.

O prazo para envio de autorizações e senhas é de 5 a 21 dias úteis. Feita a solicitação, o departamento médico da APMP irá acompanhar o pedido de autorização por meio do site www.amil.com.br, área logada.

Autorizado o procedimento, é feito o registro na plataforma Teams e comunicado ao Associado. Feito o contato, encerra-se o processo e arquivam-se o documento na plataforma Teams.

5.7 SEGURO VIAGEM

O beneficiário interessado em obter o Seguro Viagem, tem de contatar o setor médico com pelo menos com 5 (cinco) dias de antecedência para sua emissão, devendo informar no ato do pedido (ligação, e-mail, Blip ou presencial) as seguintes informações:

- Nome completo;
- Data de saída e de retorno ao Brasil;
- País(es) de destino;
- Endereço eletrônico (e-mail)

A equipe deverá registrar a solicitação na plataforma Teams/Planner, feito isso o analista irá emitir o certificado de viagem, através do portal disponibilizado pela Mapfre (<https://bit.ly/4qvAN0D>). O prazo para envio do voucher é feito até a dois dias de antecedência da data de embarque. Após a emissão o certificado será enviado ao e-mail do beneficiário.

Havendo necessidade de atendimento médico, o associado tem de entrar em contato, por telefone, em um dos números indicados no voucher de assistência internacional, comunicar o ocorrido e aguardar as orientações. No caso de emergência, tão logo tenha ocorrido o atendimento e cessado a urgência/emergência é necessário comunicar a operadora do plano internacional e registrar a ocorrência, e tomar nota do protocolo para requerer possível reembolso.

NOTA 1: A operadora não oferece cobertura quando o pedido do voucher for realizado quando o associado já estiver em viagem e esta “prova” a operadora obtém por meio do passaporte que será solicitado quando do pedido de atendimento e /ou reembolso. Os valores de cobertura mencionado é de caráter global, ou seja, para cada evento (internação/atendimento) será assegurado para o associado o valor contratado.

CÓPIA CONTROLADA ELETRONICAMENTE, QUANDO IMPRESSA TORNA-SE CÓPIA NÃO CONTROLADA

	INSTRUÇÃO	Código: PA08-IT02 Revisão: 5.0 Publicação: 27/07/2026
	AUXILIAR ASSOCIADO EM DEMANDAS DO PLANO DE SAÚDE	Página: 5/5

5.8 DECLARAÇÕES

O processo inicia-se com o contato do associado, que solicita a emissão de uma declaração. A equipe inicialmente, deve registrar a solicitação de declaração no sistema Teams/Planner, e em seguida deve identificar o período solicitado para definir o tratamento adequado da solicitação. Quando a declaração solicitada corresponder a um único mês, a equipe deve acessar o site da APMP, baixar a declaração correspondente e encaminhá-la ao associado em até 10 dias úteis.

Quando a solicitação abranger um período superior a um mês, o atendimento deve ser realizado pelo Analista Administrativo, que deverá consultar a base de dados para localizar as informações necessárias, emitir a declaração e encaminhá-la ao associado.

6. CONTROLE DE INFORMAÇÃO DOCUMENTADA RETIDA

Identificação/ Nome	Distribuição	Armazenamento				Uso	Controle de alteração	Tempo de Retenção (mínimo)		Destinação Final
		Acesso	Forma	Preservação	Recuperação			Arquivo Vivo	Arquivo Morto	
Teams (plataforma eletrônica)	Médico	Nuvem, login e senha	Eletrônica	Backup Diário	Por número de ofício	interno	Conforme PG18-FO01	Enquant o em uso	Enquanto disponível a plataforma	Desinstalação

7. HISTÓRICO DAS REVISÕES

Revisão Nº	Data	Descrição
0.0	21/03/2014	Elaboração do documento
1.0	31/07/2014	Revisão geral
2.0	31/07/2017	Revisão geral.
3.0	20/07/2018	Revisão geral devido implantação do Trello.
4.0	28/08/2023	Revisão geral devido a mudança de uso da plataforma Trello para o Sistema Teams.
5.0	27/07/2026	Revisão geral do documento

8. APROVAÇÕES

Elaborado / Revisado por:	Aprovado por:
Analista Administrativo/ Auditor(a) de Processos	Gerente Exectivo do Setor Médico