

**DIRETORIA DE SAÚDE**  
**ESQUADRÃO DE SAÚDE BAFL**  
**MANUAL DO USUÁRIO**



## 1 DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

### 1.1 FINALIDADE

Regular a utilização da rede credenciada responsável pela assistência de saúde complementar aos beneficiários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA) que tem direito à assistência médica hospitalar complementar (AMHC), estabelecendo os procedimentos a serem adotados por estes nos casos eletivos e nas situações de emergência no país e no exterior.

### 1.2 OBJETIVO

Garantir o adequado atendimento aos beneficiários do FUNSA e dar-lhes ciência da forma de custeio dos procedimentos realizados na rede credenciada.

### 1.3 ÂMBITO

Aplica-se aos beneficiários do FUNSA vinculados à Base Aérea de Florianópolis (BAFL) e ao Grupamento de Apoio Florianópolis (GAP-FL). Os beneficiários são militares da Aeronáutica e seus dependentes, desde que sejam do FUNSA, em trânsito ou a serviço nesta localidade e que utilizem os serviços de saúde disponibilizados na rede complementar credenciada.

## 2 CONCEITUAÇÃO

### 2.1 BENEFICIÁRIOS EXCLUSIVOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (AMH):

É a Assistência Médico-Hospitalar indenizável em 100% (cem por cento) pelo usuário do SISAU (Sistema de Saúde) nas Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA) e prestadores credenciados. O paciente AMH pode ser atendido na OSA, efetuando o pagamento integral dos procedimentos realizados e do justo valor do material empregado. Os beneficiários exclusivos AMH estão relacionados no item 6.1 da NSCA 160-5 (Publicada no BCA nº064, de 19 de abril de 2017). Quando necessitar realizar exames em prestador credenciado, a partir da implantação do SISAUC (Sistema para Saúde Complementar), o beneficiário deverá solicitar no FUNSA da BAFL a emissão de

GEAM (Guia de encaminhamento para assistência Médico-Hospitalar).O beneficiário deverá pagar o valor integral (100%), ao prestador, no ato do atendimento, portanto não gerará cobrança pela Subseção de Faturamento da OSA. Não haverá desconto interno referente ao atendimento ou procedimento realizado pelo prestador credenciado. O beneficiário AMH que for atendido na OSA marcará consulta ou procedimento normalmente. As despesas decorrentes do atendimento na OSA serão processadas pela subseção de faturamento através de desconto em folha de pagamento do contribuinte responsável.

## 2.2 **BENEFICIÁRIOS DO FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (FUNSA):**

É a Assistência Médico-Hospitalar parcialmente indenizável pelo Comando da Aeronáutica com recursos financeiros de arrecadação própria, oriundos de contribuições obrigatórias dos Militares da ativa e na inatividade, e dos Pensionistas dos Militares. Os beneficiários FUNSA estão relacionados no item 5.1 da NSCA 160-5 (Publicada no BCA nº064, de 19 de abril de 2017) e se diferenciam dos demais beneficiários pela condição de contribuintes para o FUNSA através do titular. Neste caso, o militar responsável indenizará em 20% (vinte por cento) a assistência médico-hospitalar recebida nas OSA ou na rede credenciada.

## 2.3 ATENDIMENTO ELETIVO:

Termo usado para designar os atendimentos médicos que são programados, não sendo considerados de urgência ou emergência.

## 2.4 CONTRIBUINTE RESPONSÁVEL:

É o militar da ativa e na inatividade e o Pensionista do Militar, que promovem a inclusão e a exclusão de dependentes, bem como, são responsáveis pelo ressarcimento das despesas decorrentes da assistência médico-hospitalar prestada.

## 2.5 EMERGÊNCIA:

Situação crítica, dolorosa ou perigosa, de surgimento imprevisto e súbito; como manifestação de enfermidade ou traumatismo que obriga ao atendimento imediato.

## 2.6 GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (GAB):

É o documento hábil para o encaminhamento de beneficiários da AMHC às entidades de saúde credenciadas ou contratadas pelo Comando da Aeronáutica para atendimentos médico-hospitalar e odontológico e para a realização de exames complementares de diagnóstico e terapia, sendo sua emissão específica para os militares, pensionistas dos militares e os seus dependentes.

## 2.7 INTERNAÇÃO:

É a admissão de um paciente para ocupar um leito em Organização de Saúde.

## 2.8 ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (OSA):

É a organização da Aeronáutica apropriada e com a finalidade de prestar assistência médico-hospitalar.

## **3 BENEFICIÁRIOS DO FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (FUNSA)::**

3.1 Serão considerados beneficiários **FUNSA**, de acordo com o Estatuto dos Militares, para fins de indenização da assistência médico-hospitalar prevista nesta Instrução, os usuários abaixo especificados:

- a) os militares contribuintes;
- b) o cônjuge ou o (a) companheiro (a) do militar contribuinte definido como tal na legislação em vigor;
- c) o(a) filho (a) menor de 21 (vinte e um) anos;

- d) o filho estudante, até completar 24 anos, desde que não receba remuneração;
- e) a filha estudante, até completar 24 anos solteira e que não receba remuneração;
- f) o(a) filho(a), inválido(a) ou interdito(a);
- g) o(a) tutelado(a) até completar 18 anos;
- h) o(a) enteado(a) nas mesmas condições das letras “c”, “d”, “e”, e “f”, contanto que não receba pensão alimentícia;
- i) os beneficiários da pensão militar de primeira e segunda ordem de prioridade, previstos nos itens I e II, do Art.7º da Lei nº3765, de 4 de maio de 1960 (lei de Pensão Militar) nas condições e limites nela estabelecidos;
- j) a mãe viúva do militar contribuinte, desde que não receba remuneração;
- k) a mãe solteira do militar contribuinte, desde que resida sob o mesmo teto, viva exclusivamente sob sua dependência econômica, e não receba remuneração (aposentadoria, pensão);
- l) o menor que esteja sob a guarda, sustento, e responsabilidade do militar contribuinte, por determinação judicial, desde que atendidas as seguintes condições: enquanto residir sob o mesmo teto, não constituir união estável, viver sob dependência econômica do militar, até que cesse a guarda e até que seja emancipado ou atinja a maioridade.

3.2 Na falta do militar contribuinte, os beneficiários previstos no item i receberão nova numeração de SARAM e passarão a contribuir para o FUNSA, fazendo jus à assistência médico-hospitalar enquanto se enquadrarem nas condições e limites estabelecidos na lei de Pensão Militar.

3.3 As filhas enteadas instituídas pensionistas, após completarem os limites de idade previstos na referida lei deixarão de contribuir para o Fundo de Saúde e perderão a condição de beneficiárias do FUNSA, deixando de fazer jus a assistência médico-hospitalar.

3.4 Os(as) filhos(as) enteados(as) e o menor sob guarda inválidos(as), uma vez instituídos pensionistas, não perderão a condição de beneficiários(as) da pensão, desde que permaneçam seus dependentes e vivam sob a sua responsabilidade sendo vedada a inclusão de novos dependentes. A condição de invalidez deverá ser homologada pela Junta Superior de Saúde.

3.5 Para fins de comprovação do estado civil solteira da dependente, acima de 18 anos, a Organização Militar de vinculação do militar deverá solicitar a certidão de nascimento atualizada (emitida menos de 6 meses).

3.6 O(a) filho(a), inválido(a) ou interdito(a) deverá ser recadastrado a cada 5(cinco) anos.

## **4 PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTO**

### **4.1 ATENDIMENTOS ELETIVOS:**

4.1.1 O beneficiário deve encaminhar-se ao SAME para agendar uma consulta com um médico do Esquadrão de Saúde (ES), inclusive quando tiver se consultado com médico civil. O médico militar avaliará o paciente e solicitará ou transcreverá os exames. Caso seja necessário, o médico do ES solicitará que o beneficiário seja encaminhado ao especialista ou fará o pedido dos exames complementares. Por sua vez, informará ao paciente se o exame ou consulta pode ser realizado no ES ou se será indicado realizá-la na rede credenciada local. Em casos de procedimentos de alto custo será necessário encaminhá-lo a OSA de referência.

4.1.2 Caso o médico tenha solicitado uma consulta com um especialista e haja disponibilidade deste especialista no Esquadrão de Saúde, o usuário deve dirigir-se ao

SAME e realizar o agendamento. Se for solicitado um exame disponível no ES, o beneficiário deve dirigir-se ao setor onde será realizado o exame.

4.1.3 Se o procedimento solicitado não está disponível no Esquadrão de Saúde, o paciente deverá dirigir-se ao FUNSA e entregar a guia de solicitação de exames feita pelo médico. Neste momento, o atendente verificará se o procedimento solicitado está disponível na rede credenciada ou se deverá ser encaminhado a OSA de referência.

4.1.4 Caso o procedimento não esteja disponível na rede credenciada e não tenha indicação de encaminhá-lo a OSA de referência, o usuário solicitará autorização para a solicitação de ressarcimento das despesas médico-odontológicas. Recebendo a autorização (ARE), o usuário realizará o procedimento, efetuará o pagamento e solicitará a nota fiscal (NF) detalhada, discriminando o serviço ou procedimento realizado. A NF deverá ser entregue no FUNSA onde o usuário preencherá uma solicitação de ressarcimento, informando os dados bancários e demais dados necessários para conclusão do processo.

4.1.5 Se o procedimento estiver disponível na OSA de referência, o paciente será encaminhado à OSA. A SARAM na DIRSA, fará a regulação de procedimentos e cirurgias de alta complexidade (cardíaca, neurocirurgia, ortopédicas, buco-maxilo-faciais, vasculares, plásticas reparadoras, oftalmológicas, oncológicas e bariátricas) com custo acima de 5.000,00 (cinco mil reais), que necessitem ou não o uso de órteses, próteses e materiais especiais (OPME).

4.1.6 Caso o procedimento não esteja disponível ou a relação custo benefício não seja vantajosa e haja disponibilidade em realizar o procedimento na rede credenciada, o usuário será informado pelo FUNSA e terá seu pedido encaminhado para auditoria médica. Após 05 dias úteis, o usuário deverá entrar em contato com o FUNSA,

pessoalmente ou por telefone, através do número 3229-5128, para verificar se o pedido foi autorizado. Caso tenha sido aprovado, o usuário deverá agendar o procedimento no prestador indicado pelo atendente do FUNSA e depois de agendado, comparecer pessoalmente para retirada da GAB, que após ser impressa tem validade de 30 (trinta) dias corridos.

4.1.7 O usuário em posse de sua GAB deve dirigir-se ao Prestador Credenciado para realizar o procedimento. **IMPORTANTE: O usuário somente será atendido no prestador credenciado que escolheu no momento que deu entrada na guia de solicitação de exames no FUNSA, pois o nome do prestador está impresso na GAB. Caso o beneficiário queira mudar o prestador deverá entrar em contato com o FUNSA e solicitar a troca. O beneficiário deverá apresentar ao prestador a GAB assinada e dentro da validade de 30 (trinta) dias corridos após a impressão.**

#### 4.2 EMERGÊNCIAS:

##### 4.2.1 Em sede:

4.2.1.1 O beneficiário deve inicialmente procurar o pronto atendimento no Esquadrão de Saúde das 7 às 18 h e, fora deste horário, no Hospital de Guarnição do Exército de Florianópolis (HGuFl). O médico militar, verificando a necessidade de encaminhamento do paciente a um prestador credenciado, coordenará o processo de remoção. Caso seja inviável este procedimento, o usuário em situação de emergência, poderá procurar um hospital CREDENCIADO, atualmente o Baía Sul e, para emergências infantis, a Policlínica São Lucas, até às 22h (ligar antes para confirmar o horário 32427788). O Pronto atendimento pediátrico em situações graves deverá ser preferencialmente no Hospital Infantil que dispõe de emergência 24 h e UTI (Unidade de Tratamento Intensivo). Os Hospitais credenciados são uma alternativa de atendimento que deve ser reservada nos casos que não possam ser tratados no ES da BAFL ou HGu-Fl.



4.2.1.2 Ao ser atendido em prestador CREDENCIADO ou NÃO CREDENCIADO, o usuário deverá assinar um termo de responsabilidade e entrar em contato com o FUNSA comunicando o ocorrido no **prazo de 48h**( ou no primeiro dia útil) a fim de prestar as informações necessárias à emissão de GAB de emergência para prestador credenciado ou ressarcimento das despesas médicas ao beneficiário, se for prestador não credenciado. A(s) GAB(s) depois de assinada(s) pelo beneficiário, serão encaminhada(s) ao prestador. Se o usuário não comunicar no prazo, a fatura será emitida em nome do paciente e será de responsabilidade do beneficiário o pagamento da mesma.

#### 4.2.2 Fora de sede:

4.2.2.1 O usuário deve procurar a OSA mais próxima. Caso não exista unidade da Aeronáutica na localidade, deverá procurar alguma Organização de Saúde de outra Força Armada (Exército ou Marinha). Sendo inviável o encaminhamento para estas unidades, o usuário deve encaminhar-se à Organização de Saúde pública ou privada mais próxima.

4.2.2.2 Os atendimentos que sejam realizados em entidades privadas devem ser comunicados ao FUNSA da organização militar de origem a qual o beneficiário esteja vinculado em até 48h para que sejam adotados os procedimentos cabíveis.

4.2.2.3 Caso o atendimento de emergência tenha ocorrido em entidade não credenciada o usuário deverá efetuar o pagamento, solicitar a emissão da NF, com a detalhada discriminação dos serviços prestados e o relatório médico que comprove a emergência. A NF e o relatório médico devem ser apresentados no FUNSA da organização militar de origem no momento que será feito a solicitação de ressarcimento das despesas.

4.2.3 No exterior por motivo particular:

4.2.3.1 Os militares da ativa ou na inatividade, os pensionistas, e seus dependentes, quando em viagem ao exterior, de caráter particular, não terão as despesas com assistência médico-hospitalar custeadas pelo Comando da Aeronáutica.

## **5 PECULIARIDADES DOS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS**

5.1 O atendimento emergencial, fora do horário de expediente do Esquadrão de Saúde da BAFL, deverá ser, inicialmente, prestado pelo Hospital de Guarnição de Florianópolis (HGuFl). A relação atualizada da rede Prestadora Credenciada está disponível no FUNSA da BAFL, no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do ES da BAFL, no Pronto Atendimento do HGu-Fl e site externo da BAFL. O beneficiário, inicialmente, deverá ser avaliado por médico militar em instituições militares (ES da BAFL e/ou HGU) antes de ser encaminhado ao prestador CREDENCIADO, portanto só será permitido que o beneficiário procure prestador CREDENCIADO se estiver em situação de emergência em que o atendimento em instituições militares seja inviável. É importante ressaltar que paciente em situação de grande risco poderá ser atendido em qualquer prestador de saúde, devido ao risco de morte, sem encaminhamento prévio de médico militar. O prestador CREDENCIADO, Policlínica São Lucas dispõe de serviço de Pronto Atendimento de Emergência em Pediatria e Ortopedia, fora do horário de expediente, inclusive nos finais de semana, em horários pré-determinados (a confirmar com o prestador no telefone 32427788).

5.2 O atendimento médico ou exame clínico que seja necessário e não realizado pelo socorrista geral do Pronto Socorro ou pelos plantonistas nas UTI dos hospitais credenciados será TERCEIRIZADO, ou seja, pago pelo beneficiário que solicitará a NF

e o relatório médico, justificando o atendimento. O beneficiário terá o prazo de 48 h ou o primeiro dia útil para dar entrada no FUNSA no processo de ressarcimento das despesas. Após avaliação da auditoria médica e/ou odontológica será autorizado o ressarcimento, se preencher os requisitos necessários para tal. Desta forma exames de laboratório, de imagem, acionamento de médico especialista e outros que sejam necessários para o correto diagnóstico em caráter emergencial, que sejam realizados por Entidade de Saúde não credenciada, serão ressarcidos após análise no FUNSA e na Seção de Contas Hospitalares, caso seja comprovada pela auditoria médica e odontológica indicação clínica para o atendimento de emergência.

5.3 Cada Prestador Credenciado de Saúde, Pessoa Física ou Jurídica, que prestar atendimento ao beneficiário AMHC emitirá faturas separadas. Assim, caso o beneficiário AMHC tenha sido internado em Instituição Hospitalar e tenha realizado durante a internação, exames laboratoriais, exames de imagem e tenha sido necessário a avaliação por parte de um médico especialista, se caracterizar prestadores diferentes, deverá haver a emissão de Notas Fiscais ou Recibos (no caso de pessoa física) separados.

5.4 Para os Prestadores Credenciados será emitida GAB de emergência que após assinada pelo beneficiário, será encaminhada.

5.5 Para os Prestadores **não credenciados**, o beneficiário ou seu responsável deverá procurar o FUNSA em até 48h ou no primeiro dia útil para que seja solicitada a emissão de autorização de ressarcimento. **O beneficiário deverá efetuar o pagamento integral da fatura e posteriormente apresentá-la acompanhada do Requerimento de Ressarcimento preenchido junto ao FUNSA para conclusão do processo.**

## 6 DO CUSTEIO

6.1 Conforme previsto na ICA160-24, os beneficiários AMHC pagarão 20% (vinte por cento) de indenização devida pela assistência médico-hospitalar que lhes for prestada em Organização de Saúde da Aeronáutica, ou através de Prestadores Credenciados, sendo os restantes 80% (oitenta por cento) cobertos com os recursos da AMHC.

6.2 Sobre o valor indenizável, os 20% das despesas devidas que requeiram pagamento pelo beneficiário responsável se forem inferiores a 4% (quatro por cento) do soldo ou cota-parte do soldo que serviu de base para o cálculo, no caso de Pensionistas, serão descontadas no contracheque em parcela única.

6.3 As despesas que ultrapassarem os 4% do soldo ou cota-parte do soldo que serviu de base para o cálculo, no caso de pensionistas, serão divididas em quantas parcelas mensais forem necessárias para completar o total do valor devido de indenização, respeitando o limite de 4% do valor do soldo mensal.

6.4 Os beneficiários da AMHC em situação de emergência, devidamente comprovada, forem atendidos em Organizações de Saúde não credenciadas ao Comando da Aeronáutica devem efetuar o pagamento e terão direito ao ressarcimento do valor correspondente a oitenta por cento da despesa realizada no valor da tabela de ressarcimento da SARAM, desde que seja obedecido o prazo de 48h para informar o atendimento ao FUNSA.

6.5 O ressarcimento a que se refere o item 6.4 será solicitado através de requerimento, sendo a despesa analisada e calculada em função da tabela da SARAM em vigor. Caso os valores não estejam contemplados na tabela SARAM, poderão ser calculados com base nas tabelas previstas no Edital de Credenciamento.

## **7 DISPOSIÇÕES FINAIS**

7.1 O militar e o pensionista são responsáveis pela veracidade das informações prestadas sobre as condições ou limitações declaradas relativas aos seus dependentes, ao incluí-los como beneficiários da AMH ou da AMHC. Tal responsabilidade também se estende quando for solicitada a exclusão, mediante parte à sua Organização Militar, de qualquer dependente que perca as condições ou limitações exigidas na ICA 160-24, como também no caso no qual o militar ou pensionista militar dispuser da assistência médico-hospitalar a seus dependentes.