

Estudo Técnico Preliminar 46/2024

1. Informações Básicas

Número do processo: 67540.007944/2024-57

2. Descrição da necessidade

2.1. Considerando a necessidade de atender à demanda referente à prestação de assistência médica (prestação de serviço de saúde) e aos serviços de assistência médico-hospitalar nas seguintes especialidades: regime ambulatorial e hospitalar, de atendimento de emergência/ urgência nas 24 (vinte e quatro) horas diárias, de serviço de atenção domiciliar, institutos de longa permanência para idosos, de remoção entre hospitais (ambulâncias tipo suporte simples e suporte avançado), de reabilitação fonoaudiológica, fisioterápica, de nutrição, de psicologia e de terapia ocupacional e Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia, Medicina Diagnóstica (laboratorial, exames de imagem, etc...), Medicina Intervencionista, Medicina Avançada, Medicina Nuclear, Hemoterapia, Nefrologia (Hemodiálise/ Diálise), Medicina Hiperbárica, Taxas, serviços e diárias de Internação (UTI, apartamento, enfermaria e isolamento), internação psiquiátrica, Transplantes, Oncologia (Quimioterapia, Radioterapia, Braquiterapia, Teleterapia e Radiocirurgia); tão necessários aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) nos termos da lei nº 6.880/1980, para complementar os serviços especializados existentes na rede ambulatorial e hospitalar das Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA), conforme inciso II, do art. 20 do Decreto 92.512, de 02 de abril de 1986.

2.2. Considerando que o GSAU-GW, possui as seguintes limitações de atendimento das demandas dos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAUC):

2.2.1. Recursos humanos: não possui em seu efetivo todas as especialidades médicas como vascular, cardiologia, neurologia, nefrologia, otorrinolaringologia, anestesiologia, pneumologia, radiologia, atenção domiciliar, entre outros.

2.2.2. Recursos estruturais para atender a assistência médico-hospitalar de alta complexidade: ausência de Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Neonatologia, Pediátrica, Hemodinâmica, Hemodiálise, entre outros.

2.2.3. Recursos tecnológicos: ausência de Centro Diagnóstico de Imagem com aparelhos de tomografia, ressonância magnética, ultrassom, entre outros.

2.3. Considerando a localização geográfica do GSAU-GW e analisando que em determinadas ocasiões específicas os beneficiários podem apresentar condições clínicas de grande instabilidade, a necessidade de remoção e ou encaminhamento dos mesmos para a unidade de referência técnica Hospital de Força Aérea de São Paulo (HFASP) - situado em Santana, São Paulo/ SP, OSA de 3º Escalão da qual o GSAU-GW está subordinado, pode não ser a melhor ou mais adequada opção para o beneficiário por conta da distância de 178 km desta unidade e o risco envolvido na missão.

2.4. Considerando a previsão no Plano de Contratações Anual desta Organização Militar.

2.5. Identificou-se a necessidade de convocar, por meio de Chamamento Público Organizações Cíveis de Saúde e/ou Profissionais de Saúde Autônomos que estejam interessados e que atendam aos requisitos de qualificação e habilitação elencada no Edital de Chamamento Público, o que favorecerá maiores recursos estruturais e tecnológicos permitindo ampla assistência aos beneficiários de saúde desta OSA. Estima-se assim a formalização de contratações para possibilitar o atendimento das demandas existentes, tanto de especialidades não disponíveis (por exemplo: oncologia com quimioterapia e radioterapia, cirurgia cardíaca, cirurgia vascular, hematologia), quanto daquelas em que o número de profissionais do GSAU-GW não consiga atender.

3. Área requisitante

Área Requisitante	Responsável
FUNSA	GERSON ARTUR FERNANDES LIMA JUNIOR

4. Descrição dos Requisitos da Contratação

4.1. Para contratação de prestadores de serviços de saúde que abrangem atendimentos classificados em regime: ambulatorial, atenção domiciliar e ILPI, internação clínica e especializada, remoção, psiquiatria e exames de imagens, os mesmos deverão atender os seguintes critérios legais:

4.1.1 Somente serão admitidos a participar do processo de contratação os estabelecimentos e/ou profissionais de saúde que estiverem aptos a atender dentro da região do Vale do Paraíba, no estado de São Paulo; e/ou na cidade de Itajubá – Minas Gerais; e/ou outra localidade, neste caso, conforme conveniência e oportunidade da Administração, devidamente justificados e que comprovem regularidade jurídica, fiscal, qualificação econômico-financeira e técnica- operacional, apresentando todos os documentos exigidos neste processo;

4.1.2. Na hipótese da contratação por meio de credenciamento, a mesma acontecerá a qualquer tempo, de qualquer interessado, pessoa física ou jurídica que preencha as condições mínimas deste processo;

4.1.3. Poderão participar estabelecimentos de saúde e profissionais médicos que disponibilizem tratamentos clínicos e cirúrgicos nas especialidades admitidas ou que venham a ser admitidos pelo Conselho Federal de Medicina, de acordo com a resolução CFM nº 1.763/2005 ou outra que a venha substituir, observada a Lei 12.842/2013, bem como profissionais de saúde "não médicos" com atividades regulamentadas nos respectivos Conselhos de Fiscalização profissional;

4.1.4. Poderão participar Microempresas e Empresas de Pequeno Porte, bem como as cooperativas de especialidades, desde que os serviços prestados sejam em caráter coletivo e com absoluta autonomia dos cooperados, devendo apresentar na fase de credenciamento, a relação dos nomes, registro de classe e especialidades de todos os profissionais associados;

4.1.5. Não serão contratadas:

a. Empresas ou associações reunidas em consórcio;

b. Operadoras privadas de planos de saúde;

c. Empresas cumprindo suspensão temporária de participação em licitação da Administração Pública;

d. Pessoas físicas ou jurídicas impedidas de contratarem com o Comando da Aeronáutica ou com a Administração Pública;

e. Pessoas físicas ou jurídicas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos limites determinados pelo inciso IV do art. 156 da Lei nº 14.133/21;

f. Pessoas físicas ou jurídicas que possuam restrições quanto a suas capacidades técnicas ou operacionais, personalidade e capacidade jurídica, idoneidade financeira e regularidade fiscal, inclusive, sob investigação do Ministério Público quanto a sua idoneidade nos procedimentos utilizados na prestação dos serviços objeto do presente contrato;

g. Empresas que se encontrarem em processo de falência ou de dissolução;

h. Pessoas físicas que se encontrarem em processo de insolvência civil;

i. Quaisquer interessados que se enquadre nas vedações previstas no artigo 9º da Lei nº 14.133/21;

j. Cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade até o terceiro grau, inclusive, de servidor integrante da Comissão de Planejamento, da Seção de Auditoria, dos que exerçam funções de Ordenador de Despesas, gestor do FUNSA, bem como do Comandante desta Organização;

k. Sociedades que tenham em seu quadro societário quaisquer das pessoas indicadas nas alíneas anteriores. Neste caso, a restrição poderá ser afastada caso comprovada, no caso concreto, a ausência de ofensa aos princípios da isonomia, impessoalidade e moralidade;

l. Não serão contratadas pessoas jurídicas prestadoras de serviço ou profissionais autônomos da área de saúde para atuarem no interior das instalações do Grupo de Saúde de Guaratinguetá; e

m. Militar ou funcionário civil desta Organização.

4.2. Requisitos específicos necessários para serviço de REMOÇÃO:

4.2.1. Os serviços de remoção serão requeridos pela CONTRATANTE, por meio do número de emergência fornecido pelo CONTRATADO, que atenderá as solicitações de serviço, sem interrupções, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias, no período de vigência do CONTRATO. O CONTRATADO deverá ser informado da localização do paciente e do quadro clínico e o destino da transferência.

4.2.2. Ao acionamento, o CONTRATADO deverá informar sobre o período mínimo previsto ao atendimento.

4.2.3. Nas remoções terrestres o usuário, independentemente da idade, poderá ser acompanhado por uma pessoa. Os acompanhantes não poderão interferir na assistência ao paciente, sob pena de expulsão do veículo, onde quer que este se encontre.

4.2.4. O motorista da CONTRATADA deverá ter a habilitação para condução de veículos nas categorias D ou E.

4.2.5. De acordo com a Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002, as ambulâncias são classificadas em:

- TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.
- TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.
- TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).
- TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.
- TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC.
- TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

4.2.6. Itens obrigatórios para ambulância de suporte AVANÇADO:

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de radio comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobráveis; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não- invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geleia e "spray"; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios guia para intubação; pinça de MagyII; bisturi descartável; cânulas para

traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antisséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almofolias com antisséptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para recém-natos.

4.2.7. Itens obrigatórios para ambulância de suporte BÁSICO:

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c – aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gazes estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços. As ambulâncias de suporte básico que realizam também ações de salvamento deverão conter o material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas, maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg, fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas, devendo contar, ainda com compartimento isolado para a sua guarda, garantindo um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo, 8 metros cúbicos.

5. Levantamento de Mercado

5.1. Visando apurar as possíveis soluções existentes no mercado para atender a contratação do objeto desejado, e considerando a capacidade de suprir as necessidades referentes a qualidade, custo, tempo e operacionalização, em face da eficiência na prestação de serviços de saúde, foram analisadas:

5.1.1. Amostras do histórico de serviços adquiridos anteriormente por esta instituição de saúde (Seção do Fundo de Saúde da Aeronáutica), com base nos preços praticados no mercado e nos orçamentos recolhidos de organizações e prestadores de serviço da região, **que seguem em anexo a este processo**. Também foram coletados dados de Guias de Apresentação de Beneficiários (GAB) emitidos pela Seção de Fundo de Saúde da Aeronáutica, constantes no SISAUC (Sistema para a Saúde Complementar da Aeronáutica), abrangendo os anos de 2020 a 2023, conforme a tabela abaixo, permitindo uma visão detalhada da demanda dos serviços de saúde nesse período.

VALOR TOTAL DE ITENS DE GAB				
ANO 2020	ANO 2021	ANO 2022	ANO 2023	Média Estimada
R\$ 7.414.300,41	R\$ 7.809.240,29	R\$ 7.931.747,62	R\$ 6.970.433,84	R\$ 7.531.430,54

5.1.2. Analisando as diferentes possibilidades de modalidades de contratação, conclui-se que a atual necessidade desta Organização tem seu enquadramento na hipótese de inexigibilidade de licitação, conforme previsto no inciso IV do caput do art. 74 da Lei nº 14.133/2021, uma vez que o objeto a ser contratado é altamente específico,

necessita estar dentro da limitação geográfica de abrangência de atendimento dos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAUC), não sendo passível sua verificação em Painel Nacional de Preços ou por meios eletrônicos.

Visando o não comprometimento da finalidade de atendimento à saúde desta OSA, por existirem variados procedimentos ou serviços de diversas especialidades clínicas, dos quais a contratação limitada de Organizações ou Prestadores de Serviços não consiga atender em sua plenitude.

Estudou-se a hipótese da contratação por credenciamento, em que há possibilidade do cadastro de várias Organizações e/ou Prestadores de Serviços habilitados, favorecendo amplo atendimento às necessidades da OSA, oferecendo diversidade de serviços e atendendo em grande parte, a demanda de pacientes. Diminuindo o risco de depender exclusivamente de uma única Organização e/ou Prestador de Serviços, da interrupção dos serviços de atendimento à saúde e favorecendo a qualidade dos serviços prestados.

Ressaltando-se ainda que na hipótese de contratação por meio de credenciamento, caberá ao beneficiário a livre escolha do Prestador de Serviços ou Organização contratada, e dessa forma, assegurada a impessoalidade na definição de demanda. Os contratados podem ser demandados em quantidades diferentes pelos beneficiários, excluindo-se a vontade da Administração.

5.1.3. Para o levantamento de custos dos serviços a serem contratados, os itens foram escalonados em:

a) Procedimentos médicos; b) Consultas médicas; c) Honorários de nutricionistas; d) Honorários de fisioterapia; e) Honorários de fisioterapia ambulatorial; f) Honorários de fonoaudiologia; g) Honorários de psicologia, psicopedagogia e psicomotricidade; h) Exames Complementares; i) Medicamentos, radiofármacos, quimioterápico, dietas enterais e materiais descartáveis; j) Órteses, próteses, dispositivo médico implantável e materiais especiais; k) diárias de acomodações; l) procedimentos cirúrgicos; m) atenção domiciliar; n) remoções; e o) Filme Radiológico.

5.1.4. Foram consideradas como referenciais de custos, as tabelas/guias abaixo mencionadas:

- **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 2014):** lista hierarquizada, padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar que contempla todas as especialidades, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.673, de 24 de novembro de 2003, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos), com deflator de 20% no porte e no UCO. Somente serão aceitos procedimentos cobertos pelo Rol da Agência Nacional de Saúde – ANS atualizado e de acordo com as restrições e limitações de cobertura estabelecidas na legislação destinada a regulamentar os sistemas SARAM, FUNSA e SISAU. Os procedimentos que constarem no Rol de procedimentos e não constem na tabela negociada serão objeto de aditivo, sendo analisado caso a caso.

- **BRASÍNDICE:** é um guia farmacêutico indicador de valores de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares, que tem incorporado os códigos na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) gradualmente e é publicada por empresa especializada, na qual consta o preço de medicamentos vendidos no Brasil, sendo reconhecida no meio hospitalar, de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

- **SIMPRO:** é um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro ANVISA, código TUSS, classificação, embalagem e outros), destinada a faturamento, licitações, análise e auditoria de contas médico-hospitalares.

6. Descrição da solução como um todo

6.1. Após o levantamento de mercado conforme as informações destacadas anteriormente, dentre das opções encontradas, o modelo de Credenciamento se mostrou como a alternativa de contratação mais vantajosa, contemplando os aspectos da conveniência, economicidade, eficiência, custo e qualidade na aquisição dos serviços, sendo a forma mais eficaz de administrar e gerenciar as demandas sobressalentes do GSAU-GW. Estima-

se que a contratação de Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) interessados na prestação de serviços de saúde, possa complementar os serviços especializados existentes na rede ambulatorial e hospitalar de Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA) e para o Grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU- GW), proporcionando aos beneficiários um atendimento mais amplo, abrangendo diversas áreas e especialidades, recursos tecnológicos mais avançados, além de favorecer que o beneficiário obtenha o poder da escolha quanto ao profissional ou o local em que pretende ser atendido.

6.2. O credenciamento favorece a ampla participação de profissionais e organizações que demonstrem interesse e que atendam os critérios estabelecidos no Edital, a fim de identificar e estabelecer mecanismos de atendimento das demandas apresentadas. Enfatizamos que as contratações serão precedidas do Ato Convocatório, contendo a motivação técnica, de acordo com as demandas identificadas, a qual considerará a especialidade do serviço a ser contratado de acordo com o grau de complexidade, bem como, as exigências legais para sua realização.

6.3. O credenciamento acontecerá a qualquer tempo, de qualquer interessado, pessoa física ou jurídica que preencha as condições mínimas deste processo, os requisitos citados no item 4 deste documento, bem como cumprindo-os durante toda a execução do contrato até sua vigência.

7. Estimativa das Quantidades a serem Contratadas

7.1. Do ponto de vista técnico, sabemos que a demanda por serviços de saúde é irregular, imprevisível e crescente. É inegável que ao longo dos anos há expansão dos serviços e aumento da necessidade assistencial à saúde, tendo em vista que estes são essenciais a manutenção da vida dos beneficiários e a sua assistência está prevista no PCA. As estimativas de demanda **anual**, foi originada com base em amostras do histórico de serviços /especialidades realizados anteriormente no modelo de contratação por Credenciamento que não foram passíveis de realização dentro do Sistema de Saúde da Aeronáutica, bem como coletados dados de Guias de Apresentação de Beneficiários (GAB's) emitidos pela Seção do Fundo de Saúde da Aeronáutica, extraído por meio de relatórios gerados no SISAUC, compreendendo os anos de 2021 a 2023, conforme tabelas discriminadas abaixo:

7.1.1. Tabela de internações clínicas hospitalares especializadas realizadas em Credenciados, extraídas do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAUC) pela Seção do Fundo de Saúde da Aeronáutica do Grupo de Saúde de Guaratinguetá/SP:

Internações clínicas hospitalares especializadas	
Ano	Quantidade
2021	158
2022	165
2023	152

7.1.2. Tabela da assistência e internação domiciliar realizadas em Credenciados, extraídas do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAUC) pela Seção do Fundo de Saúde da Aeronáutica do Grupo de Saúde de Guaratinguetá/SP:

Usuários de assistência e internação domiciliar	
Ano	Quantidade
2021	6
2022	24
2023	9

7.1.3. Tabela de tratamento quimioterápico/radioterapia do serviços Oncológicos realizados em Credenciados, extraídas do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAUC) pela Seção do Fundo de Saúde da Aeronáutica do Grupo de Saúde de Guaratinguetá/SP:

Usuários de serviços Oncológicos tratamento quimioterápico/radioterapia	
Ano	Quantidade
2021	35
2022	27
2023	24

7.1.4. Tabela de exames laboratoriais e exames por imagem realizados em Credenciados, extraídas do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAUC) pela Seção do Fundo de Saúde da Aeronáutica do Grupo de Saúde de Guaratinguetá/SP:

Exames laboratoriais e exames por imagem	
Ano	Quantidade
2021	6.541
2022	3.019
2023	2.215

7.1.5. Tabela de remoções de ambulância realizadas por Credenciados, extraídas do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAUC) pela Seção do Fundo de Saúde da Aeronáutica do Grupo de Saúde de Guaratinguetá/SP:

Remoções de ambulância	
Ano	Quantidade
2021	14
2022	4
2023	2

7.2 O período em questão, revela a situação referente à pandemia COVID19 estabelecida durante os anos 2021 e 2022, demonstrando um aumento significativo das GAB's emitidas no período e atendimentos realizados em Credenciados. No entanto, durante os estudos, foram também identificados um aumento de casos de assistência domiciliar, internação domiciliar, quimioterapia, radioterapia e imunoterapia, procedimentos estes que causam grande impacto econômico na gestão contratual, reforçando a importância de viabilizar a manutenção do referido tratamento para os beneficiários de saúde abrangidos pelo GSAU-GW.

8. Estimativa do Valor da Contratação

Valor (R\$): 8.500.000,00

8.1. Foram considerados como parâmetros de valoração para contratação dos serviços, os seguintes documentos que compõem o rol de referencial de custo: **1. Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 2014)**, aplicando-se um deflator de 20% (vinte por cento) no porte e no UCO – Unidade de Custo Operacional previstas nesta; **2. Guia BRASÍNDICE**, guia farmacêutico indicador de valores de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares; **3. Revista SIMPRO eletrônica**, um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro ANVISA,

código TUSS, classificação, embalagem e outros) aplicando-se um deflator de 20% (vinte por cento) no no valor do item.

8.2. Foram consideradas ainda a série histórica dos valores executados referente a serviços de saúde realizados nos Credenciados nos anos de **2021, 2022, 2023 e 2024** e as médias dos valores obtidos na pesquisa de mercado, juntamente com os valores informados nos orçamentos recebidos das empresas prestadoras de Serviços de Saúde, conforme previsto no Art 6º da IN nº 65/2021, por meio da solicitação via correspondência eletrônica de orçamentos de empresas prestadoras de Serviços de Saúde, localizadas geograficamente na Região Metropolitana do Vale do Paraíba, próximos ao Grupo de Saúde de Guaratinguetá - GSAU GW, sendo prestadoras de serviços especializados não realizados pela Organização de Saúde da Aeronáutica como: internação hospitalar clínica cirúrgica especializada, internação psiquiátrica, internação domiciliar, assistência domiciliar, atendimento ambulatorial multidisciplinar, transporte avançado de remoção ambulância tipo UTI Adulto, Pediátrica, Neonatal e transporte de remoção básico com ambulância tipo simples.

8.3. Para estimativa de custo levou-se em consideração o risco envolvido na contratação, reajustes inflacionais e sua alocação entre contratante e contratado, conforme especificado na matriz de risco constante do Contrato. Enfatizamos que tem sido acompanhado pelo FUNSA-GW um crescimento exponencial da demanda de Tratamento Oncológico e Radioterápico, realizada exclusivamente em Clínicas Credenciadas ao GSAU-GW pois não são passíveis de absorção pelo SISAU, com o custo mensal aproximado de R\$ 300.000,00, referente a 24 pacientes que se encontram atualmente em terapia oncológica, podendo esse custo atingir valores ainda maiores caso ocorra inclusão de novos pacientes e novas terapias oncológicas altamente personalizadas como por exemplo temos hoje pacientes com custo anual de um milhão.

8.4 O levantamento de dados se deu a partir da aplicação da seguinte metodologia de extração de informações do SISAUC: Acesso a página da EEAR, aba setores, acesso a página do GSAU-GW, aba sistemas, SISAUC, acesso com login e senha, aba relatórios, aba itens de GAB, inserir período de data a ser pesquisado, selecionar os itens estado do item / estado da GAB e gerar relatório.

8.5. Tabela de custos estimados, extraídas do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAUC) pela Seção do Fundo de Saúde da Aeronáutica do Grupo de Saúde de Guaratinguetá/SP:

Tipo	12 meses
PSA	R\$ 150.000,00
OCS	R\$ 8.350.000.000

8.6. Tabela de valores anuais executados aos Credenciados nos anos de 2021, 2022, 2023 e 2024, extraídas do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAUC) pela Seção do Fundo de Saúde da Aeronáutica do Grupo de Saúde de Guaratinguetá/SP:

Valores executados aos Credenciados				
Credenciado	2021	2022	2023	2024
Internação Hospitalar clínica especializada	R\$ 4.672.158,34	R\$ 3.751.375,71	R\$ 3.279.887,79	R\$ 1.665.323,14
Assistência e Internação Domiciliar	R\$ 695.058,17	R\$ 993.420,18	R\$ 905.724,52	R\$ 381.090,06
Tratamento Oncológico e Radioterápico	R\$ 2.239.343,53	R\$ 1.919.777,02	R\$ 2.260.013,94	R\$ 1.621.807,46
Serviço de remoção (ambulância)	R\$ 486.975,47	R\$ 283.264,09	R\$ 22.403,74	R\$ 14.280,00
Exames diagnósticos (laboratorial)	R\$ 85.159,05	R\$ 55.197,64	R\$ 34.314,30	R\$ 19.001,26
Exames diagnósticos (imagem)	R\$ 490.822,71	R\$ 225.655,48	R\$ 127.244,89	R\$ 104.466,44
Atendimento ambulatorial multidisciplinar	R\$ 28.694,34	R\$ 24.517,52	R\$ 18.144,30	R\$ 5.310,00
TOTAL	R\$ 8.698.211,61	R\$ 7.253.207,64	R\$ 6.647.733,48	R\$ 3.811.278,36

9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução

9.1 Em regra, conforme § 2º do art. 40 da Lei nº 14.133/21, os serviços deverão ser divididos em tantas parcelas quantas se comprovarem técnica e economicamente viáveis, procedendo-se à inexigibilidade de licitação com vistas ao melhor aproveitamento dos recursos disponíveis no mercado e à ampliação das possibilidades da livre escolha do Credenciado pelos beneficiários, sem perda da economia, com valoração dos serviços prevista em referenciais de custos, visando a complexidade do objeto de contratação.

9.2 O contrato terá uma vigência inicial de 12 (doze) meses a partir da assinatura, podendo ser prorrogado por períodos iguais e sucessivos até o limite de 5 anos, conforme o inciso II do § 3º do art. 109 da Lei nº 14.133/21. A prorrogação deve respeitar as condições estabelecidas e será formalizada por meio de termo aditivo ou novo procedimento de credenciamento, observando os prazos definidos.

10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes

10.1. Não se verificam contratações correlatas nem interdependentes para a viabilidade e contratação desta demanda.

11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento

11.1. A presente contratação encontra respaldo institucional e previsão no Plano de Contratação Anual, conforme prevê as legislações citadas abaixo:

11.1.1. Lei 6.880/80 (Estatuto dos Militares), Art. 50. São direitos dos militares:

IV - nas condições ou nas limitações impostas na legislação e regulamentação específicas:

e) a assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes, assim entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários.

11.1.2. Itens da NSCA 160-7/2019

item 4.1.2.: *A obtenção de serviços de assistência à saúde na rede complementar do SISAU será feita por meio do processo de credenciamento direto, a ser executada pelas OM designadas como Organização Credenciante (OC).*

item 4.1.3.: *Caberá ao COMGEP providenciar a dotação orçamentária e a descentralização dos recursos orçamentários para custear as despesas relacionadas à prestação dos serviços complementares de saúde.*

item 4.3.1.: *O GSAU-GW buscará credenciar, em suas localidades de atuação, a seguinte rede básica de serviços em saúde, a) Internação Hospitalar (adulto e pediátrico); b) Internação Hospitalar em UTI (adulto e pediátrico); c) Maternidade e Assistência Neonatal; d) Pronto-Socorro (atendimento de urgência e emergência, adulto e pediátrico); e) Diagnóstico por Imagem; e f) Laboratório de Patologia e Análises Clínicas.*

item 4.3.3.: *Poderá ainda credenciar, na rede complementar, serviços de saúde já prestados pelo GSAU-GW em sua área de atuação, especialmente aqueles que necessitam de redundância, por serem essenciais. A utilização de tais serviços, porém, ficará restrita às situações em que se caracterizar a incapacidade transitória da OSA para a realização de procedimento inadiável, por falta de insumos, pessoal, falha de equipamentos ou outros fatores que comprometam o atendimento.*

11.1.3. Itens da NSCA 160-5/2020

Os serviços de assistência médico-hospitalar devem obrigatoriamente iniciar através das Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA), conforme nos itens da NSCA 160-5/2017, baseados no §1 do Art. 2º do Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986.

item 8.1.1: *“A assistência aos usuários será prestada prioritariamente na rede própria do SISAU”; e*

item 8.1.3: *“Nos casos de beneficiários da assistência à saúde que residam em localidades onde não existir OSA, e ainda, nos casos de carência de recursos técnico-especializados, conveniência técnica, administrativa e/ou econômica, os beneficiários poderão ser assistidos pelas seguintes Organizações de Saúde, nesta ordem de prioridade: a) OSA mais próxima à sua residência; b) Organização de Saúde dos demais Comandos Militares e do*

Ministério da Defesa na localidade, mediante identificação do usuário como beneficiário da assistência à saúde; c) Organização de Saúde do meio civil, mediante convênio, contrato, credenciamento; d) por ressarcimento, mediante prévia autorização de uma OM credenciadora, (...) e obedecendo ao estabelecido em legislação específica baixada pela DIRSA; e e) por Organizações de Saúde pertencentes ao Sistema Único de Saúde.”

11.2. O Grupo de Saúde de Guaratinguetá é uma OSA que de acordo com o nível de complexidade técnica está classificado como 2º Escalão Reforçado de Atendimento à Saúde e quando ocorre necessidade de complementação dos serviços especializados não existentes ou insuficientes, o Comando da Aeronáutica determina que se pode firmar convênios, contratos ou credenciamentos com entidades públicas e com pessoas físicas ou jurídicas de direito privado conforme item 13.1 da NSCA 160-5/2017, e pelo Art. 20 do Decreto Federal 92.512/1986, inciso II. Este mesmo Decreto Federal no Art. 22, refere que: “Os convênios e contratos estabelecerão, em suas cláusulas, a vinculação das partes, o objeto, o modo e as condições de execução do ajuste, além de condições gerais não enquadradas nos elementos anteriores.”

11.3. O Grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW) por meio da Portaria COMGEP nº 2.000/2GAB, de 31 de agosto de 2017 e Boletim do Comando da Aeronáutica nº 155, de 11 setembro de 2017, passou a apoiar a Organização Militar da Aeronáutica do Grupo de Acompanhamento e Controle (GAC) instalada nas dependências da empresa Helibrás da cidade de Itajubá do estado de Minas Gerais (MG).

11.4. Por fim, foram adotados os parâmetros para o Edital de Credenciamento em Saúde conforme o anexo A da NSCA 160-7/2019.

11.5. O objeto da contratação está previsto no Plano de Contratações Anual 2024, conforme detalhamento a seguir:

- I) ID PCA no PNCP: [98/2024];
- II) Data de publicação no PNCP: [03/06/2024];
- III) Id do item no PCA: [124];
- IV) Classe/Grupo: [931 - SERVIÇO DE SAÚDE HUMANA];
- V) Identificador da Futura Contratação: [120064-19/2024].

12. Benefícios a serem alcançados com a contratação

12.1. O Credenciamento de Organizações de Saúde e Profissionais Liberais da área de saúde trará benefícios em qualidade e atendimento nas mais diversas áreas que não são abrangidas atualmente pelo Grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU- GW), aos militares da ativa e inatividade, pensionistas e seus respectivos dependentes do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU), Subdiretoria de Recursos para a Assistência Médica (SARAM) e Seção do Fundo de Saúde da Aeronáutica (SFSA) do Grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW).

12.2. Assim serão complementados os serviços especializados existentes na rede hospitalar e ambulatorial desta Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA) subordinada ao Hospital de Força Aérea de São Paulo (HFASP), hospital de área, que passarão a contar com os recursos estruturais e tecnológicos dos credenciados.

13. Providências a serem Adotadas

13.1. Não se vislumbra necessidades de tomada de providências de adequações para a solução ser contratada e o serviço prestado.

14. Possíveis Impactos Ambientais

14.1. Por se tratar de um serviço credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para prestação de Serviços médico-hospitalares e de reabilitação, fora das dependências da OM não haverá impacto ambiental para esse tipo de contratação.

15. Declaração de Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara **viável** esta contratação.

15.1. Justificativa da Viabilidade

15.1.1. Conclui-se, portanto, que o estudo preliminar evidencia que a contratação por meio do procedimento auxiliar denominado "credenciamento" é a forma mais eficaz de administrar e gerenciar a defasagem nos serviços de saúde, ou seja, a contratação de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) interessados na prestação de serviços de saúde mostra-se necessária e tecnicamente viável. Atendendo as demandas existentes, tanto de especialidades não disponíveis (por exemplo: oncologia com quimioterapia e radioterapia, cirurgia cardíaca, cirurgia vascular, hematologia), quanto daquelas em que o número de profissionais do GSAU-GW não consiga abranger.

16. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

GERSON ARTUR FERNANDES LIMA JUNIOR

Presidente da Equipe de Planejamento

Despacho: APROVO, de acordo com o art. 14, II, do Decreto no 10.024/2019 e art. 50, §1o, da Lei no 9.784/1999.

RODRIGO DE OLIVEIRA CORREA

ORDENADOR DE DESPESAS POR DELEGAÇÃO

Lista de Anexos

Atenção: Apenas arquivos nos formatos ".pdf", ".txt", ".jpg", ".jpeg", ".gif" e ".png" enumerados abaixo são anexados diretamente a este documento.

- Anexo I - Referencial de Custos - AMBULATORIAL-3.pdf (635.74 KB)
- Anexo II - Referencial de Custos - ATENCAO DOMICILIAR E ILPI.pdf (1.42 MB)
- Anexo III - Referencial de Custos - INTERNAÇÃO CLINICA E ESPECIALIZADA.pdf (628.03 KB)
- Anexo IV - Referencial de Custos - PSIQUIATRIA.pdf (7.23 MB)
- Anexo V - Referencial de Custos - REMOÇÃO.pdf (777.62 KB)
- Anexo VI - Referencial de Custos - ULTRASSOM.pdf (992.51 KB)

Anexo I - Referencial de Custos - AMBULATORIAL-3.pdf



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento complementa os procedimentos ambulatoriais em consultas, pacotes, exames laboratoriais e diagnósticos, procedimentos oncológicos, oftálmicos, serviços multidisciplinares (fisioterapia, nutricionista, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia) precificação dos serviços, medicamentos, materiais e procedimentos abrangidos pelo credenciamento de Organizações Cívicas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW), com base no Termo de Referência deste credenciamento.

1.2. Define-se por PACOTE o procedimento que remunera o conjunto de ações realizadas nos procedimentos médicos, sala, material, medicamento, conforme descrições da composição do pacote neste Referencial de Custo.

1.3. Os procedimentos ambulatoriais citados acima estão configurados dentro de uma estratégia de cuidados de saúde do SISAU, com vista ao atendimento ambulatorial fora da rede SISAU quando a rede própria não tenha como atender ao usuário em suas devidas necessidades.

1.4. Esse tipo de assistência na rede complementar sempre dependerá de autorização prévia do GSAU-GW conforme estabelecido no Termo de Referência.

2. ÍNDICES E VALORES

2.1. Procedimentos Médicos

2.1.1. Os procedimentos médicos e os procedimentos de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), Consultas Médicas e Exames Complementares serão pagos de acordo com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 2014) como referencial com deflador de 20% (vinte por cento) no porte e no UCO – Unidade de Custo Operacional previstas nesta.

2.1.2. Somente serão aceitos procedimentos cobertos pelo Rol da Agência Nacional de Saúde – ANS atualizado e de acordo com as restrições e limitações de cobertura estabelecidas na legislação destinada a regulamentar os sistemas SARAM, FUNSA e SISAU. Os procedimentos que constarem no Rol de procedimentos e não constem na tabela negociada serão objeto de aditivo, sendo analisado caso a caso.

VALORES DE PORTE– CBHPM 2014						
1A	R\$ 14,49		5C	R\$ 328,54	10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97		6A	R\$ 357,84	10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47		6B	R\$ 393,51	11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96		6C	R\$ 430,43	11B	R\$1.402,08
2B	R\$ 76,40		7A	R\$ 464,82	11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42		7B	R\$ 514,48	12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55		7C	R\$ 608,70	12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87		8A	R\$ 657,11	12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83		8B	R\$ 688,94	13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22		8C	R\$ 730,96	13B	R\$ 2.535,46
4B	R\$ 235,60		9A	R\$ 776,82	13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,16		9B	R\$ 849,41	14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52		9C	R\$ 935,98	14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45		10A	R\$ 1.004,76	14C	R\$ 3.750,34
UCO – R\$ 16,15						
Deve ser aplicado o deflator de 20%, nos valores de PORTE e UCO.						

2.2. Os preços aqui apresentados representam o valor máximo aceitável pela CREDENCIANTE.

TABELA DE HONORÁRIOS		
MÉDICO GENERALISTA E QUALQUER OUTRA ESPECIALIDADE		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
10101012	CONSULTA MÉDICA AMBULATORIAL	R\$ 148,01
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS		
<p>1. As consultas médicas realizadas em consultório no horário normal ou preestabelecido (eletivas), identificadas pelo código 1.01.01.01-2, serão pagas conforme este Referencial de Custos.</p> <p>2. A CREDENCIANTE poderá efetuar glosas técnicas e médicas, devidamente justificadas, na realização de consultas de um mesmo beneficiário, por um mesmo médico, pela mesma patologia, dentro de um período igual ou inferior a 30 dias, contados a partir do dia subsequente da realização da consulta.</p> <p>3. Consulta marcada e não comparecida (ato médico não realizado) não poderá ser cobrada e, conseqüentemente, não será paga.</p>		

**SERVIÇOS DE PACOTE
(PARA APARTAMENTOS, SERÁ PAGO 20% A MAIS)**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40201120	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 639,71
40202038	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIOPSIA	R\$ 822,14
40202615	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TESTE DE UREASE	R\$ 888,81
40202666	COLONOSCOPIA COM BIOPSIA	R\$ 978,65
40202542	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	R\$ 1.628,35
30306027	FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICAÇÃO	R\$ 4.590,20

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DOS PACOTES

1. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

1.1. Compreende:

a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), honorário médico, monitor; oxímetro, oxigênio e circuitos, taxa de sala (quando realizado em regime ambulatorial), materiais e medicamentos inerentes ao procedimento. Sistema completo de videoendoscopia.

1.2. Não compreende:

a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado); Anatomopatológico.

2. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA

2.1. Compreende:

a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), honorário médico, bisturi elétrico, monitor, oxímetro, oxigênio e circuitos, taxa de sala (quando realizado em regime ambulatorial), agulha para biópsia, materiais, medicamentos e exames inerentes ao procedimento. Sistema completo de videoendoscopia.

2.2. Não compreende:

a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado); Anatomopatológico.

3. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TESTE DE UREASE (Pesquisa de H Pylori)

3.1. Compreende:

a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), honorário médico, bisturi elétrico, monitor, oxímetro, oxigênio e circuitos, taxa de sala (quando realizado em regime ambulatorial), agulha para biópsia, materiais, medicamentos e exames inerentes ao procedimento. Sistema completo de videoendoscopia.

3.2. Não compreende:

a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado);

b) Anatomopatológico.

4. COLONOSCOPIA OU COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA

4.1. Compreende:

a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa sala ambulatorial (quando realizado em regime ambulatorial), equipamentos inerentes ao procedimento, honorários médicos, oxigênio, circuitos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.

4.2. Não compreende:

a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado);

b) Anatomopatológico.

5. COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA

5.1. Compreende:

a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa sala ambulatorial

(quando realizado em regime ambulatorial), equipamentos inerentes ao procedimento, honorários médicos, oxigênio, circuitos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.

5.2. Não compreende:

- a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado);
- b) Anatomopatológico.

6. FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICAÇÃO

6.1. Compreende:

a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa sala ambulatorial, taxa de sala cirúrgica, equipamentos inerentes ao procedimento, honorários médicos, todos os tipos de gases medicinais, circuitos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.

6.2. Não compreende:

- a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado);
- b) Anatomopatológico.

TAXAS DE SALA E DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS, E DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/ PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60015292	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO ENDOVENOSA (EV)	TAXA	R\$ 12,79
60015322	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRA-MUSCULAR (IM)	TAXA	R\$ 11,29
60015357	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA (SC)	TAXA	R\$ 9,81
60015438	APLICAÇÃO VIA RETAL	TAXA	R\$ 11,41
	HEPARINIZAÇÃO DE CATETER (fora dos ciclos de quimioterapia)	TAXA	R\$ 426,68
60035153	GLICEMIA POR GLUCOMETER EM TODOS OS SETORES (material incluso)	TAXA	R\$ 38,31
60023899	RETIRADA DE PONTOS (material incluso)	TAXA	R\$ 14,02
60000414	SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA (material incluso)	TAXA	R\$ 95,80
60023236	RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA (material incluso)	TAXA	R\$ 94,48
60022264	RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA (material incluso)	TAXA	R\$ 41,68
60023279	SALA DE EMERGÊNCIA	TAXA	R\$ 210,72
60033690	SALA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/ PRONTO ATENDIMENTO (PA) – POR HORA	HORA	R\$ 29,10
60023384	SALA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	TAXA	R\$ 122,96
60023333	SALA DE TRANSFUSÃO AMBULATORIAL (sangue/ derivados)	TAXA	R\$ 69,18
60023546	SONDAGEM NASOENTERAL	TAXA	R\$ 37,57
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE TAXAS			
1. TAXA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA:			
1.1. Compreende:			
a) Uso da sala, instrumental básico para realização do procedimento (mesa, maca, serra de gesso, aventais e campo de proteção não descartáveis, luvas e óculos de proteção para o médico e funcionários);			
b) Serviços do “técnico de gesso”.			
c) Gesso e demais materiais descartáveis ou insumos necessários ao procedimento;			
d) Taxa de sala de gesso será remunerada nos seguintes casos:			
e) Imobilizações descartáveis, reutilizáveis, plásticas e sintéticas;			
f) Enfaixamentos.			

1.2. Não Compreende:

- a) Honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.
- b) Retirada de gesso, quando o aparelho gessado tiver sido colocado pela CONTRATADA.

2. TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS/ TAXA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/ PRONTO ATENDIMENTO (PA):

2.1. Não será remunerado período de Taxa de Observação em Pronto-Socorro/pronto atendimento para usuários que estiverem apenas aguardando resultado de exames.

2.2. Compreende:

- a) Cuidados de enfermagem descritos no item 1.6.;
- b) Instalações da sala;
- c) Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes aos procedimentos;
- d) Dosador para medicação; copos descartáveis; algodão; material para curativos pós-aplicação; materiais e soluções antissépticas e produtos de higiene do paciente;
- e) Aspiração;
- f) Aspirador elétrico, a vácuo ou ultrassônico;
- g) Bandejas de curativo;
- h) Bandeja de infiltração/punção articular;
- i) Bandeja de punção lombar;
- j) Bandeja de pequena cirurgia; Mesa de Mayo;
- k) Bomba de Infusão;
- l) Bandeja de subclávia;
- m) Desfibrilador e Cardioversor;
- n) Equipamento de reanimação cardiorrespiratória;
- o) Escadinha; Suporte para soro.
- p) Eletrocautério;
- q) Focos luminosos;
- r) Instalação de soro;
- s) Kit de roupa de cama;
- t) Lavagem e Aspiração Traqueal, Gástrica, Intestinal, Retal;
- u) Limpeza e desinfecção do ambiente;
- v) Materiais descartáveis: gorro, touca, pro pé, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão, utilizada pela equipe multidisciplinar e pelo paciente;
- x) Materiais permanentes: Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;
- w) Monitor Simples e Multiparâmetro, inclui eletrodos;
- y) Nebulizador/ inalador de qualquer tipo;
- z) Oxímetro;

2.3. Não Compreende:

- a) Medicamentos;
- b) Materiais descartáveis;
- c) Honorários Médicos. Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

3. TAXA DE SALA DE EMERGÊNCIA

3.1. Compreende:

- a) Todos os itens compreendidos na taxa de observação em Pronto Socorro/ Pronto Atendimento;
- b) Qualquer tipo de Aspirador;
- c) Bomba de Seringa e bomba de infusão;
- d) Capnógrafo;
- e) Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes ao atendimento de emergência;
- f) Equipamentos modulares que contemplem os itens anteriores;
- g) Instalações da sala de emergência;
- h) Monitor de P.A. não invasiva e invasiva;
- i) Respirador/Ventilador;
- j) Serviços de enfermagem inerentes ao atendimento de emergência;
- k) Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e de enfermagem (ex. Bandeja).

3.2. Não Compreende:

- a) Medicamentos;
- b) Materiais descartáveis;
- c) Honorários Médicos. Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

4. GLICEMIA CAPILAR POR GLUCOMETER

- 4.1. Será remunerado por uso, desde que prescrito e confirmada a realização.
- 4.2. Aplica-se esse pacote, para o procedimento em todos os setores;
- 4.3. Compreende: algodão, blood stop, lanceta, luva procedimento, tira reagente e uso do aparelho.

TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60000406	SALA DE HEMODINÂMICA	TAXA	R\$ 1.058,48
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA			
1. TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA			
1.1. Compreende:			
a) Todos os itens compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrica;			
b) Instalações da sala e equipamento de hemodinâmica.			
2.2. Não Compreende:			
a) Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico, hemodinâmica e/ou obstétrica.			

TAXAS DE SALA DE HEMODIALISE			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60000392	SALA DE HEMODIÁLISE	TAXA	R\$ 381,02
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE TAXA DE SALA DE HEMODIALISE			
1. TAXA DE SALA DE HEMODIÁLISE PARA PACIENTE CRÔNICO:			
1.1. Compreende:			
a) Instalações da sala e equipamento de hemodiálise, incluindo equipo e soluções para funcionamento da máquina;			
b) Serviços de enfermagem inerente ao procedimento;			
c) Paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luvas não estéril e estéril) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;			
d) Monitores simples;			
e) Oxímetro;			
f) Material para atendimento de suporte a urgência/emergência;			
g) Poltronas ou leitos clínicos; e			
h) Todas as etapas inerentes ao reprocessamento do capilar e linhas, assim como os materiais, equipamentos e soluções utilizadas.			
i) Instrumentais cirúrgicos estéreis para manipulação e curativo de cateteres e fistulas.			
2.2. Não Compreende:			
a) Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico, hemodinâmico e/ou obstétrico.			

TAXAS DE SALA DE QUIMIOTERAPIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60000481	SALA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL/TERAPIA HORMONAL/ TERAPIA ALVO MOLECULAR/ IMUNOBIOLOGICA E RADIOTERAPIA	TAXA	R\$ 191,29
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE QUIMIOTERAPIA			
1. TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA, TERAPIA HORMONAL, TERAPIA ALVO MOLECULAR, IMUNOBIOLOGICA E RADIOTERAPIA:			
1.1. A taxa só será cobrada em caso de paciente em tratamento ambulatorial;			
1.2. Não cabe a cobrança de taxa de sala para dispensação de medicação oral (VO), e também para aplicações de administração via subcutânea (SC), via intramuscular (IM), como granulokine, eprex, zoladex, hemax e outros. Nos casos de apenas administração SC e/ou IM, sem a necessidade de ambiente especializado, será pago a aplicação conforme descrito no referencial de custos.			
1.3. Compreende:			
a) Câmara de Fluxo Laminar;			
b) Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);			
c) Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;			
d) Mesa operatória;			
e) Preparo e aplicação de quimioterapia, terapia hormonal, terapia alvo molecular e imunobiológica, não inclui os insumos descartáveis para o preparo;			

- f) Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- g) Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativo, adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: band aid, blood stop, filme transparente de qualquer tipo), usados em qualquer procedimento durante a internação;
- h) Materiais e soluções de assepsia e antisepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, povidone tópico e degermante, éter, clorexidina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;
- i) Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; antisséptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;
- j) Leito próprio comum ou especial (cama qualquer tipo ou modelo);
- k) Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
- l) Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas);
- m) Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- n) Taxa administrativa do hospital;
- o) Máscara Facial de silicone, qualquer tipo ou modelo;
- p) Cortador de frascos de soro;
- q) Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;
- r) Tubo de silicone, látex (prolongador) qualquer tipo ou modelo;
- s) Paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luvas não estéril e estéril) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;
- t) Instrumentais cirúrgicos estéreis para manipulação e curativo de cateteres e fistulas.

1.3.1 Equipamentos:

- a) Aspirador elétrico e/ou a vácuo;
- b) Bisturi elétrico, placa de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo);
- c) Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo, inclui Bomba de Seringa (qualquer tipo ou modelo);
- d) Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traqueias descartáveis ou não;
- e) Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- f) Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
- g) Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;
- h) Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo;
- i) Oxímetro, qualquer tipo ou modelo;
- j) Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico e circuito respiratório;
- k) Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo;
- l) Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambu e macronebulizador;

- m) Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;
- n) Eletrocardiógrafo e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG (incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma);
- o) Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação.

1.3.2. Cuidados de Enfermagem

- a) Preparo e administração de medicamentos por todas as vias;
- b) Aspiraões, inalações se refere a instalação e o ato de realizar o procedimento;
- c) O ato de realizar: Controle de diurese, drenos, aspiração contínua e balanço hídrico;
- d) Controle de sinais vitais;
- e) Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado como: espátula, absorventes, hidratantes, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;
- f) Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidade;
- g) Preparo de corpo em caso de óbito: incluir todo material utilizado para o preparo;
- h) Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo. Exemplo: lavagem gástrica preparo cirúrgico (enterocлизма, tricotomia);
- i) Manutenção de acesso venoso pérvio incluso: tampa com conector Luer-Lock, COMB RED e qualquer tipo ou modelo de oclisor, qualquer tipo de tampa Luer-Lock para dispositivo intravenoso. Preparo, instalação e manutenção de venoclise e aparelhos;
- j) Sondagens se refere ao ato de realizar o procedimento;
- k) Mudança de decúbito;
- l) Curativo – procedimento da Enfermagem, instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antisepsia como: álcool, povidone tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina qualquer tipo;
- m) Tricotomia – inclui Tricotomizador elétrico e a lâmina do Tricotomizador. Inclui aparelho descartável de barbear;
- n) Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado, materiais como: espátula, absorventes, hidratantes, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;
- o) Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados);
- p) Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32).

1.4. Não Compreende:

- a) Equipo da bomba de infusão;
- b) Medicamentos;
- c) Materiais descartáveis (Exceto EPI e aqueles que substituem materiais permanentes, tais como lençóis, toalhas e etc.);
- d) Honorários médicos, quando ocorrer com a supervisão direta do médico (médico presente no

procedimento). Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

TAXAS DE CURATIVOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (por unidade)
60018127	CURATIVO PEQUENO	R\$ 42,25
60017040	CURATIVO MÉDIO	R\$ 53,15
60016086	CURATIVO GRANDE	R\$ 67,53
60017996	CURATIVO PEQUENO QUEIMADO	R\$ 94,79
60016906	CURATIVO MÉDIO QUEIMADO	R\$ 99,36
60015942	CURATIVO GRANDE QUEIMADO	R\$ 103,36

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE CURATIVOS

1. Serão pagos mediante a prévia solicitação do CREDENCIADO com a avaliação da ferida pelo médico ou enfermeiro auditor da CREDENCIANTE, para uso de coberturas especiais tais como:
 - a) placas de hidrocoloides,
 - b) carvão ativado,
 - c) alginato de prata e cálcio,
 - d) filmes transparentes,
 - e) espumas de prata,
 - f) hidrogéis,
 - g) purilon gel,
 - h) espuma de poliuretano,
 - i) hidrogel com alginato,
 - j) bota de unha,
 - k) protosan,
 - l) curativo a vácuo e demais.
2. Pequeno Queimado: Considera-se pequeno queimado o paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida.
3. Médio Queimado: Considera-se como médio queimado o paciente com: queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou queimadura de mão e/ou pé.
4. Grande Queimado: Considera-se como grande queimado o paciente com: queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior do que 26%, ou queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou queimadura de períneo.
5. **Curativo Pequeno Porte:** Não há perda de tecidos, as bordas da pele ficam justapostas. Este é o objetivo das feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas.
 - 5.1. Curativo realizado em ferida pequena: aproximadamente 16 cm (ex: Incisões cirúrgicas fechadas por primeira intenção, cateteres venosos e arteriais, cicatrização de coto umbilical, fistulas anais, flebotomias e/ou subclávia/jugular, hemorroidectomia, pequenas incisões, traqueostomia. Cateter de diálise e intermitente), queimaduras grau um, escaras com formação de tecido de granulação.
6. **Curativo Médio Porte:** Há perda de tecidos e as bordas da pele ficam distantes. A cicatrização é mais lenta do que primeira intenção.
 - 6.1. Curativo realizado em ferida média: variando de 16,5 a 36 cm (ex: Cesáreas infectadas,

incisões de dreno, lesões cutâneas, abscessos drenados, escaras infectadas exsudativas ou necrotizantes, úlceras venosas e varicosas, cirurgias de varizes, amputações com fechamento de bordas) limpas e secas), colostomias, ileostomias, gastrostomias.

7. **Curativo Grande Porte:** São corrigidas cirurgicamente após a formação de tecido de granulação, a fim de que apresente melhores resultados funcionais.

8. **Curativo realizado em ferida grande:** variando de 36,5 a 80 cm (ex: Incisões contaminadas, grandes cirurgias – incisões extensas (cirurgia torácica, cardíaca), queimaduras (grau dois e três), toracotomia com drenagem, úlceras infectadas. Tratamento de feridas necrosadas ou com presença de fibrina: Úlceras de perna, Úlceras de pressão exsudativas e Úlceras de pé diabético infectadas. Todas as ocorrências de curativos extragrandes deverão obrigatoriamente constar de justificativa médica ou de enfermagem conhecedora dos tipos de coberturas especiais.

TAXA DE GASES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60028424	AR COMPRIMIDO	HORA	R\$ 19,91
60028394	GÁS CARBÔNICO	HORA	R\$ 37,63
60028335	OXIGÊNIO	HORA	R\$ 52,99
60028572	PROTÓXIDO DE AZOTO	HORA	R\$ 47,14
40321053	DIÓXIDO DE CARBONO	HORA	R\$ 73,51
60028521	NITROGÊNIO	HORA	R\$ 94,33

SALAS E PROCEDIMENTOS EM CENTRO CIRÚRGICO (CC)/ CENTRO OBSTÉTRICO (CO)/ SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (RPA)			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60021551	PORTE 0 ANESTESIA LOCAL CIRURGIA PEQUENA	TAXA	R\$ 251,13
60033584	PORTE 1 + SALA DE RPA– CIRURGIA PEQUENA	TAXA	R\$ 401,26
60033592	PORTE 2+ SALA DE RPA– CIRURGIA MÉDIA	TAXA	R\$ 553,52
60033606	PORTE 3+ SALA DE RPA– CIRURGIA MÉDIA	TAXA	R\$ 761,09
60033614	PORTE 4+ SALA DE RPA– CIRURGIA GRANDE	TAXA	R\$ 875,24
60033622	PORTE 5+ SALA DE RPA– CIRURGIA GRANDE	TAXA	R\$ 1.011,21
60033630	PORTE 6+ SALA DE RPA– CIRURGIA ESPECIAL	TAXA	R\$1.197,13
60033649	PORTE 7+ SALA DE RPA– CIRURGIA ESPECIAL	TAXA	R\$ 1.301,70
60033657	PORTE 8+ SALA DE RPA– CIRURGIA ESPECIAL	TAXA	R\$1.727,54

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO E/OU SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (RPA)

1. Compreende:

1.1. Itens permanentes da sala cirúrgica (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxolaminar e focos de luz;

1.2. Instrumental cirúrgico básico esterilizado; equipamentos básicos (mesas, hamper, focos cirúrgicos, carrinho de anestesia); rouparia inerente ao centro cirúrgico/obstétrico descartável ou não (avental, máscara, gorro, propé, botas, escovas e campos cirúrgicos (exceto os campos cirúrgicos tipo Ioban, StareDrape e campo adesivo);

1.3. Antissépticos (solução detergente de PVPI a 10%, solução degermante de clorexidina a 4%, solução alcoólica, solução de álcool iodado de 0,5% a 1%, álcool 70% hipoclorito de sódio a 0,5%, água oxigenada ou peróxido de hidrogênio, formol, povidone e glutaraldeído) para assepsia/antisepsia (equipe/paciente);

1.4. limpeza e soluções para a desinfecção das salas de instrumentais; serviços de enfermagem;

1.5. antisepsia e desinfecção terminal da sala cirúrgica;

1.6. preparo e esterilização dos instrumentais cirúrgicos;

- 1.7. aparelho de radiografia, intensificador de imagem e seu transporte;
- 1.8. aparelho para tricotomia completo;
- 1.9. arco cirúrgico;
- 1.10. aspiração;
- 1.11. aspirador a vácuo ou elétrico;
- 1.12. bandejas de curativo, infiltração/punção articular;
- 1.13. bandeja de monitorização de pressão invasiva;
- 1.14. bandeja de cirurgia;
- 1.15. bandeja de sondagem vesical;
- 1.16. bandeja de dissecação/ punção lombar e de subclávia;
- 1.17. berço aquecido;
- 1.18. bisturi elétrico, bipolar, monopolar e argônio, (inclui-se a placa e a caneta descartável ou não);
- 1.19. bomba de Circulação Extracorpórea;
- 1.20. bomba de Infusão;
- 1.21. bomba de Infusão em seringa;
- 1.22. bomba para bota pneumática;
- 1.23. capa para vídeo e microscópio;
- 1.24. cal soldada;
- 1.25. capnógrafo;
- 1.26. craniótomo;
- 1.27. carro de anestesia;
- 1.28. desfibrilador e Cardioversor;
- 1.29. enxoval cirúrgico descartável ou não;
- 1.30. escova para degermação;
- 1.31. espéculo;
- 1.32. equipamento de vídeo para cirurgia e exame;
- 1.33. equipamento de reanimação cardiorrespiratória;
- 1.34. escadinha;
- 1.35. eletrocautério;
- 1.36. faixa smarch;
- 1.37. foco cirúrgico e auxiliar;
- 1.38. frasco coletor para lavado de qualquer tipo;
- 1.39. garrote pneumático;
- 1.40. halo craniano;
- 1.41. imobilização provisória;
- 1.42. instalação de soro;

- 1.43. ionizador;
- 1.44. irrigação Contínua;
- 1.45. kit de roupa de cama;
- 1.46. laser Cirúrgico, Argônio e Yag Laser;
- 1.47. lâmina para esfregaço;
- 1.48. lavagem e Aspiração Traqueal, Gástrica, Intestinal, Retal;
- 1.49. limpeza e desinfecção do ambiente;
- 1.50. lupa Cirúrgica;
- 1.51. materiais descartáveis: gorro, touca, pro pés, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI e clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- 1.52. materiais permanentes: Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;
- 1.53. manta Térmica (aquecedor);
- 1.54. mesa de Mayo;
- 1.55. mesas Cirúrgicas contendo seus acessórios;
- 1.56. mesas auxiliares;
- 1.57. microscópio Cirúrgico e oftálmico;
- 1.58. monitor Simples e Multiparâmetro, inclui eletrodos;
- 1.59. monitor e sensor BISS;
- 1.60. oxímetro;
- 1.61. pulseira de identificação da mãe/recém-nascido;
- 1.62. perfurador elétrico e a gás;
- 1.63. raio-X portátil;
- 1.64. radioscopia;
- 1.65. realização de curativo;
- 1.66. respirador e filtro de qualquer tipo;
- 1.67. retirada de Gesso;
- 1.68. retirada de imobilização Provisória ou Não gessada;
- 1.69 sistema de Aspiração Fechado; 16.3.1.71serra Elétrica e de Stryker;
- 1.70. serviço técnico de apoio (Instrumentador e Circulante);
- 1.71 serviço de Enfermagem pré, trans e pós-operatório;
- 1.72. sondagem Gástrica, Nasoenteral, Retal, Vesical de alívio e demora;
- 1.73. suporte para soro;
- 1.74. tracionador esquelético;
- 1.75. trépano elétrico;
- 1.76. tricotomia e material utilizado;

2. Não Compreende:

2.1. Medicamentos;

2.2. materiais, exceto os descritos como compreendidos;

2.3. honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante;

2.4. oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, dióxido de carbono, óxido nitroso; óxido nítrico e demais gases;

2.5. OPME e DMI.

TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60024038	ALONGADOR FIXADOR	POR USO	R\$ 36,82
60024909	APARELHO CRIO-CAUTÉRIO	POR USO	R\$ 29,71
60024143	ARTROSCÓPIO	TAXA	R\$ 1.008,96
60025298	BALÃO INTRAÓRTICO (PRIMEIRA HORA)	1ª HORA	R\$ 170,06
60025301	BALÃO INTRAÓRTICO HORA SUBSEQUENTE	HORA SUBS	R\$ 30,81
60025492	BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR (ELÉTRICO, BIPOLAR, DESTRONIX, MONOPOLAR)	POR USO	R\$ 68,66
60024259	COLEDOSCÓPIO	TAXA	R\$ 90,70
60024828	GERADOR DE RÁDIO FREQUÊNCIA	TAXA	R\$ 138,50
60026154	MARCA PASSO EXTERNO	TAXA	R\$115,20
60028181	TRÉPANO-DRILL (GÁS)	TAXA	R\$ 19,09
70585105	PISTOLA PARA BIÓPSIA PRÓSTATA/ RETAL	POR USO	R\$ 109,54
	NEFROSCÓPIO	TAXA	R\$ 580,00
60034041	TENDA	TAXA	R\$ 91,31

CÓDIGO	EXAME LABORATORIAL - COVID 19	VALOR (por unidade)
40314618	COVID 19 “SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) pesquisa por RT – PCR (com diretriz de utilização).	R\$ 290,31
40314619	TESTE RÁPIDO - COVID19	R\$ 203,99
40314340	SOROLOGIA IGM, IGG e IGA – COVID 19	R\$ 274,25

CÓDIGO	EXAME LABORATORIAL - TOXICOLÓGICO	VALOR (por unidade)
40321134	DROGAS DE ABUSO, TRIAGEM - Pesquisa Toxicológica por amostra capilar	R\$ 176,33
40313140	ETANOL-Pesquisa de Álcool por amostra de sangue	R\$ 33,12

NUTRICIONISTA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO	R\$ 111,81
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM NUTRICIONISTA		
1. Observações para autorização: 1.1. A consulta na área de nutrição e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva). 1.2. As consultas na área de nutrição ambulatorial e domiciliar limitam-se a 01 (uma) sessão individual mensal, exceto nos casos de atendimento de assistência e internação domiciliar. 1.3. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;		

1.4. O paciente terá direito a doze consultas, por ano, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

1.4.1. Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso/altura);

1.4.2. Jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/altura);

1.4.3. Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (IMC < 22 kg/m²);

1.4.4. Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;

1.4.5. Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC > ou igual a 25 kg/m²) com mais de 16 anos;

1.5. Pacientes ostomizados;

1.6. Após cirurgia gastrointestinal;

1.7. O paciente terá direito a dezoito consultas por ano, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

1.8. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima: 6 (seis) consultas de nutrição por ano, desde que justificadas clinicamente.

FONOAUDIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
10101012	CONSULTA (1ª AVALIAÇÃO) EM CONSULTÓRIO	R\$ 136,61
20103433	SESSÃO AMBULATORIAL SUBSEQUENTE	R\$ 110,27

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM FONOAUDIOLOGIA

1. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;

2. O paciente terá direito a **vinte e quatro consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Taquifemia (CID F98.6);
- b) Pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- c) Pacientes portadores de anomalias dento faciais (CID K07);
- d) Pacientes com transtornos hiper cinéticos – TDAH (CID F90);
- e) Dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
- f) Pacientes com apnéia de sono (CID G47.3);
- g) Pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (CID T20);
- h) Pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (CID T27);
- i) Pacientes com queimadura de boca e da faringe (CID T28.0);
- j) Pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

2. O paciente terá direito a **quarenta e oito consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F98.5);
- b) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80);
- c) Pacientes com casos de disfagia nos casos em que haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);

d) Pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria, apraxia e dislexia (CID R47.1, R48.2 e R48.0);

e) Pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe, pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe, carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38, CID Z96.3, CID D14.1, CID D02.0);

f) Pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto n.º 5.296 de 2 de dezembro de 2004;

g) Pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

3. O paciente terá direito a **noventa e seis consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a) Portadores de Implante Coclear;

b) Pacientes portadores de Prótese Auditiva Ancorada no Osso;

c) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento – Autismo (CID F84);

d) Pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).

4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima: **12 consultas/sessões por ano**, desde que justificadas clinicamente.

PSICOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000462	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (1ª AVALIAÇÃO)	R\$ 103,15
50000470	SESSÃO SUBSEQUENTE	R\$ 93,71
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA		
1. A consulta na área de psicologia e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva).		
2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.		
3. O paciente terá direito a doze consultas por ano , quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios: (conforme CID)		
a) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
b) Pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
c) Pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
d) Pacientes ostomizados e estomizados.		
e) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, até 24 sessões seriadas de psicoterapia por ano poderão ser autorizadas, mas somente quando indicadas por Psiquiatra, mediante relatório especializado encaminhado para a auditoria prospectiva, e quando preenchido pelo menos um dos		

seguintes critérios, a seguir:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
 - b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associados a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
 - c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
 - d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
 - e) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39).
5. Nas localidades onde houver Psiquiatra do COMAER, o relatório especializado a que se refere a alínea “e” do item 5.7.3.5 deve ser emitido obrigatoriamente por esse profissional.

TERAPIA OCUPACIONAL		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO	R\$ 75,00
50000080	SESSÃO SUBSEQUENTE	R\$ 81,00
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL		
<p>1. Para os serviços de terapia ocupacional será utilizada a tabela do Referencial de Custos, após solicitação do oficial militar.</p> <p>2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.</p> <p>3. O paciente terá direito a doze consultas/sessões, por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none">a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 a F03);b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 a F79);c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82 e F83);d) Pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);e) Pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 a M99).		

FISIOTERAPIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000144	CONSULTA FISIOTERAPIA AMBULATORIAL	R\$ 131,49
50000160	Sessão para assistência fisioterapêutica AMBULATORIAL no paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema musculoesquelético.	R\$ 117,24
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA		
<p>1. Para os serviços de FISIOTERAPIA AMBULATORIAL será utilizada esta tabela do Referencial de Custos, e a cobrança será da seguinte forma:</p> <ol style="list-style-type: none">a) O encaminhamento será feito por oficial médico;b) Para fins de comprovação da realização das sessões, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável; e		

c) Até 20 (vinte) consultas/sessões de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente. As sessões serão autorizadas em conjuntos de até 10 (dez). Prorrogações adicionais necessitarão da construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

3. RADIOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS (INCLUSIVE USO RESTRITO HOSPITALAR E ANTINEOPLÁSICOS)

3.1. Para exames que não preveem o uso de contraste somente será pago o seu valor se estiver prescrito na requisição médica, ou a justificativa médica do serviço credenciado.

3.2. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

3.3. Não será coberto o uso sistêmico de inibidores de bomba de próton parenteral em pacientes com via oral disponível.

4. SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

4.1. Para serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, nos quais seja necessário o uso de filme radiológico, adota-se a tabela definida anualmente pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, vigente na época do atendimento, para o cálculo do valor máximo do filme.

4.2. Os exames radiológicos são calculados por procedimento e não por incidência. Deve ser informado na fatura a quantidade de vezes que o procedimento foi realizado de acordo com a GAB. Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa médica junto com a fatura.

4.3. Quando o procedimento do atendimento não constar da tabela CBHPM acordada, poderá ser adotada a próxima edição cujo procedimento esteja contemplado, mantendo o deflator de 20% sobre o UCO e PORTE.

5. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA CBHPM

5.1. O Termo de Referência define quais itens serão precificados de acordo com a CBHPM, sendo remunerados com o porte da tabela CBHPM-2014, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos), ambos com deflator de 20%.

5.2. Foi escolhida a tabela CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – por ser uma lista hierarquizada, com padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar que contempla todas as especialidades, conforme Resolução CFM 1.673/03. Quanto ao ano, foi escolhida sua versão 2014 em decorrência desta apresentar os valores mais próximos aplicados no mercado da região.

5.3. Com relação ao deflator, segue texto constante na tabela CBHPM:

“Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A valoração dos portes e da UCO ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes (CBHPM, 2014, p. 17).”

5.3.1. Sendo assim, foi considerado o máximo percentual deflator utilizado, 20% em cima do Porte e UCO.

5.4. A tabela CBHPM é confeccionada por uma câmara técnica permanente pertencente à Associação Médica Brasileira, sendo que no processo participam as seguintes entidades:

5.4.1. Conselho Federal de Medicina, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Federação Nacional

de Saúde Suplementar, Federação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Instituto Brasileira de Defesa ao Consumidor, Federação Nacional dos Médicos, etc (fonte:<amb.org.br>, acessado em 20/08/2020). Sendo assim, há entidades que dão suporte para a confecção e lisura dos preços acordados.

5.5. A Unidade de Custo Operacional (UCO) foi adotada para o cálculo dos custos, incorporando depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento e outras despesas relacionadas aos procedimentos.

5.6. Para obter o preço sugerido pela CBHPM para cada procedimento, é necessário um cálculo, na qual é previsto a aplicação de deflator de até 20%, conforme especificado no item anterior.

HONORÁRIOS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS E SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

VALORES DE PORTE– CBHPM 2014							
1A	R\$ 14,49		5C	R\$ 328,54		10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97		6A	R\$ 357,84		10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47		6B	R\$ 393,51		11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96		6C	R\$ 430,43		11B	R\$1.402,08
2B	R\$ 76,40		7A	R\$ 464,82		11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42		7B	R\$ 514,48		12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55		7C	R\$ 608,70		12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87		8A	R\$ 657,11		12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83		8B	R\$ 688,94		13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22		8C	R\$ 730,96		13B	R\$ 2.535,46
4B	R\$ 235,60		9A	R\$ 776,82		13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,16		9B	R\$ 849,41		14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52		9C	R\$ 935,98		14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45		10A	R\$ 1.004,76		14C	R\$ 3.750,34
UCO – R\$ 16,15							
Deve ser aplicado o deflator de 20%, nos valores de PORTE e UCO.							

6. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA BRASÍNDICE

6.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela BRASÍNDICE para a precificação. Será utilizada a tabela vigente na ocasião do atendimento, observando a coluna de Preço Fábrica.

6.2. A tabela BRASÍNDICE foi escolhida por ser um guia farmacêutico indicador de valores de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares, que tem incorporado os códigos TUSS gradualmente e é publicada por empresa especializada, na qual consta o preço de medicamentos

vendidos no Brasil, sendo reconhecida no meio hospitalar, de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

6.3. O mercado não utiliza a tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela BRASÍNDICE, conforme ANEXO A

6.4. Ressalta-se que a precificação de medicamentos, não se trata de uma compra e venda, e sim, o ressarcimento dos insumos para a prestação dos serviços contratados, não modificando a natureza da contratação, que é de serviço.

7. NOTA EXPLICATIVA PARA A TABELA SIMPRO

7.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela SIMPRO. Sua precificação será utilizando o Preço de Fábrica, em vigor no período do atendimento/internação, aplicando-se um deflator de 20%.

7.2. A SIMPRO foi escolhida por ser um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro ANVISA, código TUSS, classificação, embalagem, e outros), direcionado a compras, faturamento, licitações, análise e auditoria de contas médico-hospitalares, sendo reconhecida no meio hospitalar de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

7.3. Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela SIMPRO, conforme ANEXO A.

7.4. O mercado, na região abrangida, exige a precificação por meio da tabela SIMPRO, aceitando até 20% de deflator, prática seguida também pelos planos e operadoras de saúde privados.

8. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TAXA DE COMPENSAÇÃO PELA MANUTENÇÃO DE ESTOQUE

8.1. Esta taxa diz respeito ao custo do hospital em manter em estoque os medicamentos utilizados pelo paciente, tais como manutenção predial da farmácia, climatização do local de armazenamento, transporte interno, frete (transporte externo), energia elétrica; administração, controle e organização do estoque de medicamentos; mobiliário, equipamentos para acondicionamento e conservação, segurança, deterioração de materiais, custo de oportunidade (capital mobilizado), e os demais custos relacionados.

8.2. Foi adotado o percentual de 10% sobre o valor de nota fiscal para OPME e Medicamentos oncológicos e Imunobiológicos, visto cobrir os custos indiretos relacionados, conforme descrito no Termo de Referência.

9. MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICO/DESCARTÁVEIS/APÓSITOS

9.1. Para materiais será utilizada a tabela SIMPRO que é um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro na ANVISA, código da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, classificação, embalagem e outros), destinada a compras, ao faturamento, as licitações, a análise e a auditoria de contas médico-hospitalares.

9.2. Os materiais serão consultados na tabela a SIMPRO, em vigor no período do atendimento/internação, e quando não encontrados a CREDENCIADA deverá apresentar a respectiva Nota Fiscal (NF) para melhor conferência, aplicando-se um deflator de 20%.

9.3. Apósito é definido como material penso, curativo, compressa ou emplastro que se põe sobre lesão ou ferimento.

9.4. O material médico cirúrgico descartável é o material de consumo hospitalar usado no dia a dia de atendimentos médicos e que não podem ser reutilizados.

9.5. JELCOS e SCALPS: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

9.6. LÂMINA DE SHAIVER (no caso da lâmina com diâmetro menor de 03 (três) mm, a embalagem deverá estar anexada para pagamento integral), desde que não esteja incluso no PACOTE.

9.7. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril, desde que não esteja incluso no PACOTE.

9.8. MICROPORE e ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento, 30 (trinta) cm para acesso venoso de adulto e 20 (vinte) cm para criança, estará sujeito a glosa casos de excesso ou uso indevido, desde que não esteja incluso no PACOTE.

9.9. PERFUSORES e TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72 (setenta e duas) horas para sua troca ou a cada punção de acesso. Em situações especiais deverá ter o uso justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

9.10. Não serão remunerados nenhum tipo de dispositivo de segurança em seringas, agulhas, jelco, scalp entre outros, para proteção do profissional.

10. OPME (ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS):

10.1. As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (**OPME**) são insumos utilizados na assistência à saúde, relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

10.2. O procedimento cirúrgico deverá estar listado no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS. O profissional assistente deverá justificar clinicamente a sua indicação, incluindo as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME, oferecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, com a indicação dos seus preços de aquisição. Materiais de origem estrangeira que possuem registro válido na ANVISA serão considerados nacionalizados. Para a escolha do material e liberação do procedimento, será considerado o menor valor dentre os 03 (três). (Conforme Anexo 1).

10.3. Para o pagamento, será acrescida a taxa de compensação pela manutenção de estoque.

10.4. Para a análise dos orçamentos será exigido o descritivo do material com o respectivo código da ANVISA, logomarca do fornecedor, endereço e telefone da empresa fornecedora. Ao prontuário do paciente, deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/etiqueta/lacre de controle ou identificação

com número, de forma a confirmar sua utilização, além de nota fiscal de todos os materiais a serem utilizados.

10.5. Os orçamentos deverão ser enviados pela CONTRATADA para o e-mail funsa.esgw@fab.mil.br, no prazo de 10 (dez) dias úteis de antecedência à utilização para procedimento eletivo, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise, com as informações conforme formulário de solicitação de autorização para OPME (Anexo 1).

10.6. Nos casos de cirurgias com uso de OPME, em caráter de urgência/ emergência, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, deverá ser utilizado material disponível.

10.7. A cirurgia em caráter de urgência/emergência deverá ser comunicada à SFUNSA, pelo e-mail: funsa.esgw@fab.mil.br em até 02 (dois) dias úteis após a realização do procedimento, com a cópia da descrição cirúrgica e justificativa médica para o uso do OPME.

10.8. Caso o prazo não seja cumprido, o OPME utilizado e suas justificativas deverão compor a fatura final, para a análise da auditoria retrospectiva e estará sujeita a glosa por falta de autorização.

10.9. Deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/lacre de controle ou identificação com número, no prontuário do paciente, de forma a confirmar sua utilização.

10.10. Fica definido o valor mínimo de OPME/Medicamentos de alto custo em R\$500,00 (quinhentos reais), não sendo necessária a solicitação de autorização prévia para valores inferiores.

10.11. É proibida a substituição ou troca de OPME previamente autorizado, excetuando-se os casos comprovadamente de intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico.

10.12. Em caso de troca de OPME motivada por intercorrência médica, a CREDENCIADA deverá comunicar ao GSAU-GW por escrito, através do e-mail funsa.esgw@fab.mil.br, em até 48 (quarenta e oito) horas úteis.

10.13. Falhas administrativas por parte da CREDENCIADA não serão consideradas como justificativa para troca de OPME, podendo resultar em glosa dos valores excedentes ao autorizado.

10.14. Para procedimentos cirúrgicos que envolvam utilização de OPME, é necessária a realização de radiografia ou outro exame que comprove a sua utilização, após o procedimento cirúrgico, estando assim sujeito a glosas.

11. MATERIAIS REPROCESSADOS

11.1. Para a utilização de material reprocessado, deverá seguir a normatização estabelecida pela ANVISA com atenção aos critérios para a proibição do processamento de um produto para saúde.

11.2. O material será considerado passível de reprocessamento, basicamente se as duas condições a seguir não forem evidenciadas:

11.3. Se o material constar da lista publicada pela RE/ANVISA 2605, de 11 de agosto de 2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, cujo reprocessamento é proibido; e

11.4. A rotulagem do produto apresentar os dizeres “Proibido Reprocessar”, conforme estabelece a RDC/ANVISA nº 156, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

11.5. O valor a ser pago, e desde que comprovada a sua utilização em boletim de sala dos atos cirúrgicos e procedimentos de SADT, e será remunerada 1/3 do valor constante na tabela SIMPRO.

12. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNDO DE SAÚDE

12.1. Os seguintes materiais deverão ser considerados inclusos em itens já relacionados neste projeto básico, não podendo ser cobrados separadamente:

- Absorvente higiênico;
- Adesivo para fixação (micropore, esparadrapo, fita crepe, filmes transparentes);
- Água oxigenada;
- Algodão;
- Aquecedor e manta térmica;
- Bacia plástica;
- “*Band-aid*” ou curativos similares;
- Bandeja para raquianestesia;
- Bisturi descartável;
- Blood stop e equivalentes;
- Blusas descartáveis;
- Bolsa de água quente;
- “Bom ar” ou produtos similares;
- Bomba para ordenha;
- Borracha de silicone;
- Cabo bipolar;
- Cadeira de apoio para banho;
- Calçados ortopédicos;
- Campo cirúrgico operatório de qualquer tipo descartável ou esterilizável;
- Caneta para bisturi descartável;
- Cânula de Guedel;
- Capa de vídeo;
- Capa para microscópio;
- Cinta lombar;
- Colete lombar;
- Colchão de quaisquer tipos (piramidal, pneumático, casca de ovo e etc);
- Compressa cirúrgica;
- Conexão para aspiração, bomba e pressão;
- Copo descartável;
- Cotonete e cotonóide – pago apenas para oftalmologia;
- Creme dental;
- Chuca/chupeta;
- Degermantes e soluções para assepsia ou limpeza de superfícies;
- Despesa de frigobar;
- Dispositivo anti-trombolítico;
- Eletrodos (exames e monitorização)
- Escova de degermação;

- Escova de dente;
- Espéculo descartável;
- Esponja para banho;
- Estabilizador de tornozelo;
- Éter benzina e tintura de iodo;
- Extensor para aspirador (qualquer tipo);
- Extensor para gasoterapia (qualquer tipo);
- Faixa elástica pós-operatória;
- Filme endoscópio;
- Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas;
- Fitas de vídeo e CD, DVD;
- Fixador de sonda;
- Fixador de tubo traqueal;
- Fixador externo (ortopedia);
- Formol;
- Fralda descartável;
- Frascos para exame;
- Frasco coletor de secreção (vidro ou plástico)
- Gaze radiopaca;
- Gaze não estéril;
- Gel para biométrica;
- Gerador de tecnécio;
- Gesso sintético;
- Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças;
- Imobilizador;
- Instrumento para tricotomia e barbear;
- Lençol descartável;
- Lenço umedecido;
- Luva para aparelho de laparoscopia;
- Luva de procedimento;
- Loções hidratantes;
- Manta de qualquer material, tipo ou finalidade;
- Manteiga de cacau;
- Máscara laríngea;
- Material de banho do RN;
- Meia elástica, cinta, atadura e calça elástica;
- Mercúrio de prata;
- Micro por espaçador;
- Muletas;
- Pasta gel;

- Plug-adaptador com ou sem membrana para administração de medicamentos;
- Papel higiênico;
- Pijama descartável;
- Pulseira de identificação;
- Protetor labial e auricular;
- Redutor trocáter;
- Sabonete;
- Sandálias para gesso e/ou palmilha para calcâneo;
- Sensor infantil neonatal;
- Sensor para oxímetro;
- Talco;
- Tampa cone Luer;
- Tampa oclusora macho e fêmea (Combi-red / tampa para soro);
- Tapoin;
- Termômetros;
- Tipóias;
- Toalha descartável e demais produtos com finalidade higiênica e cosmética.
- Transdutor isolador de pressão para máquina de hemodiálise.

13. NOTAS COMPLEMENTARES:

13.1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.

13.2. Será paga a diária de internação do dia do óbito, se o mesmo ultrapassar mais de 6 horas de permanência;

13.4. Exames complementares de alto custo, que não forem justificados de urgência, necessitarão ter autorização prévia do FUNSA do GSAU-GW.

13.5. Não será pago taxa de coleta de exames, e materiais utilizados para a coleta pelo hospital ou terceiros.

13.6. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.

13.7. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o resultado devidamente assinados e carimbados para fins de auditoria “*in loco*”.

13.8. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizados em quantidade superior a duas tentativas por profissional, conforme as Novas Recomendações da ANVISA que Garantem Segurança na Assistência, anexando as embalagens.

13.9. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados.

13.10. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem, conforme descrito neste Referencial de Custo.

13.11. No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples.

13.12. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.

13.13. Os dispositivos tipo torneira de 3 vias serão pagos somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico, não serão cobertas quando estiverem cobrando junto com

equipo com injetor lateral.

13.14. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverá apresentar justificativa.

13.15. A troca de cateter de *Swan-Ganz* será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto anexada no prontuário do paciente.

13.16. Taxa de curativo será remunerada somente em atendimento ambulatorial e que inclui material e medicamentos utilizados. Quando o paciente estiver internado (Enfermaria, Quarto e UTI), remunera apenas a medicação e materiais utilizados e coberturas especiais.

13.17. ÁGUA DESTILADA, será paga: para dispositivos respiratórios, até 01 (um) frasco de 500(quinientos) ml/ dia.

13.18. Todos os materiais com dispositivos de segurança/proteção serão remunerados em 50% do valor do item.

13.19. O CREDENCIADO ficará ciente de que as visitas concorrentes realizadas pela equipe do credenciante ocorrerão sempre que necessárias e/ou nos casos de internação de emergência/urgência, sendo avisados antecipadamente por contato telefônico, a fim de realizar avaliação clínica do usuário e averiguação de possível transferência para o hospital do credenciante.

ANEXO A – PESQUISA DE MERCADO

ESTUDO DE MERCADO					
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA SIMPRO	MOTIVO DO NÃO USO DA SIMPRO	DEFLATOR %	SIMPRO para OPME
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	SIM	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA SIMPRO	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 20%
HN HOME CARE	HOME CARE	SIM	*	10,00%	20,00%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	Simpro Pura	*	Sem Deflator (utiliza-se pura)	Não. OPME é NF + 15%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	SIM	*	20,00%	Não. OPME é NF + 10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	SIM	*	10%	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	SIM	*	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Sim	Não aplicável	20	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	Sim	*	20	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%

ESTUDO DE MERCADO						
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA CMED	MOTIVO DO NÃO USO DA CMED	BRASÍNDICE	MEDIC. RESTRITO HOSP	NF + %
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	NÃO	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA BRASINDICE	BRASÍNDICE PMC	PF+30%	NF+30%
HN HOME CARE	HOME CARE	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+20%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	Brasíndice PF + 10%	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (PF +10%)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de fábrica)	PF	NF
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 20%	NF+15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Não	Utilização do Brasíndice	Brasíndice PMC	Brasíndice PF + 10%	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	*	*	*	não usamos	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%

ANEXO 1 – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE OPME

SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE OPME

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO – ÓRTESES,
PRÓTESES, MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESPECIAIS**

NOME DO BENEFICIÁRIO:	
SARAM:	DATA DO PROCEDIMENTO:
AMBULATORIAL:	() SIM () NÃO
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:	
CRM:	ASSINATURA DO MÉDICO:
CID DA PATOLOGIA	
CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS	
JUSTIFICATIVAS:	

1º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
2º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
3º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
Parecer da Seção de Auditoria do ES-GW:	
Nome e Assinatura do Auditor:	
data: ____/____/____ Tel Contato:	

**Anexo II - Referencial de Custos - ATENCAO
DOMICILIAR E ILPI.pdf**



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ATENÇÃO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS (ILPI)

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento complementa a internação de atenção domiciliar e Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI), precificação dos serviços, medicamentos, materiais e procedimentos abrangidos pelo credenciamento de Organizações Cívicas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW), com base no Termo de Referência deste credenciamento.

1.2. A atenção domiciliar está configurada dentro de uma estratégia de cuidados de saúde do SISAU, com vista à redução da demanda por atendimento hospitalar, redução do período de permanência internado, humanização da atenção e ampliação da autonomia dos usuários com doenças crônicas, degenerativas ou em finitude. É composta por duas modalidades: a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

1.3. A admissão e a alta do beneficiário neste regime de atendimento serão por meio de avaliação técnica profissional e por tipo de patologia. Obedecerá, ainda, a critérios de elegibilidade: epidemiológicos, sociais, administrativos e de custo/ benefícios compensatórios.

1.4. Esse tipo de assistência na rede complementar sempre dependerá de autorização prévia do GSAU-GW, conforme previsto na Ordem Técnica nº 010/DIRSA/2022 – Normatização para atenção domiciliar e internação de longa permanência por meio da rede complementar do SISAU.

1.5. No caso de internação domiciliar ou de assistência domiciliar, a atenção somente se dará caso conte com a existência de um familiar ou responsável que more com o paciente. O cuidador responsável deverá receber orientações, de modo a garantir a continuidade dos cuidados necessários quando o paciente receber alta.

1.6. São considerados assistência de enfermagem:

1.6.1. Preparo e administração de medicamentos por todas as vias, assim como trocas de frascos para soroterapia ou para dietas orais, gastrostomias, jejunostomias, enterais e parenterais;

1.6.2. Controle de sinais vitais (pressão arterial não invasiva e invasiva, verificação de Pressão Intracraniana (PIC), Pressão Intrabdominal (PIA), capnografia, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via);

1.6.3. Controle de balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC e de gerador de marca-passo, dentre outros;

1.6.4. Banho no leito, de imersão ou de aspersão;

1.6.5. Instalação e controle de monitorização cardíaca, irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalções, curativos e de glicemia;

1.6.6. Manutenção da permeabilização de cateteres, tricotomia, curativos, mudança de decúbito e

locomoção interna do paciente;

1.6.7. Serviço de enfermagem do procedimento;

1.6.8. Assepsia e antisepsia (inclui a equipe, paciente e inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis);

1.6.9. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;

1.6.10. Esterilização/desinfecção de instrumentais;

1.6.11. Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo (alguns exemplos: enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico);

1.6.12. Cuidados e higiene pessoal do paciente e desinfecção ambiental (está incluído o material utilizado);

1.6.13. Preparo de corpo em caso de óbito;

1.6.14. Transporte dos equipamentos, como Raio-X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros;

1.6.15. Enfaixamento e Contenção;

1.6.16. Prescrição/Anotação de Enfermagem;

1.6.17. Verificação de medidas antropométricas;

1.6.18. Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, pro pé, dispositivo para descarte de material perfurocorante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32. (base legal: NR6, NR9, NR32); e

1.6.19. Coleta de exames laboratoriais.

2. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

2.1. A indicação e seleção do beneficiário para a internação domiciliar é parte de uma política de atenção ao paciente crônico, visando desospitalização precoce do paciente estável, na qual ainda necessita de cuidados complexos dependentes da ação de enfermagem e tecnologia especializada, bem como suporte para urgência e emergência, estabelecendo metas terapêuticas.

2.2. A admissão e a alta do paciente neste regime de atendimento obedecem a critérios epidemiológicos, administrativos e de custos/benefícios, resultado de avaliação técnica profissional por tipo de patologia e, ainda, por contar com a existência de um familiar ou responsável que more junto com o paciente.

2.3. A necessidade de internação domiciliar decorre de indicação médica e administrativa.

2.4. A elegibilidade do paciente será definida por meio do preenchimento da Solicitação de Internação Domiciliar e da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar (NEAD) por Oficial Médico ou Enfermeiro do efetivo do GSAU-GW, que visitará o beneficiário e analisará os critérios de elegibilidade.

2.5. Conforme preenchimento da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar (NEAD), (Anexo 1) o plano terapêutico será classificado da seguinte forma:

a) Visita pontual de enfermagem para realizar procedimentos específicos;

b) Internação Domiciliar com até 12 horas de enfermagem; e

c) Internação Domiciliar com até 24 horas de enfermagem.

2.6. É vedada a inclusão de aditivos (benefícios) e/ou visitas especializadas de profissionais ao plano terapêutico, sem a autorização prévia do GSAU-GW.

2.7. O encaminhamento ao serviço credenciado será feito por meio de Guia de Apresentação do Be-

beneficiário (GAB), emitida pelo GSAU-GW, com validade equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB deve definir o período autorizado de execução do serviço, o qual não deve ser superior a 60 dias.

2.8. Obrigatoriamente, o paciente em internação domiciliar deverá ter um responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar, de modo a garantir a continuidade dos cuidados necessários quando esse receber alta.

2.9. Excluem-se dos critérios de elegibilidade para internação domiciliar: os doentes psiquiátricos e dependentes químicos, o domicílio sem estrutura mínima e a ausência de responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar.

2.10. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a internação domiciliar deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feita pelo GSAU-GW ou pelo responsável por meio da modalidade de reembolso.

2.11. O prestador do serviço de internação domiciliar deverá encaminhar ao GSAU-GW (auditoria.esgw@fab.mil.br), até o 20º dia de cada mês, o relatório multidisciplinar do atendimento prestado que subsidiará possíveis alterações no plano terapêutico (prorrogação, aumentos ou reduções de visitas, alta do paciente).

2.12. O beneficiário assistido será visitado mensalmente por auditores do GSAU-GW, com o objetivo de avaliar a necessidade de prorrogação do plano terapêutico.

2.13. São necessárias prescrições médicas para todas as condutas que cabem ao ato médico, transferência do paciente, suspensão ou inclusão de medicamentos, tipos de serviços e tratamentos, até a alta.

2.14. A internação domiciliar cessará nos seguintes casos:

- a) Mudança de domicílio para um ambiente inapropriado;
- b) Não adesão, pelo paciente ou família, do plano terapêutico proposto;
- c) Alta da internação domiciliar.

2.15. Equipe multiprofissional é composta por Auxiliar/Técnico de enfermagem (12 horas ou 24 horas), médico, enfermeiro, fisioterapia, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social.

2.16. A família deverá indicar uma pessoa que será responsável pelo paciente, a qual designará “Cuidador”. Esta pessoa será de grande importância para que os objetivos do tratamento sejam atingidos, pois o “Cuidador” será responsável pelo acompanhamento e evolução do paciente, bem como pelo atendimento das necessidades gerais do paciente durante e após a alta da internação domiciliar.

2.17. As despesas com o “Cuidador”, se existirem, serão de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal. O “Cuidador” será capacitado e orientado para prestar os cuidados necessários ao paciente, facilitando a sua alta quando o quadro clínico assim o permitir.

2.18. São atribuições do “Cuidador”: os cuidados de higiene pessoal, a administração de medicamentos (exceto injetáveis), o auxílio na mobilização, a alimentação por sondas ou via oral, os curativos simples etc..

2.19. O “Cuidador” será o elo entre o cliente, a Equipe Multidisciplinar e os demais membros da família.

2.20. A família e o Cuidador deverão submeter-se a treinamento e assumir progressivamente as responsabilidades no tratamento, de modo a estarem aptos à execução dos cuidados após a alta da assistência domiciliar ou na suspensão da presença de técnico de enfermagem no domicílio.

2.21. Sendo a internação domiciliar um serviço compartilhado, são de responsabilidade da família a aquisição e/ou locação de: medicação profilática e de uso contínuo (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, etc.), pomadas preventivas e hidratantes, produtos de higiene, inclusive fraldas descartáveis.

3. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

3.1. A assistência domiciliar visa o gerenciamento de doenças crônicas e busca a construção de uma estrutura de apoio que possibilite ao paciente e a seus familiares, enfrentar os problemas cotidianos advindos da enfermidade.

3.2. A indicação e seleção do beneficiário nesta modalidade é parte de uma política que visa: melhorar a qualidade de vida e identificar fatores de riscos determinantes do estado de saúde, estimular o engajamento da família no processo de otimização dos cuidados, promover ações para minimizar os efeitos de doenças e incapacidades, com a participação de profissionais especializados e/ou cuidador responsável, promover a assistência nas complicações e manifestações mais avançadas da doença, reabilitando ou amenizando sequelas já instaladas, reduzir a utilização dos serviços assistenciais com tecnologias desnecessárias, reduzir o número de internações/reinternações hospitalares, bem como o tempo de permanência hospitalar (atuação preventiva nas intercorrências), promover maior conforto e dignidade para os pacientes em processo de finitude e motivar o indivíduo a melhor compreender e aceitar sua condição de saúde, contribuindo para melhoria da adesão ao tratamento.

3.3. Os beneficiários do SISAU podem participar desta modalidade de atenção à saúde pela rede complementar do SISAU, desde que reúnam todos os seguintes critérios de elegibilidade:

- a) Problemas de saúde que gerem incapacidade permanente ou temporária, passíveis de reabilitação ou adaptação, independentemente da idade do paciente; e
- b) Dificuldade ou impossibilidade clínica de locomoção até uma unidade de saúde, conforme parecer médico.

3.4. É vedada a admissão de benefícios e/ou inclusão de aditivos ao plano previamente aprovado sem autorização do GSAU-GW e sua respectiva homologação pela SARAM, bem como a solicitação de autorização e/ou prorrogação com data retroativa.

3.5. A autorização de uso do serviço credenciado será feita por meio de Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB), emitida pelo GSAU-GW, equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB definirá o(s) tipo(s) de procedimento(s) específico(s) e período autorizado de execução do serviço, o qual não será superior a 30 dias.

3.6. A visita domiciliar de médico de qualquer especialidade, de caráter eletivo, não prevista no plano de assistência domiciliar, deverá ser submetida a análise e autorização prévia do ES-GW.

3.7. Para continuidade dos atendimentos domiciliares seriados (como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional), os profissionais de saúde credenciados deverão encaminhar até o 20º dia de cada mês, ao GSAU-GW (funsa.esgw@fab.mil.br), relatórios dos atendimentos e progressos alcançados.

3.8. É vedada a implementação de atendimentos seriados sem a autorização prévia do GSAU-GW.

3.9. A aquisição de medicações de caráter ambulatorial (uso profilático, crônico e/ou contínuo) é de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal, assim como, dieta enteral industrializada e /ou suplementos nutricionais.

3.10. Excluem-se dos critérios de elegibilidade para assistência domiciliar: os doentes psiquiátricos e dependentes químicos, o domicílio sem estrutura mínima, e a ausência de responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar.

3.11. Caso exista a necessidade de um Cuidador, a família deverá indicar uma pessoa que será responsável pelo paciente, cujas despesas e encargos trabalhistas, se houver, serão de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal.

3.12. É vedada a implementação de qualquer atendimento de saúde sem a autorização prévia do GSAU-GW.

3.13. Sendo a assistência domiciliar um serviço compartilhado, são de responsabilidade da família a aquisição de materiais de uso pessoal e higiene ou limpeza doméstica, e medicações de caráter am-

bulatorial (uso profilático, crônico e/ou contínuo), necessários ao atendimento ao paciente.

3.14. Devem ser autorizadas visitas do domicílio e do paciente por auditores do GSAU-GW, sempre que este considerar necessário.

3.15. O beneficiário e/ou seu representante legal devem manter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da assistência domiciliar e providenciar as adaptações necessárias na residência para o atendimento do paciente.

4. ÍNDICES E VALORES

4.1. Procedimentos Médicos

4.1.1. Os procedimentos médicos e os procedimentos de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), Consultas Médicas e Exames Complementares serão pagos de acordo com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 2014) como referencial com deflator de 20% (vinte por cento) no porte e no UCO – Unidade de Custo Operacional previstas nesta.

4.1.2. Somente serão aceitos procedimentos cobertos pelo Rol da Agência Nacional de Saúde – ANS atualizado e de acordo com as restrições e limitações de cobertura estabelecidas na legislação destinada a regulamentar os sistemas SARAM, FUNSA e SISAU. Os procedimentos que constarem no Rol de procedimentos e não constem na tabela negociada serão objeto de aditivo, sendo analisado caso a caso.

4.2. Os preços aqui apresentados representam o valor máximo aceitável pela CREDENCIANTE.

INTERNAÇÃO DOMICILIAR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
60034475	24 HORAS	R\$ 637,64
60034467	12 HORAS	R\$ 308,55
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR (INTERNAÇÃO E ASSISTÊNCIA)		
24 horas inclui:		
1) Apoio serviço social – Integral;		
2) Avaliação e validação da residência;		
3) Avaliação inicial do paciente no hospital ou residência;		
4) Call Center – 24 horas por dia;		
5) Coleta de exames laboratoriais em residência – conforme necessidade ;		
6) Concentrador de oxigênio com cilindro de qualquer tamanho e carrinho para O2;		
7) Conjunto de oxigenioterapia por cateter;		
8) Curativos quantas vezes forem necessárias;		
9) Equipamento de proteção individual;		
10) Kit sinais vitais;		
11) Mala de assistência à parada cardiorrespiratória;		
12) Equipamentos:		
AMBU;		
Aspirador de secreções;		
Bomba de infusão;		
Cadeira de rodas e higiênica de qualquer modelo e tamanho;		
Cama hospitalar ou elétrica de qualquer modelo e tamanho;		
Cilindros de oxigênio de qualquer tamanho e recargas se necessário (inclusos itens necessários para instalação como adaptador de tomada dupla com válvula e etc);		

Colchão convencional e/ou de qualquer tipo;
 Escada de dois degraus;
 Esfigmomanômetro;
 Inalador/ aparelho nebulizador e materiais necessários para o funcionamento;
 Oxímetro de pulso;
 Suporte de soro;
 CPAP/ BIPAP e materiais necessários para o funcionamento (inclusive máscaras faciais e conexões)

- 13) Orientações aos familiares e identificação dos cuidados;
- 14) Relatórios técnicos semanais (multiprofissionais);
- 15) Remoção inicial (hospital e domicílio);
- 16) Respirador (ventilador) e circuitos (prescrito pelo médico);
- 17) Sessão de fisioterapia motora/respiratória – até 05 vezes por semana;
- 18) Sessão de fonoaudiologia – 03 vezes por semana;
- 19) Técnico de enfermagem – 24 horas por dia;
- 20) Sessão de terapia ocupacional – até 02 vezes por semana;
- 21) Visita de enfermeira – 01 vez por semana;
- 22) Visita do nutricionista – até 02 vezes ao mês;
- 23) Visita do psicólogo – até 02 vezes por semana;
- 24) Visita médica – 01 vez por semana;
- 25) Visita do estomoterapeuta – até 02 vezes ao mês;

12 horas inclui:

- a) Tudo que está previsto do item 1 até item 16 das 24 horas citado acima e;
- b) Técnico de enfermagem – 12 horas por dia;
- c) Sessão de terapia ocupacional – 01 vez por semana;
- d) Visita da enfermeira – 03 vezes ao mês;
- e) Sessão de fisioterapia motora/respiratória – até 05 vezes por semana;
- f) Sessão de fonoaudiologia – 02 vezes por semana;
- g) Visita do psicólogo – até 01 vezes ao mês;
- h) Visita médica – 02 vezes ao mês;
- i) Visita do estomoterapeuta – até 02 vezes ao mês; e
- j) Visita do nutricionista – 01 vez ao mês.

**TAXA DE EQUIPAMENTOS EXCLUSIVAMENTE PARA:
 PACIENTES SEM SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR.**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
	AMBÚ ADULTO COMPLETO	POR DIA	R\$ 3,12
	AMBÚ PEDIÁTRICO COMPLETO	POR DIA	R\$ 2,75
	AMBÚ NEONATAL PEDIÁTRICO	POR DIA	R\$ 2,75
	APARELHO DE PRESSÃO ADULTO	POR DIA	R\$ 1,73
	APARELHO DE PRESSÃO INFANTIL	POR DIA	R\$ 1,76
	APARELHO DE PRESSÃO NEONATAL	POR DIA	R\$ 2,18

	APARELHO DE PRESSÃO OBESO	POR DIA	R\$ 2,26
	ANDADOR ARTICULADO	POR DIA	R\$ 3,21
60025220	ASPIRADOR ELÉTRICO DE SECREÇÕES	POR DIA	R\$ 6,16
	ASSENTO HIGIÊNICO (INCLUSIVE OBESO)	POR DIA	R\$ 3,06
	BALANÇA DIGITAL ADULTO	POR DIA	R\$ 7,76
	BALANÇA DIGITAL PEDIÁTRICA	POR DIA	R\$ 9,43
60025328	BENGALA 4 PONTAS	POR DIA	R\$ 4,15
	BERÇO ACRÍLICO NEONATAL	POR DIA	R\$ 3,09
	BERÇO COM COLCHÃO E GRADES	POR DIA	R\$ 7,71
60025662	BOMBA DE INFUSÃO DE DIETA	POR DIA	R\$ 16,40
60025689	BOMBA DE INFUSÃO DE MEDICAMENTO	POR DIA	R\$ 16,90
60025964	CADEIRA DE RODAS NORMAL	POR DIA	R\$ 6,05
	CADEIRA DE RODAS DOBRÁVEL	POR DIA	R\$ 6,79
	CADEIRA DE RODAS PARA OBESO	POR DIA	R\$ 7,42
60025972	CADEIRA HIGIÊNICA SIMPLES	POR DIA	R\$ 4,88
	CADEIRA HIGIÊNICA PARA OBESO	POR DIA	R\$ 5,74
60026111	CAMA HOSPITALAR MANUAL COM COLCHÃO E GRADES (1,90CM)	POR DIA	R\$ 9,35
60026146	CAMA HOSPITALAR MANUAL COM COLCHÃO E GRADES (2,10CM)	POR DIA	R\$ 8,00
60026120	CAMA MOTORIZADA 5 MOVIMENTOS (1,90CM)	POR DIA	R\$ 14,00
60026138	CAMA MOTORIZADA 5 MOVIMENTOS (2,10CM)	POR DIA	R\$ 14,50
	KIT MACRONEBULIZAÇÃO (Troca a cada 72 horas)	POR DIA	R\$ 88,06
	CATETER DE OXIGÊNIO (Troca a cada 72 horas)	POR DIA	R\$ 30,00
60030313	CAPNÓGRAFO	POR USO	R\$ 60,23
	CARRINHO PARA TRANSPORTE DE CILINDRO DE OXIGÊNIO	POR USO	R\$ 4,45
60034491	CILINDRO DE OXIGÊNIO 1 M3 (PPU 1.000L)	POR USO	R\$ 2,67
60034483	CILINDRO DE OXIGÊNIO 10M3 (PPU 10.000L)	POR USO	R\$ 2,67
	CILINDRO DE OXIGÊNIO 3,5M3 (PPU 3.500L)	POR USO	R\$ 2,67
	CILINDRO DE OXIGÊNIO 4 M3 (PPU 4.000L)	POR USO	R\$ 3,00
	CILINDRO DE OXIGÊNIO 6 M3 (PPU 6.200L)	POR USO	R\$ 3,00
	CILINDRO DE OXIGÊNIO 7 M3 (PPU 7.000L)	POR USO	R\$ 3,00
	CILINDRO DE OXIGÊNIO 8 M3 (PPU 8.000L)	POR USO	R\$ 2,72
60026332	COLCHÃO DE AR COM PRESSÃO VARIÁVEL	POR USO	R\$ 7,00
60026340	COLCHÃO PNEUMÁTICO COM COMPRESSOR	POR USO	R\$ 10,31
	COLCHÃO HOSPITALAR PADRÃO	POR USO	R\$ 3,13
	COLCHÃO HOSPITALAR GRANDE	POR USO	R\$ 3,33
	COLETA DE EXAMES	POR USO	R\$ 130,00
	CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO	POR DIA	R\$ 20,00
	COPO UMIDIFICADOR	MENSAL	R\$ 4,20
	ESCADA DE 2 DEGRAUS	POR USO	R\$ 2,75
	EXTENSÃO DE ASPIRADOR (Troca a cada 72 horas)	POR USO	R\$ 15,92
	EXTENSÃO DE OXIGÊNIO (Troca a cada 72 horas)	POR USO	R\$ 13,65
60026910	FLUXÔMETRO	POR USO	R\$ 3,58
	GERADOR DE ENERGIA	POR USO	R\$ 48,12
	KIT INALAÇÃO (Troca a cada 72 horas)	POR USO	R\$ 52,27
	KIT DE ASPIRAÇÃO A VÁCUO	POR USO	R\$ 19,55
	MÁSCARA PARA NEBULIZAÇÃO ADULTO	POR DIA	R\$ 15,45
	MÁSCARA PARA NEBULIZAÇÃO INFANTIL	POR DIA	R\$ 15,90
	MÁSCARA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO	POR DIA	R\$ 47,01
	MÁSCARA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL	POR DIA	R\$ 47,16
	MESA DE REFEIÇÃO	POR DIA	R\$ 9,91
60029188	MONITOR CARDÍACO	POR DIA	R\$ 88,38

60029994	MONITOR DE APNÉIA	POR DIA	R\$ 60,68
	MONITOR DE GLICEMIA	POR DIA	R\$ 15,20
	MULETA CANADENSE	POR DIA	R\$ 4,60
	MULETA AXILAR	POR DIA	R\$ 5,60
60034513	NOBREAK ESTABILIZADOR DE ENERGIA	POR DIA	R\$ 9,57
60031719	OXÍMETRO ADULTO COM ALARME	POR DIA	R\$ 10,91
60031760	OXÍMETRO INFANTIL COM ALARME	POR DIA	R\$ 13,00
60031778	OXÍMETRO NEONATAL COM ALARME	POR DIA	R\$ 13,73
	OXÍMETRO PORTÁTIL	POR DIA	R\$ 9,37
60031433	OXICAPNÓGRAFO	POR DIA	R\$ 197,77
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 1 M3	POR USO	R\$ 96,67
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 10M3	POR USO	R\$ 325,00
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 3,5M3	POR USO	R\$ 146,67
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 4 M3	POR USO	R\$ 156,67
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 6 M3	POR USO	R\$ 200,00
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 7 M3	POR USO	R\$ 218,33
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 8 M3	POR USO	R\$ 255,00
	RESPIRADOR CPAP	POR DIA	R\$ 38,00
	RESPIRADOR BIPAP BREATHERS PV 101	POR DIA	R\$ 48,00
	RESPIRADOR	POR DIA	R\$ 85,59
60028041	SUORTE DE SORO FIXO	POR DIA	R\$ 1,87
	SUORTE DE SORO MÓVEL	POR DIA	R\$ 2,87
	SUORTE PARA BOMBA DE INFUSÃO	POR DIA	R\$ 5,75
	TUBO T (Troca a cada 72 horas)	POR USO	R\$ 66,97
	LANCETADOR	POR USO	R\$ 18,87
	UMIDIFICADOR PARA OXIGÊNIO	POR DIA	R\$ 24,15
	SONDAGEM VESICAL DE DEMORA	POR USO	R\$ 202,06
	SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO	POR USO	R\$ 159,96
	SONDAGEM NASOGÁSTRICA	POR USO	R\$ 174,07
	SONDAGEM NASOENTERAL (Material + Raio-X)	POR USO	R\$ 339,38

TABELA DE HONORÁRIOS

MÉDICO GENERALISTA E QUALQUER OUTRA ESPECIALIDADE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
10102027	CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR	CBHPM 2014

NUTRICIONISTA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000578	1º ATENDIMENTO DOMICILIAR	R\$ 163,33
50000578	ATENDIMENTO DOMICILIAR SUBSEQUENTE	R\$ 140,00

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM NUTRICIONISTA

1. Observações para autorização:

1.1. A consulta na área de nutrição e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva).

1.2. As consultas na área de nutrição ambulatorial e domiciliar limitam-se a 01 (uma) sessão individual mensal, exceto nos casos de atendimento de assistência e internação domiciliar.

1.3. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;

1.4. O paciente terá direito a doze consultas, por ano, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

1.4.1. Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso/altura);

- 1.4.2. Jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/altura);
- 1.4.3. Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (IMC < 22 kg/m²);
- 1.4.4. Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
- 1.4.5. Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC > ou igual a 25 kg/m²) com mais de 16 anos;
- 1.5. Pacientes ostomizados;
- 1.6. Após cirurgia gastrointestinal;
- 1.7. O paciente terá direito a dezoito consultas por ano, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico; e
- 1.8. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima: 6 (seis) consultas de nutrição por ano, desde que justificadas clinicamente.

FONOAUDIOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000624	SESSÃO DOMICILIAR	R\$ 175,40
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM FONOAUDIOLOGIA		
<p>1. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;</p> <p>2. O paciente terá direito a vinte e quatro consultas/sessões, por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>a) Taquifemia (CID F98.6);</p> <p>b) Pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);</p> <p>c) Pacientes portadores de anomalias dento faciais (CID K07);</p> <p>d) Pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90);</p> <p>e) Dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);</p> <p>f) Pacientes com apnéia de sono (CID G47.3);</p> <p>g) Pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (CID T20);</p> <p>h) Pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (CID T27);</p> <p>i) Pacientes com queimadura de boca e da faringe (CID T28.0);</p> <p>j) Pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).</p> <p>3. O paciente terá direito a quarenta e oito consultas/sessões, por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>a) Pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F98.5);</p> <p>b) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80);</p> <p>c) Pacientes com casos de disfagia nos casos em que haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);</p> <p>d) Pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria, apraxia e dislexia (CID R47.1, R48.2 e R48.0);</p> <p>e) Pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe, pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe, carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda</p>		

vocal (CID J38, CID Z96.3, CID D14.1, CID D02.0);

f) Pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto n.º 5.296 de 2 de dezembro de 2004;

g) Pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

4. O paciente terá direito a **noventa e seis consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a) Portadores de Implante Coclear;

b) Pacientes portadores de Prótese Auditiva Ancorada no Osso;

c) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento – Autismo (CID F84);

d) Pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).

5. Para os casos não enquadrados nos critérios acima: **12 consultas/sessões por ano**, desde que justificadas clinicamente.

PSICOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000470	SESSÃO DOMICILIAR	R\$ 140,56
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA		
1. A consulta na área de psicologia e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva).		
2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.		
3. O paciente terá direito a doze consultas por ano , quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios: (conforme CID)		
a) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
b) Pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
c) Pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
d) Pacientes ostomizados e estomizados.		
e) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, até 24 sessões seriadas de psicoterapia por ano poderão ser autorizadas, mas somente quando indicadas por Psiquiatra, mediante relatório especializado encaminhado para a auditoria prospectiva, e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, a seguir:		
a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);		
b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associados a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);		
c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emo-		

cionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);

d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);

e) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39).

5. Nas localidades onde houver Psiquiatra do COMAER, o relatório especializado a que se refere a alínea “e” do item 5.7.3.5 deve ser emitido obrigatoriamente por esse profissional.

TERAPIA OCUPACIONAL

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000098	SESSÃO DOMICILIAR	R\$ 173,33
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL		
1. Para os serviços de terapia ocupacional será utilizada a tabela do Referencial de Custos, após solicitação do oficial militar.		
2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.		
3. O paciente terá direito a doze consultas/sessões, por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:		
a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 a F03);		
b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 a F79);		
c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82 e F83);		
d) Pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99); e		
e) Pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 a M99).		

FISIOTERAPIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000241	SESSÃO DOMICILIAR	R\$ 104,00
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA		
1. Para os serviços de FISIOTERAPIA AMBULATORIAL será utilizada esta tabela do Referencial de Custos, e a cobrança será da seguinte forma:		
a) O encaminhamento será feito por oficial médico;		
b) Para fins de comprovação da realização das sessões, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável; e		
c) Até 20 (vinte) consultas/sessões de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente. As sessões serão autorizadas em conjuntos de até 10 (dez). Prorrogações adicionais necessitarão da construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.		

HONORÁRIOS MULTIDISCIPLINAR – ATENÇÃO DOMICILIAR

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000683	ASSISTENTE SOCIAL (Visita quando indicado pelo médico)	R\$ 118,33
50000535	ENFERMEIRO ESTOMA TERAPEUTA	R\$ 181,67
50000535	ENFERMEIRO DOMICILIAR	R\$ 185,00
50000535	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR	R\$ 150,00

5. INTERNAÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

5.1. Entende-se por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade e dignidade e cidadania. (Resolução de Diretoria Colegiada- RDC n 283, de 26 de setembro de 2005, da ANVISA).

5.2. As instituições só serão credenciadas se atenderem as condições gerais, processos operacionais para funcionamento, que estão amplamente definidas, respectivamente no item 4 e 5 da RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, da ANVISA, amparo legal.

5.3. Segundo a Lei nº 10.741, [de 1º de outubro de 2003](#) que instituiu o Estatuto do Idoso, art. 37. “O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

“§ 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.”

5.4. São considerados elegíveis para internações de longa permanência em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) credenciada, os beneficiários que apresentem quadros crônicos que necessitem de assistência especializada e incompatíveis com a permanência na residência ou em OSA, conforme relatório social (formulário anexo C), e Ordem Técnica nº 10/DIRSA/2022, de 16 de dezembro de 2022.

5.5. Serão amparados pelo SISAU, na assistência em ILPI, os beneficiários do FUNSA que não possuam familiar, e que necessitem de ILPI de acordo com os graus de dependência do Idoso, descritos a seguir:

a Grau de Dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda (bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeiras de rodas);

b Grau de Dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

c Grau de Dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

5.6. O encaminhamento ao serviço credenciado ocorrerá nas situações em que o GSAU-GW não disponha de condições para a realização de internação para pacientes crônicos ou em que não exista OSA na localidade e, ainda, somente após homologação da solicitação de Internação pela SARAM.

5.7. A solicitação de internação em ILPI deverá ser realizada por meio de preenchimento da Solicitação de Internação em Instituição de Longa Permanência para Idoso (ANEXO F) e da Ficha-Social (ANEXO C), os quais serão enviados à SARAM para análise da homologação.

5.8. A internação será feita por meio de Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB), emitida pelo GSAU-GW, com validade equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB deve definir o período autorizado de execução do serviço, o qual não deve ser superior a 60 dias.

5.9. A instituição de ILPI obrigatoriamente deverá enviar até o 20º do mês, relatório sobre o beneficiário assistido para que seja elaborada a autorização de prorrogação para o serviço prestado no mês seguinte. Relatórios técnicos mensais (multiprofissionais).

5.10. Os beneficiários assistidos em ILPI, serão visitados por equipe médica do GSAU-GW, mensalmente, com o objetivo de avaliar o relatório de prorrogação encaminhado pelo prestador.

5.11. A internação de longa permanência cessará nos seguintes casos:

- a) mudança para internação hospitalar no caso de intercorrência clínica, assistência domiciliar ou internação domiciliar;
- b) não adesão à Instituição, pelo paciente; e
- c) óbito.

5.12. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a internação domiciliar deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feito pelo GSAU-GW ou pelo responsável por meio da modalidade de reembolso.

5.13. Para a utilização de materiais, medicamentos e dietas enterais industrializadas, deverá obrigatoriamente ser realizada solicitação de autorização prévia da auditoria do GSAU- GW, fun-sa.esgw@fab.mil.br.

5.14. São de responsabilidade da família/responsável legal/tutor, a aquisição de materiais de uso pessoal e higiene, aquisição e/ou locação de: medicação profilática e de uso contínuo (anti- hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, etc.), tiras e aparelho de glicemia capilar, lancetas, pomadas preventivas e hidratantes, produtos de higiene, inclusive fraldas descartáveis, andador, cadeira de banho, cadeira de rodas, cama hospitalar (incluindo escada e colchão), comadre/papagaio, colchão caixa de ovo, nebulizador, termômetro, oxímetro, CPAP e BIPAP.

5.15. Itens inclusos exclusivamente para os idosos com grau de **Dependência III**:

- a Sessão/atendimento na(s) especialidade(s) autorizadas pelo GSAU-GW: para Fonoaudiologia e Fisioterapia;
- b Supervisão de Enfermagem 24 h;
- c Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32); medicamentos (soro fisiológico, soro glicosado, água destilada e demais diluentes); e qualquer dispositivo de segurança para profissional do credenciado;
- d Procedimentos: Curativos quantas vezes for necessário; e
- e Remoção inicial (hospital e ILPI).

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR EDITAL 2022 + 3,82 (IGPM)
01	Indivíduo autônomo – é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.	R\$ 4.126,84
02	Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda	R\$ 4,126,84
03	Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada	R\$ 4.490,02
04	Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.	R\$ 4.490,02

6. RADIOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS (INCLUSIVE USO RESTRITO HOSPITALAR E ANTINEOPLÁSICOS)

6.2. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes, o mesmo não pode-

rá ser cobrado separadamente.

6.3. Não será coberto o uso sistêmico de inibidores de bomba de próton parenteral em pacientes com via oral disponível.

7. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA CBHPM

7.1. O Termo de Referência define quais itens serão precificados de acordo com a CBHPM, sendo remunerados com o porte da tabela CBHPM-2014, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos), ambos com deflator de 20%.

7.2. Foi escolhida a tabela CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – por ser uma lista hierarquizada, com padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar que contempla todas as especialidades, conforme Resolução CFM 1.673/03. Quanto ao ano, foi escolhida sua versão 2014 em decorrência desta apresentar os valores mais próximos aplicados no mercado da região.

7.3. Com relação ao deflator, segue texto constante na tabela CBHPM:

“Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A valoração dos portes e da UCO ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes (CBHPM, 2014, p. 17).”

7.3.1. Sendo assim, foi considerado o máximo percentual deflator utilizado, 20% em cima do Porte e UCO.

7.4. A tabela CBHPM é confeccionada por uma câmara técnica permanente pertencente à Associação Médica Brasileira, sendo que no processo participam as seguintes entidades:

7.4.1. Conselho Federal de Medicina, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Federação Nacional de Saúde Suplementar, Federação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Instituto Brasileira de Defesa ao Consumidor, Federação Nacional dos Médicos, etc (fonte:<amb.org.br>, acessado em 20/08/2020). Sendo assim, há entidades que dão suporte para a confecção e lisura dos preços acordados.

7.5. A Unidade de Custo Operacional (UCO) foi adotada para o cálculo dos custos, incorporando depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento e outras despesas relacionadas aos procedimentos.

7.6. Para obter o preço sugerido pela CBHPM para cada procedimento, é necessário um cálculo, na qual é previsto a aplicação de deflator de até 20%, conforme especificado no item anterior.

HONORÁRIOS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS E SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

VALORES DE PORTE– CBHPM 2014							
1A	R\$ 14,49		5C	R\$ 328,54		10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97		6A	R\$ 357,84		10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47		6B	R\$ 393,51		11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96		6C	R\$ 430,43		11B	R\$1.402,08
2B	R\$ 76,40		7A	R\$ 464,82		11C	R\$ 1.538,35

2C	R\$ 90,42		7B	R\$ 514,48		12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55		7C	R\$ 608,70		12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87		8A	R\$ 657,11		12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83		8B	R\$ 688,94		13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22		8C	R\$ 730,96		13B	R\$ 2.535,46
4B	R\$ 235,60		9A	R\$ 776,82		13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,16		9B	R\$ 849,41		14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52		9C	R\$ 935,98		14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45		10A	R\$ 1.004,76		14C	R\$ 3.750,34
UCO – R\$ 16,15							
Deve ser aplicado o deflator de 20%, nos valores de PORTE e UCO.							

8. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA BRASÍNDICE

8.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela BRASÍNDICE para a precificação. Será utilizada a tabela vigente na ocasião do atendimento, observando a coluna de Preço Fábrica.

8.2. A tabela BRASÍNDICE foi escolhida por ser um guia farmacêutico indicador de valores de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares, que tem incorporado os códigos TUSS gradualmente e é publicada por empresa especializada, na qual consta o preço de medicamentos vendidos no Brasil, sendo reconhecida no meio hospitalar, de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

8.3. O mercado não utiliza a tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pin-da, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela BRASÍNDICE, conforme ANEXO A

8.4. Ressalta-se que a precificação de medicamentos, não se trata de uma compra e venda, e sim, o ressarcimento dos insumos para a prestação dos serviços contratados, não modificando a natureza da contratação, que é de serviço.

9. NOTA EXPLICATIVA PARA A TABELA SIMPRO

9.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela SIMPRO. Sua precificação será utilizando o Preço de Fábrica, em vigor no período do atendimento/internação, aplicando-se um deflator de 20%.

9.2. A SIMPRO foi escolhida por ser um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro ANVISA, código TUSS, classificação, embalagem, e outros), direcionado a compras, faturamento, licitações, análise e auditoria de contas médico-hospitalares, sendo reconhecida no meio hospitalar de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

9.3. Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os princi-

pais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela SIMPRO, conforme ANEXO A.

9.4. O mercado, na região abrangida, exige a precificação por meio da tabela SIMPRO, aceitando até 20% de deflator, pratica seguida também pelos planos e operadoras de saúde privados.

10. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TAXA DE COMPENSAÇÃO PELA MANUTENÇÃO DE ESTOQUE

10.1. Esta taxa diz respeito ao custo do hospital em manter em estoque os medicamentos utilizados pelo paciente, tais como manutenção predial da farmácia, climatização do local de armazenamento, transporte interno, frete (transporte externo), energia elétrica; administração, controle e organização do estoque de medicamentos; mobiliário, equipamentos para acondicionamento e conservação, segurança, deterioração de materiais, custo de oportunidade (capital mobilizado), e os demais custos relacionados.

10.2. Foi adotado o percentual de 10% sobre o valor de nota fiscal para OPME e Medicamentos oncológicos e Imunobiológicos, visto cobrir os custos indiretos relacionados, conforme descrito no Termo de Referência.

11. MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICO/DESCARTÁVEIS/APÓSITOS

11.1. Para materiais será utilizada a tabela SIMPRO que é um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro na AN-VISA, código da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, classificação, embalagem e outros), destinada a compras, ao faturamento, as licitações, a análise e a auditoria de contas médico-hospitalares.

11.2. Os materiais serão consultados na tabela a SIMPRO, em vigor no período do atendimento/internação, e quando não encontrados a CREDENCIADA deverá apresentar a respectiva Nota Fiscal (NF) para melhor conferência, aplicando-se um deflator de 20%.

11.3. Apósito é definido como material penso, curativo, compressa ou emplastro que se põe sobre lesão ou ferimento.

11.4. O material médico cirúrgico descartável é o material de consumo hospitalar usado no dia a dia de atendimentos médicos e que não podem ser reutilizados.

11.5. JELCOS e SCALPS: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

11.6. LÂMINA DE SHAIVER (no caso da lâmina com diâmetro menor de 03 (três) mm, a embalagem deverá estar anexada para pagamento integral), desde que não esteja incluso no PACOTE.

11.7. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril, desde que não esteja incluso no PACOTE.

11.8. MICROPORE e ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento, 30 (trinta) cm para acesso venoso de adulto e 20 (vinte) cm para criança, estará sujeito a glosa casos de excesso ou uso indevido, desde que não esteja incluso no PACOTE.

11.9. PERFUSORES e TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72 (setenta e duas) horas para sua troca ou a cada punção de acesso. Em situações especiais deverá ter o uso justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

11.10. Não serão remunerados nenhum tipo de dispositivo de segurança em seringas, agulhas, jelco, scalp entre outros, para proteção do profissional.

12. OPME (ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS):

12.1. As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) são insumos utilizados na assistência à saúde, relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

12.2. O procedimento cirúrgico deverá estar listado no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS. O profissional assistente deverá justificar clinicamente a sua indicação, incluindo as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME, oferecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, com a indicação dos seus preços de aquisição. Materiais de origem estrangeira que possuem registro válido na ANVISA serão considerados nacionalizados. Para a escolha do material e liberação do procedimento, será considerado o menor valor dentre os 03 (três). (Conforme Anexo 1).

12.3. Para o pagamento, será acrescida a taxa de compensação pela manutenção de estoque.

12.4. Para a análise dos orçamentos será exigido o descritivo do material com o respectivo código da ANVISA, logomarca do fornecedor, endereço e telefone da empresa fornecedora. Ao prontuário do paciente, deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/etiqueta/lacre de controle ou identificação com número, de forma a confirmar sua utilização, além de nota fiscal de todos os materiais a serem utilizados.

12.5. Os orçamentos deverão ser enviados pela CONTRATADA para o e-mail funsa.esgw@fab.mil.br, no prazo de 10 (dez) dias úteis de antecedência à utilização para procedimento eletivo, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise, com as informações conforme formulário de solicitação de autorização para OPME (Anexo 1).

12.6. Nos casos de cirurgias com uso de OPME, em caráter de urgência/ emergência, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, deverá ser utilizado material disponível.

12.7. A cirurgia em caráter de urgência/emergência deverá ser comunicada à SFUNSA, pelo e-mail: funsa.esgw@fab.mil.br em até 02 (dois) dias úteis após a realização do procedimento, com a cópia da descrição cirúrgica e justificativa médica para o uso do OPME.

12.8. Caso o prazo não seja cumprido, o OPME utilizado e suas justificativas deverão compor a fatura final, para a análise da auditoria retrospectiva e estará sujeita a glosa por falta de autorização.

12.9. Deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/lacre de controle ou identificação com número, no prontuário do paciente, de forma a confirmar sua utilização.

12.10. Fica definido o valor mínimo de OPME/Medicamentos de alto custo em R\$ 500,00 (quinhentos reais), não sendo necessária a solicitação de autorização prévia para valores inferiores.

12.11. É proibida a substituição ou troca de OPME previamente autorizado, excetuando-se os casos comprovadamente de intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico.

12.12. Em caso de troca de OPME motivada por intercorrência médica, a CREDENCIADA deverá comunicar ao GSAU-GW por escrito, através do e-mail funsa.esgw@fab.mil.br, em até 48 (quarenta e oito) horas úteis.

12.13. Falhas administrativas por parte da CREDENCIADA não serão consideradas como justificativa para troca de OPME, podendo resultar em glosa dos valores excedentes ao autorizado.

12.14. Para procedimentos cirúrgicos que envolvam utilização de OPME, é necessária a realização de radiografia ou outro exame que comprove a sua utilização, após o procedimento cirúrgico, estando assim sujeito a glosas.

13. MATERIAIS REPROCESSADOS

13.1. Para a utilização de material reprocessado, deverá seguir a normatização estabelecida pela ANVISA com atenção aos critérios para a proibição do processamento de um produto para saúde.

13.2. O material será considerado passível de reprocessamento, basicamente se as duas condições a seguir não forem evidenciadas:

13.3. Se o material constar da lista publicada pela RE/ANVISA 2605, de 11 de agosto de 2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, cujo reprocessamento é proibido; e

13.4. A rotulagem do produto apresentar os dizeres “Proibido Reprocessar”, conforme estabelece a RDC/ANVISA nº 156, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

13.5. O valor a ser pago, e desde que comprovada a sua utilização em boletim de sala dos atos cirúrgicos e procedimentos de SADT, e será remurada 1/3 do valor constante na tabela SIMPRO.

14. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNDO DE SAÚDE

14.1. Os seguintes materiais deverão ser considerados inclusos em itens já relacionados neste projeto básico, não podendo ser cobrados separadamente:

- a) Absorvente higiênico;
- b) Adesivo para fixação (micropore, esparadrapo, fita crepe, filmes transparentes);
- c) Água oxigenada;
- d) Algodão;
- e) Aquecedor e manta térmica;
- f) Bacia plástica;
- g) “Band-aid” ou curativos similares;
- h) Bandeja para raquianestesia;
- i) Bisturi descartável;
- j) Blood stop e equivalentes;
- k) Blusas descartáveis;
- l) Bolsa de água quente;
- m) “Bom ar” ou produtos similares;
- n) Bomba para ordenha;
- o) Borracha de silicone;
- p) Cabo bipolar;
- q) Cadeira de apoio para banho;
- r) Calçados ortopédicos;
- s) Campo cirúrgico operatório de qualquer tipo descartável ou esterilizável;
- t) Caneta para bisturi descartável;
- u) Cânula de Guedel;
- v) Capa de vídeo;
- w) Capa para microscópio;
- x) Cinta lombar;

- y) Colete lombar;
- z) Colchão de quaisquer tipo (piramidal, pneumático, casca de ovo e etc);
- aa) Compressa cirúrgica;
- ab) Conexão para aspiração, bomba e pressão;
- ac) Copo descartável;
- ad) Cotonete e cotonóide – pago apenas para oftalmologia;
- ae) Creme dental;
- af) Chuca/chupeta;
- ag) Degermantes e soluções para assepsia ou limpeza de superfícies;
- ah) Despesa de frigobar;
- ai) Dispositivo anti-trombolítico;
- aj) Eletrodos (exames e monitorização)
- ak) Escova de degermação;
- al) Escova de dente;
- am) Espéculo descartável;
- an) Esponja para banho;
- ao) Estabilizador de tornozelo;
- ap) Éter benzina e tintura de iodo;
- aq) Extensor para aspirador (qualquer tipo);
- ar) Extensor para gasoterapia (qualquer tipo);
- as) Faixa elástica pós-operatória;
- at) Filme endoscópio;
- au) Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas;
- av) Fitas de vídeo e CD, DVD;
- aw) Fixador de sonda;
- ax) Fixador de tubo traqueal;
- ay) Fixador externo (ortopedia);
- az) Formol;
- ba) Fralda descartável;
- bb) Frascos para exame;
- bc) Frasco coletor de secreção (vidro ou plástico)
- bd) Gaze radiopaca;
- be) Gaze não estéril;
- bf) Gel para biométrica;
- bg) Gerador de tecnécio;
- bh) Gesso sintético;
- bi) Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças;
- bj) Imobilizador;

- bk) Instrumento para tricotomia e barbear;
- bl) Lençol descartável;
- bm) Lenço umedecido;
- bn) Luva para aparelho de laparoscopia;
- bo) Luva de procedimento;
- bp) Loções hidratantes;
- bq) Manta de qualquer material, tipo ou finalidade;
- br) Manteiga de cacau;
- bs) Máscara laríngea;
- bt) Material de banho do RN;
- bu) Meia elástica, cinta, atadura e calça elástica;
- bv) Mercúrio de prata;
- bw) Micro por espaçador;
- bx) Muletas;
- by) Pasta gel;
- bz) Plug-adaptador com ou sem membrana para administração de medicamentos;
- ca) Papel higiênico;
- cb) Pijama descartável;
- cc) Pulseira de identificação;
- cd) Protetor labial e auricular;
- ce) Redutor trocáter;
- cf) Sabonete;
- cg) Sandálias para gesso e/ou palmilha para calcâneo;
- ch) Sensor infantil neonatal;
- ci) Sensor para oxímetro;
- cj) Talco;
- ck) Tampa cone Luer;
- cl) Tampa oclusora macho e fêmea (Combi-red / tampa para soro);
- cm) Tapoin;
- cn) Termômetros;
- co) Tipóias;
- cp) Toalha descartável e demais produtos com finalidade higiênica e cosmética; e
- cq) Transdutor isolador de pressão para máquina de hemodiálise.

ANEXO A – PESQUISA DE MERCADO

ESTUDO DE MERCADO					
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA SIMPRO	MOTIVO DO NÃO USO DA SIMPRO	DEFLATOR %	SIMPRO para OPME
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	SIM	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA SIMPRO	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 20%
HN HOME CARE	HOME CARE	SIM	*	10,00%	20,00%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	Simpro Pura	*	Sem Deflator (utiliza-se pura)	Não. OPME é NF + 15%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	SIM	*	20,00%	Não. OPME é NF + 10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	SIM	*	10%	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	SIM	*	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Sim	Não aplicável	20	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	Sim	*	20	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%

ESTUDO DE MERCADO						
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA CMED	MOTIVO DO NÃO USO DA CMED	BRASÍNDICE	MEDIC. RESTRITO HOSP	NF + %
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	NÃO	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA BRASINDICE	BRASÍNDICE PMC	PF+30%	NF+30%
HN HOME CARE	HOME CARE	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+20%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	Brasíndice PF + 10%	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (PF +10%)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de fábrica)	PF	NF
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 20%	NF+15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Não	Utilização do Brasíndice	Brasíndice PMC	Brasíndice PF + 10%	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	*	*	*	não usamos	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%

Comando da Aeronáutica Comando Geral do Pessoal Diretoria de Saúde GSAU-GW	GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO GAB	Número:
		Data:
Ao:		CPF/CNPJ:
Endereço:		Telefone:

Apresento a V. Sa. o Beneficiário a seguir identificado para ser submetido ao(s) seguinte(s) exame(s)/Tratamento(s)

Nome do beneficiário:			SARAM:
Grau de dependencia:	CPF:	Urgente:	Internação:
Nome do Titular:			
Posto/Graduação/Cat:	CPF:	Unidade:	

Especificações

Observações Não cobrar indenização ao Paciente	
---	--

Autorizo o(s) exames/tratamento(s) acima especificado(s)	Certifico que o(s) exame(s)/tratamento(s) acima especificado(s) foi(oram) realizado(s), conforme especificado nesta GAB
Assinatura do Comandante ou Diretor	Assinatura do responsável pelo paciente / Paciente

Esta guia tem validade de 60 (sessenta) dias a contar da data de emissão.

ANEXOS

- A. TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
- B. SOLICITAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
- C. FICHA SOCIAL
- D. TERMO DE CONSENTIMENTO E ADESÃO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
- E. RELATÓRIO GERENCIAL
- F. SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSO

ANEXO A

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

SARAM: _____ Idade: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundário: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE					
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR				SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?					
O domicílio é livre de risco?					
Existe algum impedimento para se deslocar até a organização de saúde?					
Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.					
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR					
	PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR			ATENDEMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
	24 HORAS	12 HORAS			
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza	
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia		Não utiliza	
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza	
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia			Até 4 vezes/dia	
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.					
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR					
ESTADO NUTRICIONAL	0 EUTRÓFICO	1 SOBREPESO/EMAGRECIDO	2 OBESO/DESNUTRIDO		
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0 SEM AUXÍLIO	1 ASSISTIDA	2 GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3	POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0 INDEPENDENTE	1 DEPENDENTE PARCIAL	2 DEPENDENTE TOTAL		
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0 0 - 1 INTERNAÇÃO	1 2 - 3 INTERNAÇÕES	2 > 3 INTERNAÇÕES		
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0 AUSENTE	1 ATÉ 5 VEZES AO DIA	2 MAIS DE 5 VEZES AO DIA		
LESÕES	0 NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS		
MEDICAÇÕES	0 VIA ENTERAL	1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE		
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO		
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2 COMATOSO		
PONTUAÇÃO FINAL:					
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicamentos Parenterais () Outros Programas			De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)			18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

** Consulte ESCORE KATZ no verso.

*** Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

Fonte: Nead

ANEXO A

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



ESCORE DE KATZ					
ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA 1 PONTO (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)		DEPENDÊNCIA 0 PONTO (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)		
BANHAR-SE	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.		NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.		
VESTIR-SE	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.		NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.		
IR AO BANHEIRO	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.		NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOLOU COMADRE.		
TRANSFERÊNCIA	SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.		NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.		
CONTINÊNCIA	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINARE E VACUAR).		É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.		
ALIMENTAÇÃO	LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.		NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.		
					PONTUAÇÃO KATZ:
CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4	DEPENDÊNCIA PARCIAL	< 2	DEPENDENTE TOTAL
Assinatura e Carimbo					Data

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 – Elegibilidade

- a) Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.
- b) Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência.
- c) Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

- a) Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

- a) Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação

atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

- i. Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
 - ii. 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
 - iii. 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermoclise.
- b) Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.
 - c) No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.
 - d) A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

ANEXO B

Data de Emissão: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	RELATÓRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	 FORÇA AEREA BRASILEIRA
---	---	---

Para o planejamento da Atenção Domiciliar devemos considerar as diversas modalidades disponíveis para suporte ao paciente em seu domicílio. Este formulário deve ser preenchido para todos os casos que tenham necessidade de suporte no ambiente domiciliar.

Observações:

1. Caso o paciente inicie o atendimento em domicílio sem a autorização da OC e homologação pela SARAM, poderá perder a elegibilidade para a Atenção Domiciliar.
2. Havendo suspensão do atendimento em domicílio, nova solicitação deverá ser realizada para análise da OC e homologação pela SARAM.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO					
Nome: <input style="width: 95%;" type="text"/>					
Idade: <input style="width: 30px;" type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SARAM: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Data de Nascimento: <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>	Telefone Residencial: <input style="width: 60px;" type="text"/>	Celular: <input style="width: 60px;" type="text"/>
Endereço para atendimento: <input style="width: 98%;" type="text"/>					
Município: <input style="width: 95%;" type="text"/>			Estado: <input style="width: 95%;" type="text"/>		
Responsável legal: <input style="width: 95%;" type="text"/>			Telefone: <input style="width: 60px;" type="text"/>	Celular: <input style="width: 60px;" type="text"/>	
E-mail: <input style="width: 98%;" type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cuidado domiciliar prévio		Se "Sim" especificar: <input style="width: 95%;" type="text"/>			
Tempo previsto para Atenção Domiciliar: <input style="width: 60px;" type="text"/>			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Possui cuidado prévio?		
Diagnóstico: <input style="width: 98%;" type="text"/>					
Antecedentes: <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> IRC Dialítica <input type="checkbox"/> IRC não Dialítica <input type="checkbox"/> AVCi <input type="checkbox"/> AVCh <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar <input type="checkbox"/> Outros					

Quadro clínico atual:

Suporte ventilatório:

Aspiração de vias aéreas x/dia
 Traqueostomia
 Ventilação Mecânica
 Cateter Nasal

Oxigênio contínuo L/min
 Oxigênio intermitente L/min

BIPAP Intermitente
 BIPAP contínuo
 CPAP intermitente
 Ventilação Mecânica Contínua

Terapia nutricional:

Oral
 SNE/SNG
 Jejunostomia
 Gastrostomia
 NPT
 Dieta enteral industrializada

Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade

Medicação - dosagem e frequência de utilização:

--

EV
 IM
 SC

Acesso venoso:

Periférico
 Central

Especificar::

--

SVA intermitente x/dia
 SVD
 Diálise Peritonial
 Cistostomia

Ileostomia
 Colostomia

	<p>Curativo:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Descrição da(s) lesão(s):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tratamento proposto:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Necessidade de equipamentos especiais:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Especificar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Plano de Atenção Domiciliar</p>	<p>Prescrição médica:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Suporte de oxigênio:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Cilindro de O2 <input type="checkbox"/> Concentrador de O2</p> <p>Recurso humano sugeridos:</p> <p><input type="checkbox"/> Visita médica: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Visita de Enfermagem: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Visita de Nutricionista: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia respiratória: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia motora: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fonoaudiologia: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia ocupacional: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem _____ (horas/dia)</p> <p><input type="checkbox"/> Psicologia: Frequência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outro profissional: _____</p>

Assistência prestada por:

OSA Rede credenciada Ressarcimento

Empresa prestadora do serviço:

Observações da OC:

ANEXO C

Data de Emissão: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	RELATÓRIO SOCIAL	 FORÇA AÉREA BRASILEIRA
--	------------------	---

Observação:

1. Documento elaborado por assistente social a partir da visita domiciliar, onde são avaliados critérios de cunho socioeconômico e ambiental, sendo e critérios fundamentais e parte integrante da elaboração do plano de atendimento ao est

paciente portador de doenças crônicas. O critério sócio-econômico tem o propósito de avaliar a capacidade do beneficiário e/ou seu responsável de custear os itens não cobertos pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica e a manutenção da infraestrutura domiciliar necessária à assistência.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO																					
Nome: <input style="width: 95%;" type="text"/>																					
Idade: <input style="width: 40%;" type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SARAM: <input style="width: 40%;" type="text"/>	Data de Nascimento: <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/>	Telefone Residencial: <input style="width: 40%;" type="text"/>	Celular: <input style="width: 40%;" type="text"/>																
Endereço residencial: <input style="width: 95%;" type="text"/>																					
Município: <input style="width: 95%;" type="text"/>			Estado: <input style="width: 95%;" type="text"/>																		
Responsável legal: <input style="width: 95%;" type="text"/>				Telefone: <input style="width: 40%;" type="text"/>	Celular: <input style="width: 40%;" type="text"/>																
E-mail: <input style="width: 95%;" type="text"/>																					
Procuração/Certidão de Curatela <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																					
Especificar: _____																					
Estrutura familiar:																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Nome</th> <th style="width: 15%;">Parentesco</th> <th style="width: 10%;">Idade</th> <th style="width: 25%;">Profissão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Nome	Parentesco	Idade	Profissão												
Nome	Parentesco	Idade	Profissão																		
Situação habitacional:																					
Residência: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Fácil acesso <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Outros <input style="width: 150px;" type="text"/>																					

Infraestrutura: <input type="checkbox"/> Um cômodo <input type="checkbox"/> Até 3 cômodos <input type="checkbox"/> Mais de 3 cômodos <input type="checkbox"/> Cômodo adequado para receber o paciente <input type="checkbox"/> Falta de luz frequente	
Saneamento básico: <input type="checkbox"/> Água encanada <input type="checkbox"/> Esgoto <input type="checkbox"/> Coleta de lixo regular	
Situação de saúde: Possui dependentes com problemas de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Observações: <input type="text"/> <input type="text"/>	
Tipo de solicitação	<input type="checkbox"/> Atenção domiciliar <input type="checkbox"/> ILPI
Condição favorável para o custeio: <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso crônico <input type="checkbox"/> Materiais de higiene pessoal <input type="checkbox"/> Fralda descartável <input type="checkbox"/> Pomada preventiva de assadura <input type="checkbox"/> Locação de equipamentos <input type="checkbox"/> Energia elétrica <input type="checkbox"/> Material para limpeza do ambiente <input type="checkbox"/> outros	
Observação: <i>Considerar o aumento do consumo de energia elétrica por necessidade de utilização de equipamentos especiais, tais como: respirador, concentrador de oxigênio, bomba infusora e outros.</i>	
Justificativa para indicação social de ILPI: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Parecer Social:

Local e data:

--	--	--	--

Hora

--	--

 :

--	--

 h

Carimbo do Oficial

ANEXO D

Data de Emissão: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	TERMO DE CONSENTIMENTO E ADESÃO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	 FORÇA AÉREA BRASILEIRA
--	---	---

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO					
Nome:					
<input type="text"/>					
Idade:	Sexo:	SARAM:	Data de Nascimento:	Telefone Residencial:	Celular:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endereço residencial:					
<input type="text"/>					
Município:			Estado:		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Responsável legal:			Telefone:		Celular:
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-mail:					
<input type="text"/>					
Identificação do familiar ou responsável que permanecerá no domicílio em período integral:					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Declaro que, de livre e espontânea vontade, opto pela continuidade do tratamento em regime domiciliar e que foi passado amplo conhecimento acerca de seus objetivos. Comprometo-me a participar efetivamente da Atenção Domiciliar e acompanhar as ações que serão desenvolvidas pela equipe multidisciplinar. Declaro, ainda, estar ciente e concordar com as condições abaixo especificadas:

1. Plano de Atenção Domiciliar (PAD) proposto pela Organização Credenciante (OC);
2. Existência de um familiar ou responsável em período integral na residência, para início e manutenção da atenção domiciliar;
3. Devem ser autorizadas visitas ao domicílio e ao paciente por auditores da OC responsável, sempre que esta considerar necessário;
4. É vedada a implementação de qualquer atendimento de saúde sem a autorização prévia da OC;
5. Deve ser disponibilizado meio de contato que permita à OC entrar em contato com o beneficiário e/ou seu representante legal, sempre que necessário;
6. Deve ser mantido, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da atenção domiciliar e providenciar as adaptações necessárias na residência para o atendimento do paciente;
7. O responsável legal ou o Cuidador designado por ele deverá assumir progressivamente as responsabilidades no tratamento do paciente, de modo a estarem aptos para a execução dos cuidados básicos que não requeram assistência técnica profissional;
8. As despesas com o Cuidador, se existirem, e encargos trabalhistas, se houverem, serão de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal;
9. O início da prestação dos serviços de atenção domiciliar e/ou a alteração do Plano de Atenção Domiciliar sem homologação

prévia da SARAM e sem formalização da autorização prévia pela Organização Credenciante serão caracterizadas como livre escolha pelo beneficiário/responsável pelo paciente, situação em que o COMAER fica desincumbido da responsabilidade de arcar com as despesas decorrentes disso;

10. A solicitação de ressarcimento de despesas relacionadas ao uso de serviços de atenção domiciliar oferecidos pela OSA local ou por prestador credenciado será caracterizada como livre escolha pelo beneficiário/responsável pelo paciente, situação em que o COMAER fica isento da responsabilidade de arcar com as despesas decorrentes disso;

11. A Atenção Domiciliar tem a previsão de redução gradual da assistência prestada, de acordo com a evolução clínica do paciente e mediante avaliação e indicação da equipe multiprofissional, podendo, inclusive, evoluir para alta da atenção domiciliar;

12. As medicações profiláticas e de uso contínuo e/ou uso crônico (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, entre outros), fraldas descartáveis, pomadas preventivas, hidratantes, materiais de higiene pessoal, materiais de limpeza do ambiente e a compra/locação de termômetro, aparelho de pressão, nebulizador, escadas, bengalas, muletas, andador, comadre/papagaio, colchões, cadeira higiênica, cadeira de rodas ou equipamentos similares aos aqui descritos deverão ser custeados pelo beneficiário ou seu representante legal;

13. A Atenção Domiciliar cessará nos seguintes casos: reinternação hospitalar; alcance da estabilidade clínica; cura; pedido do paciente e/ou responsável; não adesão, pelo paciente ou família, do plano terapêutico proposto; mudança de domicílio para fora da área de abrangência regional da Organização Credenciante ou para local inapropriado à atenção domiciliar e óbito;

14. Nos casos de urgências/emergências, a comunicação do fato à OC/OSA, deverá ser imediata e será de responsabilidade do responsável do paciente.

15. – A não adesão ao PAD, em caso de reativação ou alteração, dentro do prazo máximo de 7 (sete) dias a partir da data da comunicação pela OC, em quaisquer das modalidades de atenção domiciliar, resultará em arquivamento do processo e implicará na suspensão do serviço.

Contato da OC para comunicação de intercorrências: _____

Por estar perfeitamente entendido e de acordo com todos os termos deste documento, assino abaixo em duas vias de igual teor, para todos os efeitos jurídicos e legais, na presença de duas testemunhas.

ASSINATURAS:

Paciente ou Responsável Legal

Testemunha (1)

Identidade nº:(RG)

Testemunha (2)

Identidade nº:(RG)

Local e data: _____, ____/____/____

Hora ____:____ h

Observações da OC:

Local e data: _____, ____/____/____

Hora ____:____ h

Carimbo do Oficial

ANEXO E

Mês de referência para homologação: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	RELATÓRIO GERENCIAL	 FORÇA AÉREA BRASILEIRA
--	---------------------	---

Observações:

1. No Relatório Gerencial, deverá constar um relato objetivo sobre o quadro clínico do paciente e plano terapêutico proposto, especificando o atendimento do profissional e sua frequência de atuação, bem como as suas devidas atualizações.
2. Em caso de necessidade de alteração do plano terapêutico original, deverá ser também enviada à SARAM a Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar (ANEXO A) atualizada.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	
Nome: <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
SARAM: <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	Data de Nascimento: <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>
Data de Admissão na AD: <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>	
Titular: <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Assistência prestada por <input type="checkbox"/> OSA <input type="checkbox"/> Rede credenciada <input type="checkbox"/> Ressarcimento	
Empresa prestadora do serviço: <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Diagnóstico: <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Antecedentes: <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> IRC Dialítica <input type="checkbox"/> IRC não Dialítica <input type="checkbox"/> AVCi <input type="checkbox"/> AVCh <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar <input type="checkbox"/> Outros	
Quadro clínico atual: <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Curativo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Descrição da(s) lesão(s): <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Tratamento proposto: <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	

Plano de Atenção Domiciliar	<p>Pontuação do anexo A: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Suporte de oxigênio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Cilindro de O2 <input type="checkbox"/> Concentrador de O2</p> <p>Recursos humanos sugeridos:</p> <p><input type="checkbox"/> Visita médica: Frequência <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Visita de Enfermagem: Frequência <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Visita de Nutricionista: Frequência <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia respiratória: Frequência <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia motora: Frequência <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Fonoaudiologia: Frequência <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Terapia ocupacional: Frequência <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> (horas/dia)</p> <p><input type="checkbox"/> Psicologia: Frequência <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Outro profissional: <input style="width: 300px; height: 15px;" type="text"/></p>
Observações da OC:	

Local e data: , / /

Hora: : h

Carimbo do Oficial

ANEXO F

Data de Emissão: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	RELATÓRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSO	 FORÇA AÉREA BRASILEIRA
--	--	---

Este formulário deve ser preenchido para todos os casos que tenham necessidade de internação em ILPI.

Observações

1. Serão autorizados para internação em ILPI, os idosos que necessitem de assistência de saúde multiprofissional especializada, em grau II e III de dependência, cuja condição clínica, social e administrativa impossibilitem a permanência na residência ou em OSA, conforme relatório social (ANEXO C).

2. É de observância obrigatória pela OC que, para a autorização de internação em ILPI, a instituição prestadora do serviço deverá emitir nota fiscal cuja descrição de sua atividade econômica principal seja, instituição de longa permanência para idosos, código 87.11-5-02 0.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO					
Nome: <input style="width: 95%;" type="text"/>					
Idade: <input style="width: 20%;" type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SARAM: <input style="width: 20%;" type="text"/>	Data de Nascimento: <input style="width: 10%;" type="text"/> / <input style="width: 10%;" type="text"/> / <input style="width: 10%;" type="text"/>	Telefone Residencial: <input style="width: 20%;" type="text"/>	Celular: <input style="width: 20%;" type="text"/>
Responsável legal: <input style="width: 95%;" type="text"/>			Telefone: <input style="width: 20%;" type="text"/>		Celular: <input style="width: 20%;" type="text"/>
Procuração/Certidão de Curatela <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Especificar: _____					
ILPI prestadora do serviço: <input style="width: 95%;" type="text"/>			CNPJ: <input style="width: 95%;" type="text"/>		
Endereço: <input style="width: 95%;" type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Credenciada <input type="checkbox"/> Ressarcimento					
Diagnóstico Principal:					
<input style="width: 95%;" type="text"/>					
<input style="width: 95%;" type="text"/>					
<input style="width: 95%;" type="text"/>					
<input style="width: 95%;" type="text"/>					
Antecedentes:					
<input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> IRC Dialítica <input type="checkbox"/> IRC não Dialítica <input type="checkbox"/> AVCi <input type="checkbox"/> AVCh					
<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar					
<input type="checkbox"/> Outros					

Grau de dependência do idoso:

a) Grau de dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda (bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeiras de rodas);

b) Grau de dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária (tais como alimentação, mobilidade, higiene); sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; e

c) Grau de dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Quadro Clínico Atual:

Integridade cutânea:

Preservada:

Sim Não

Descrição da lesão (s) e tratamento proposto:

Indicação clínica para ILPI:

Assistência multiprofissional indicada:

Observações da OC:

Local e data: , / /

Hora: : hs

Carimbo do Oficial

**Anexo III - Referencial de Custos - INTERNAÇÃO
CLINICA E ESPECIALIZADA.pdf**



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INTERNAÇÃO CLÍNICA E ESPECIALIZADA HOSPITALAR

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento complementa a internação clínica e especializada hospitalar, precificação dos serviços, medicamentos, materiais e procedimentos abrangidos pelo credenciamento de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW), com base no Termo de Referência deste credenciamento.

1.2. A internação clínica e especializada hospitalar está configurada dentro de uma estratégia de cuidados de saúde do SISAU, com vista ao atendimento hospitalar fora da rede SISAU quando a rede própria não tenha como atender ao usuário em suas devidas necessidades.

1.4. Esse tipo de assistência na rede complementar sempre dependerá de autorização prévia do GSAU-GW conforme estabelecido no Termo de Referência.

1.5. Composição das taxas:

1.5.1. **Quarto Semi-privativo: (02 leitos):** composto de quarto coletivo com banheiro coletivo, sem acompanhante, exceto os previstos em lei e mobiliário necessário.

1.5.2. **Quarto Privativo (01 leito):** aposento com banheiro privativo, acomodação para acompanhante, ar-condicionado, telefone e frigobar.

1.5.3. **Berçário de cuidados semi-intensivos/patológico:** quarto para atendimento a recém-nascidos com patologias que requeiram cuidados especiais (mãe internada ou não).

1.5.4. **Hospital-Dia:** compreende a ocupação de um leito por um tempo máximo de até 12 (doze) horas, independente do horário de admissão ou do tipo de atendimento prestado.

1.5.4.1. Para os pacientes que permanecerem internados por um período inferior a 12 (doze) horas, será cobrado a modalidade de HOSPITAL DIA.

1.5.4.2. Para os pacientes internados na modalidade de HOSPITAL DIA, as acomodações obedecerão aos padrões de quarto privativo e semi-privativo.

1.5.5. **Diária Hospitalar:** Entende-se por diária hospitalar a admissão do paciente pela enfermagem e a ocupação de um leito de internação por um período de tempo a partir de 12 (doze) horas.

1.5.6. **Isolamento:** alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da comissão de controle de infecção hospitalar.

1.5.7. **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente, de acordo com a Portaria nº 3.432 de 12/08/98 do Ministério da Saúde, em vigor.

1.5.8. **Alojamento Conjunto:** mãe internada e recém-nascido acomodados no mesmo aposento, indiferente de onde forem realizados os procedimentos padrões no recém-nascido.

1.5.9. As unidades hospitalares que não tiverem acomodações específicas para o posto/graduação acima descritos poderão internar em acomodações similares ou superiores, porém a cobrança deverá ser efetuada baseada nos padrões de acomodações acima descritos e conforme o plano de cada beneficiário.

1.6. São considerados assistência de enfermagem:

1.6.1. Preparo e administração de medicamentos por todas as vias, assim como trocas de frascos para soroterapia ou para dietas orais, gastrostomias, jejunostomias, enterais e parenterais;

1.6.2. Controle de sinais vitais (pressão arterial não invasiva e invasiva, verificação de Pressão Intracraniana (PIC), Pressão Intrabdominal (PIA), capnografia, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via);

1.6.3. Controle de balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC e de gerador de marca-passo, dentre outros;

1.6.4. Banho no leito, de imersão ou de aspersão;

1.6.5. Instalação e controle de monitorização cardíaca, irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalações, curativos e de glicemia;

1.6.6. Manutenção da permeabilização de cateteres, tricotomia, curativos, mudança de decúbito e locomoção interna do paciente;

1.6.7. Serviço de enfermagem do procedimento;

1.6.8. Assepsia e antisepsia (inclui a equipe, paciente e inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis);

1.6.9. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;

1.6.10. Esterilização/desinfecção de instrumentais;

1.6.11. Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo (alguns exemplos: enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico);

1.6.12. Cuidados e higiene pessoal do paciente e desinfecção ambiental (está incluído o material utilizado);

1.6.13. Preparo de corpo em caso de óbito;

1.6.14. Transporte dos equipamentos, como Raio-X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros;

1.6.15. Enfaixamento e Contenção;

1.6.16. Prescrição/Anotação de Enfermagem;

1.6.17. Verificação de medidas antropométricas;

1.6.18. Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, pro pé, dispositivo para descarte de material perfurocor-tante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32. (base legal: NR6, NR9, NR32);

1.6.19. Coleta de exames laboratoriais.

1.7. Taxas de sala

1.7.1. Para o pagamento de todas as despesas realizadas no centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica; hemodinâmica; quimioterapia; e pronto socorro/pronto atendimento será obrigatório o preenchimento dos seguintes critérios:

1.7.2. Identificação completa e legível do paciente nos impressos: boletim anestésico, descrição cirúrgica, folha de transoperatório de enfermagem e de admissão em Sala de Recuperação Pós-anes-

tésica;

1.7.3. Data, hora do início e término do ato cirúrgico e da anestesia; Equipe envolvida devidamente identificada no boletim anestésico e na descrição cirúrgica;

1.7.4. Assinatura e número do registro no Conselho Profissional de Classe dos profissionais que efetivamente participaram do ato cirúrgico e anestésico nas respectivas folhas de registro;

1.7.5. Descrição legível e detalhada, sem rasuras, da técnica anestésica, técnica cirúrgica, incluindo órteses e próteses, materiais especiais utilizados e suas quantidades;

1.7.6. No boletim anestésico deverá constar a descrição legível, sem rasuras, das medicações, infusões por via parenteral, gases e materiais com as quantidades utilizadas durante o ato cirúrgico. Deverá ser registrado o tempo de gases e inalantes utilizados como respectivo preenchimento do gráfico específico;

1.7.7. Na folha de prescrição médica deverão estar registrados pela equipe de enfermagem, a data, o horário, a checagem das medicações, soluções, gases, materiais e os equipamentos utilizados;

1.7.8. Não serão aceitas anotações e checagem de medicações apresentadas com rasuras;

1.7.9. Anotar todos os equipamentos utilizados durante o ato anestésico e cirúrgico;

1.7.10. Não será aceita, para fins de cobrança, a prescrição de medicamentos em folha de gastos de sala cirúrgica, mesmo que a referida esteja assinada pelo médico-assistente;

1.7.11. Quando for realizado mais de um procedimento, simultaneamente, seja a mesma equipe ou equipes distintas, por vias de acesso iguais ou diferentes, será paga uma única taxa de sala, a qual corresponde à cirurgia de maior porte;

1.7.12. Não será paga taxa de reprocessamento de material;

1.7.13. Nas cirurgias infectadas, não será cobrado nenhum acréscimo no valor da taxa de sala;

1.7.14. Considera-se no honorário do anestesiológico:

1.7.14.1. no Aposento: visita pré-anestésica incluindo a prescrição, com letra legível e sem rasuras;

1.7.14.2. no Centro Cirúrgico: prescrição com letra legível, sem rasuras, e administração de medicações, soluções, hemoderivados, gases, monitorização clínica e manejo de vias aéreas; e

1.7.14.3. na Sala de Recuperação Pós-Anestésico: prescrição de forma legível e sem rasuras de medicamentos, soluções, hemoderivados, gases utilizados, monitorização clínica até a recuperação da consciência, estabilidade dos parâmetros vitais e a alta da sala de recuperação pós-anestésico.

2. ÍNDICES E VALORES

2.1. Procedimentos Médicos

2.1.1. Os procedimentos médicos e os procedimentos de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), Consultas Médicas e Exames Complementares serão pagos de acordo com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 2014) como referencial com deflator de 20% (vinte por cento) no porte e no UCO – Unidade de Custo Operacional previstas nesta.

2.1.2. Somente serão aceitos procedimentos cobertos pelo Rol da Agência Nacional de Saúde – ANS atualizado e de acordo com as restrições e limitações de cobertura estabelecidas na legislação destinada a regulamentar os sistemas SARAM, FUNSA e SISAU. Os procedimentos que constarem no Rol de procedimentos e não constem na tabela negociada serão objeto de aditivo, sendo analisado caso a caso.

VALORES DE PORTE– CBHPM 2014							
1A	R\$ 14,49		5C	R\$ 328,54		10B	R\$ 1.088,81

1B	R\$ 28,97		6A	R\$ 357,84		10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47		6B	R\$ 393,51		11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96		6C	R\$ 430,43		11B	R\$ 1.402,08
2B	R\$ 76,40		7A	R\$ 464,82		11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42		7B	R\$ 514,48		12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55		7C	R\$ 608,70		12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87		8A	R\$ 657,11		12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83		8B	R\$ 688,94		13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22		8C	R\$ 730,96		13B	R\$ 2.535,46
4B	R\$ 235,60		9A	R\$ 776,82		13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,16		9B	R\$ 849,41		14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52		9C	R\$ 935,98		14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45		10A	R\$ 1.004,76		14C	R\$ 3.750,34
UCO – R\$ 16,15							
Deve ser aplicado o deflator de 20%, nos valores de POR-TE e UCO.							

2.2. Os preços aqui apresentados representam o valor máximo aceitável pela CREDENCIANTE.

DIÁRIAS DE ACOMODAÇÃO EM CLÍNICA		
CÓDIGO	TIPO	VALOR
01	APARTAMENTO INDIVIDUAL	R\$ 720,65
02	ENFERMARIA SIMPLES – ALOJAMENTO CONJUNTO	R\$ 418,07
03	DIÁRIA DE ISOLAMENTO ENFERMARIA ADULTO/PEDIATRIA	R\$ 774,22
04	HOSPITAL – DIA ENFERMARIA	R\$ 402,60
05	BERÇÁRIO SIMPLES	R\$ 294,25
06	BERÇÁRIO DE CUIDADOS SEMI INTENSIVOS/PATOLÓGICO	R\$ 732,16
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE DIÁRIAS HOSPITALARES		
<p>1. Diárias Básicas (Quarto privativo, quarto semi-privativo, quarto semi-privativo psiquiátrico, berçário semi-intensivo e alojamento conjunto):</p> <p>1.1. Compreende:</p> <p>a) Serviço de Governança e Hotelaria dos acompanhantes previstos em Lei;</p> <p>b) Aposentos com móveis padronizados (ex.: cama, berço comum);</p> <p>c) Roupa de cama e banho para o paciente e acompanhante (no caso de direito a acompanhante), conforme padrão interno;</p> <p>d) Higienizações concorrente e terminal, incluindo materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;</p>		

- e) Dieta do paciente por via oral e administração oral.
- f) Cuidados de enfermagem;
- g) Paramentação (máscara, gorro, pro pé, avental) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;
- h) Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; algodão para medicação parenteral e punções venosas; antissépticos em geral, curativos pós-aplicação/punção, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;
- i) Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;
- j) Higiene pessoal do paciente, incluindo materiais como: espátula, gaze, pasta dental, sabonete, creme/loções/óleo hidratantes, higienizante bucal, lâmina de barbear;
- k) Serviços e taxas administrativas (registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós-morte;
- l) Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), inclusive os de uso em preparo e administração de Quimioterapia (luvas para proteção contra riscos biológicos e físicos, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental e gorro);
- m) Atendimento médico por plantonista de intercorrências clínicas à beira do leito;
- n) Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, PVPI, clorexidina, qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- o) Monitor multiparâmetro, que no mínimo forneça oximetria, pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura corporal; inclui eletrodos;
- p) Oxímetro de pulso;
- q) Gasômetro;
- r) Capnógrafo;
- s) Cama hospitalar de qualquer tipo;
- t) Todos os tipos de colchões (piramidal e pneumático) e seu protetor de quaisquer tipo;
- u) Desfibrilador e cardioversor;
- v) Bombas de infusão;
- w) Aspirador a vácuo, elétrico ou ultrassônico;
- x) Coletor de secreção de qualquer tipo;
- y) Bandejas de curativo, infiltração/punção articular;
- z) Bandeja de monitorização de pressão invasiva;
- aa) Bandeja de pequena cirurgia;
- ab) Bandeja de sondagem vesical;
- ac) Bandeja de dissecação/ punção lombar e de subclávia;
- ad) Tracionador esquelético;
- ae) Nebulizador/ Inalador (aparelho e kit) e gases para nebulização;
- af) Incubadora e berço aquecido;
- ag) CPAP Nasal, umidificador neonatal e capacete de HOOD (aparelhos e circuitos);
- ah) Equipamentos para Fototerapia (Convencional/ Bilispot/ bilitron/biliberço/ entre outros);

ai) Transporte e taxa de utilização de equipamentos em UTI, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico e Pronto-Socorro: aparelho de radiografia, eletrocardiógrafos, ultrassonografia, desfibrilador, monitores, endoscópios;

aj) Necrotério e a sala de necrópsia;

ak) Estão inclusos os demais materiais permanentes e aparelhos indispensáveis ao bom atendimento do paciente em todas as acomodações (respirador/ventilador mecânico, monitor multiparâmetro e oxímetro de pulso e sonar).

al) Não será permitida a cobrança de taxas de sala para Serviço Técnico de Apoio a Diagnose e Terapia (SADT) e tratamentos especializados realizados à beira do leito;

am) Não serão pagos os valores adicionais para o uso de equipamentos em qualquer horário considerado urgência/emergência, ou ainda nos finais de semana ou feriados;

an) Avaliação e acompanhamento pelo nutricionista;

ao) Honorários médicos durante as emergências/ intercorrências clínicas. Estes, só serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante; e

ap) A heparinização de cateter implantável é parte integrante do procedimento, quando realizados no mesmo momento. Não cabe a remuneração do procedimento durante a aplicação de medicamentos.

1.2. Não Compreende:

a) Dietas enterais industrializadas, parenterais manipuladas e suplementos especiais, com autorização prévia, via sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia, via oral;

b) Enfermagem particular que deverá ser cobrada diretamente do paciente ou responsável;

c) Materiais descartáveis não relacionados como compreendidos;

d) Medicamentos;

e) Hemocomponentes e hemoderivados;

f) Equipamentos e aparelhos para tratamento e diagnóstico;

g) Oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, óxido nitroso (protóxido de azoto), óxido nítrico, demais gases e vácuo; excluindo os utilizados em nebulização/inalação;

h) Exames para diagnóstico (exceto os exames a seguir que não pagos, conforme respectivas Leis - Teste da Orelhinha conforme Lei 12.303 de 02 de agosto de 2010; Teste do Coraçãozinho conforme Lei 15.302 de 12 de janeiro de 2014, Teste do Olhinho conforme Lei 4.090 de 2015 e Teste do Pezinho conforme Lei Federal 3.914/1983), sessões fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e Terapia ocupacional;

i) Honorários médicos;

j) Procedimentos médicos realizados nas unidades de internação; e

k) Os honorários serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

2. Diárias de isolamento básicas: quarto privativo, quarto de enfermaria ou para transplantes

2.1. Compreende:

a) Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;

b) Itens permanentes da acomodação (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz.

2.2. Não compreende:

- a) Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas.

DIÁRIAS DE ACOMODAÇÃO EM UTI		
01	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI ADULTO	R\$ 1.588,40
02	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI ADULTO – ISOLAMENTO	R\$ 1.890,52
03	UNIDADE CORONARIANA INTENSIVA – UCO ADULTO	R\$ 2.100,00
04	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI NEONATAL	R\$ 1.615,36
05	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI NEONATAL – ISOLAMENTO	R\$ 1.906,28
07	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI PEDIÁTRICA	R\$ 1.443,50
08	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI PEDIÁTRICA – ISOLAMENTO	R\$ 1.827,04

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE DIÁRIAS HOSPITALARES EM UTI**1. Diárias de UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): ADULTO, CORONÁRIO, PEDIÁTRICO e NEONATAL/ISOLAMENTO:****1.1 Compreende:**

- a) Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;
b) Respirador/ventilador; e
c) Monitor de Pressão Arterial Invasiva, de Pressão intracraniana e da Pressão Intra-abdominal.

1.2. Não Compreende:

Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas;

Obs.1: Unidades de Terapia Intensiva especializadas, tais como neurológica ou outras, devem ter o mesmo tratamento da UTI adulto.

Obs 2: Pacientes internados em UTI Pediátrica e Neonatal, que por lei tem direito a acompanhante, será coberto serviço de governança e hotelaria para 01 (um) acompanhante.

2. Diárias de ISOLAMENTO DE UTI ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL:**2.1. Compreende:**

- a) Todos os itens compreendidos nas diárias de UTI Adulto, Infantil, Pediátrico e UTI Neonatal;
b) Paramentação (máscara, gorro, propé, avental), descartável ou não, utilizada pelo acompanhante/visitantes;
c) Itens permanentes da acomodação (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz.

2.2. Não Compreende:

- a) Todos os itens não compreendidos nas diárias de UTI Adulto, Pediátrico e UTI Neonatal.

TABELA DE HONORÁRIOS**MÉDICO GENERALISTA E QUALQUER OUTRA ESPECIALIDADE**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
---------------	------------------	--------------

10101039	CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO	CBHPM 2014
10101039	VISITA MÉDICA EM PACIENTE INTERNADO UTI E ENFER-MARIA	CBHPM 2014
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS		
<p>1. As consultas realizadas em pronto-socorro (urgência/emergência), (código: 10101039), serão remuneradas de acordo com o porte da tabela CBHPM 2014, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 16,15 (dezesseis reais e quinze centavos), com deflator de 20% no porte e no UCO.</p> <p>2. Caso o paciente após receber alta do atendimento no Pronto-Socorro/ Pronto Atendimento, retornar ao credenciado no prazo de 24h (vinte e quatro horas) com a mesma patologia, não será considerado novo honorário médico.</p> <p>3. As consultas a pacientes em hospital (internados) e as consultas realizadas em pronto-socorro (urgência/ emergência) serão pagas como referencial, a tabela – CBHPM 2014 com deflator de 20% no porte e no UCO.</p>		

TAXAS DE SALA E DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS, E DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/ PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60015292	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO ENDOVENOSA (EV)	TAXA	R\$ 12,79
60015322	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRA-MUSCULAR (IM)	TAXA	R\$ 11,29
60015357	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA (SC)	TAXA	R\$ 9,81
60015438	APLICAÇÃO VIA RETAL	TAXA	R\$ 11,41
	HEPARINIZAÇÃO DE CATETER (fora dos ciclos de quimioterapia)	TAXA	R\$ 426,68
60035153	GLICEMIA POR GLUCOMETER EM TODOS OS SETORES (material incluso)	TAXA	R\$ 38,31
60023899	RETIRADA DE PONTOS (material incluso)	TAXA	R\$ 14,02
60000414	SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA (material incluso)	TAXA	R\$ 95,80
60023236	RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA (material incluso)	TAXA	R\$ 94,34
60022264	RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA (material incluso)	TAXA	R\$ 41,68
60023279	SALA DE EMERGÊNCIA	TAXA	R\$ 210,72
60033690	SALA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/ PRONTO ATENDIMENTO (PA) – POR HORA	HORA	R\$ 29,10
60023384	SALA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	TAXA	R\$ 203,23
60023333	SALA DE TRANSFUSÃO AMBULATORIAL (sangue/ derivados)	TAXA	R\$ 69,18
60023546	SONDAGEM NASOENTERAL	TAXA	R\$ 37,57
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE TAXAS			
1. TAXA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA:			
1.1. Compreende:			
a) Uso da sala, instrumental básico para realização do procedimento (mesa, maca, serra de gesso, aventais e campo de proteção não descartáveis, luvas e óculos de proteção para o médico e			

funcionários);

- b) Serviços do “técnico de gesso”;
- c) Gesso e demais materiais descartáveis ou insumos necessários ao procedimento;
- d) Taxa de sala de gesso será remunerada nos seguintes casos;
- e) Imobilizações descartáveis, reutilizáveis, plásticas e sintéticas; e
- f) Enfaixamentos.

1.2. Não Compreende:

- a) Honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.
- b) Retirada de gesso, quando o aparelho gessado tiver sido colocado pela CONTRATADA.

2. TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS/TAXA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/PRONTO ATENDIMENTO (PA):

2.1. Não será remunerado período de Taxa de Observação em Pronto-Socorro/pronto atendimento para usuários que estiverem apenas aguardando resultado de exames.

2.2. Compreende:

- a) Cuidados de enfermagem descritos no item 1.6.;
- b) Instalações da sala;
- c) Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes aos procedimentos;
- d) Dosador para medicação; copos descartáveis; algodão; material para curativos pós-aplicação; materiais e soluções antissépticas e produtos de higiene do paciente;
- e) Aspiração;
- f) Aspirador elétrico, a vácuo ou ultrassônico;
- g) Bandejas de curativo;
- h) Bandeja de infiltração/punção articular;
- i) Bandeja de punção lombar;
- j) Bandeja de pequena cirurgia; Mesa de Mayo;
- k) Bomba de Infusão;
- l) Bandeja de subclávia;
- m) Desfibrilador e Cardioversor;
- n) Equipamento de reanimação cardiorrespiratória;
- o) Escadinha; Suporte para soro.
- p) Eletrocautério;
- q) Focos luminosos;
- r) Instalação de soro;
- s) Kit de roupa de cama;
- t) Lavagem e Aspiração Traqueal, Gástrica, Intestinal, Retal;
- u) Limpeza e desinfecção do ambiente;
- v) Materiais descartáveis: gorro, touca, pro pé, luva de procedimento não-estéril, máscara,

avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão, utilizada pela equipe multidisciplinar e pelo paciente;

x) Materiais permanentes: Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;

w) Monitor Simples e Multiparâmetro, inclui eletrodos;

y) Nebulizador/ inalador de qualquer tipo;

z) Oxímetro;

2.3. Não Compreende:

a) Medicamentos;

b) Materiais descartáveis;

c) Honorários Médicos. Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

3. TAXA DE SALA DE EMERGÊNCIA

3.1. Compreende:

a) Todos os itens compreendidos na taxa de observação em Pronto Socorro/ Pronto Atendimento;

b) Qualquer tipo de Aspirador;

c) Bomba de Seringa e bomba de infusão;

d) Capnógrafo;

e) Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes ao atendimento de emergência;

f) Equipamentos modulares que contemplem os itens anteriores;

g) Instalações da sala de emergência;

h) Monitor de P.A. não invasiva e invasiva;

i) Respirador/Ventilador;

j) Serviços de enfermagem inerentes ao atendimento de emergência;

k) Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e de enfermagem (ex. Bandeja).

3.2. Não Compreende:

a) Medicamentos;

b) Materiais descartáveis; e

c) Honorários Médicos. Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

4. GLICEMIA CAPILAR POR GLUCOMETER

4.1. Será remunerado por uso, desde que prescrito e confirmada a realização.

4.2. Aplica-se esse pacote, para o procedimento em todos os setores; e

4.3. Compreende: algodão, blood stop, lanceta, luva procedimento, tira reagente e uso do aparelho.

TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60000406	SALA DE HEMODINÂMICA	TAXA	R\$ 1.058,48
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA			
1. TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA			
1.1. Compreende:			
a) Todos os itens compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrica;			
b) Instalações da sala e equipamento de hemodinâmica.			
2.2. Não Compreende:			
a) Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico, hemodinâmica e/ou obstétrica.			

TAXAS DE SALA DE HEMODIALISE			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60000392	SALA DE HEMODIÁLISE	TAXA	R\$ 381,02
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE TAXA DE SALA DE HEMODIALISE			
1. TAXA DE SALA DE HEMODIÁLISE PARA PACIENTE CRÔNICO:			
1.1. Compreende:			
a) Instalações da sala e equipamento de hemodiálise, incluindo equipo e soluções para funcionamento da máquina;			
b) Serviços de enfermagem inerente ao procedimento;			
c) Paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luvas não estéril e estéril) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;			
d) Monitores simples;			
e) Oxímetro;			
f) Material para atendimento de suporte a urgência/emergência;			
g) Poltronas ou leitos clínicos; e			
h) Todas as etapas inerentes ao reprocessamento do capilar e linhas, assim como os materiais, equipamentos e soluções utilizadas.			
i) Instrumentais cirúrgicos estéreis para manipulação e curativo de cateteres e fistulas.			
2.2. Não Compreende:			
a) Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico, hemodinâmico e/ou obstétrico.			

TAXAS DE CURATIVOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (por unidade)
60018127	CURATIVO PEQUENO	R\$ 42,25
60017040	CURATIVO MÉDIO	R\$ 53,15
60016086	CURATIVO GRANDE	R\$ 67,53

60017996	CURATIVO PEQUENO QUEIMADO	R\$ 94,79
60016906	CURATIVO MÉDIO QUEIMADO	R\$ 99,36
60015942	CURATIVO GRANDE QUEIMADO	R\$ 103,36

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE CURATIVOS

1. Serão pagos mediante a prévia solicitação do CREDENCIADO com a avaliação da ferida pelo médico ou enfermeiro auditor da CREDENCIANTE, para uso de coberturas especiais tais como:

- a) placas de hidrocoloides;
- b) carvão ativado;
- c) alginato de prata e cálcio;
- d) filmes transparentes;
- e) espumas de prata;
- f) hidrogéis;
- g) purilon gel;
- h) espuma de poliuretano;
- i) hidrogel com alginato;
- j) bota de unha;
- k) protosan; e
- l) curativo a vácuo e demais.

2. Pequeno Queimado: Considera-se pequeno queimado o paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida.

3. Médio Queimado: Considera-se como médio queimado o paciente com: queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou queimadura de mão e/ou pé.

4. Grande Queimado: Considera-se como grande queimado o paciente com: queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior do que 26%, ou queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou queimadura de períneo.

5. **Curativo Pequeno Porte:** Não há perda de tecidos, as bordas da pele ficam justapostas. Este é o objetivo das feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas.

5.1. Curativo realizado em ferida pequena: aproximadamente 16 cm (ex: Incisões cirúrgicas fechadas por primeira intenção, cateteres venosos e arteriais, fístulas anais, flebotomias e/ou subclávia/jugular, hemorroidectomia, pequenas incisões, traqueostomia. Cateter de diálise e intermitente), queimaduras grau um, escaras com formação de tecido de granulação.

6. **Curativo Médio Porte:** Há perda de tecidos e as bordas da pele ficam distantes. A cicatrização é mais lenta do que primeira intenção.

6.1. Curativo realizado em ferida média: variando de 16,5 a 36 cm (ex: Cesáreas infectadas, incisões de dreno, lesões cutâneas, abscessos drenados, escaras infectadas exsudativas ou necrotizantes, úlceras venosas e varicosas, cirurgias de varizes, amputações com fechamento de bordas) limpas e secas), colostomias, ileostomias, gastrostomias.

7. **Curativo Grande Porte:** São corrigidas cirurgicamente após a formação de tecido de granulação, a fim de que apresente melhores resultados funcionais.

8. **Curativo realizado em ferida grande:** variando de 36,5 a 80 cm (ex: Incisões contaminadas, grandes cirurgias – incisões extensas (cirurgia torácica, cardíaca), queimaduras (grau dois e

três), toracotomia com drenagem, úlceras infectadas. Tratamento de feridas necrosadas ou com presença de fibrina: Úlceras de perna, Úlceras de pressão exsudativas e Úlceras de pé diabético infectadas. Todas as ocorrências de curativos extragrandes deverão obrigatoriamente constar de justificativa médica ou de enfermagem conhecedora dos tipos de coberturas especiais.

TAXA DE GASES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60000490	AR COMPRIMIDO (INALAÇÃO EM TODOS OS SETORES)	TAXA	R\$ 19,73
60022965	OXIGÊNIO (INALAÇÃO EM TODOS OS SETORES)	TAXA	R\$ 23,30
60028424	AR COMPRIMIDO	HORA	R\$ 19,91
60028394	GÁS CARBÔNICO	HORA	R\$ 37,63
60028335	OXIGÊNIO	HORA	R\$ 52,99
60028572	PROTÓXIDO DE AZOTO	HORA	R\$ 47,14
40321053	DIÓXIDO DE CARBONO	HORA	R\$ 73,51
60028521	NITROGÊNIO	HORA	R\$ 94,33
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE GAZES			
1. TAXA DE INALAÇÃO (EM TODOS OS SETORES)			
1.1. Compreende:			
a) Gases medicinais prescritos;			
b) Nebulizador/ Inalador;			
c) Material e medicamentos (Soro fisiológico, Bromidrato de Fenoterol, Brometo de Ipratrópio) e serviços de enfermagem inerentes ao procedimento;			
1.2. Não Compreende:			
a) Demais medicamentos relacionados ao procedimento.			

SALAS E PROCEDIMENTOS EM CENTRO CIRÚRGICO (CC)/ CENTRO OBSTÉTRICO (CO)/ SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (RPA)			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60021551	PORTE 0 ANESTESIA LOCAL CIRURGIA PEQUENA	TAXA	R\$ 251,13
60033584	PORTE 1 + SALA DE RPA- CIRURGIA PEQUENA	TAXA	R\$ 401,26
60033592	PORTE 2+ SALA DE RPA- CIRURGIA MÉDIA	TAXA	R\$ 553,52
60033606	PORTE 3+ SALA DE RPA- CIRURGIA MÉDIA	TAXA	R\$ 761,09
60033614	PORTE 4+ SALA DE RPA- CIRURGIA GRANDE	TAXA	R\$ 875,24
60033622	PORTE 5+ SALA DE RPA- CIRURGIA GRANDE	TAXA	R\$ 1.011,21
60033630	PORTE 6+ SALA DE RPA- CIRURGIA ESPECIAL	TAXA	R\$ 1.197,13
60033649	PORTE 7+ SALA DE RPA- CIRURGIA ESPECIAL	TAXA	R\$ 1.301,70
60033657	PORTE 8+ SALA DE RPA- CIRURGIA ESPECIAL	TAXA	R\$ 1.727,54
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO E/OU OBSTÉTRICA			
1. Compreende:			

- 1.1. Itens permanentes da sala cirúrgica (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxolaminar e focos de luz;
- 1.2. Instrumental cirúrgico básico esterilizado; equipamentos básicos (mesas, hamper, focos cirúrgicos, carrinho de anestesia); rouparia inerente ao centro cirúrgico/obstétrico descartável ou não (avental, máscara, gorro, propé, botas, escovas e campos cirúrgicos (exceto os campos cirúrgicos tipo Ioban, StareDrape e campo adesivo));
- 1.3. Antissépticos (solução detergente de PVPI a 10%, solução degermante de clorexidina a 4%, solução alcoólica, solução de álcool iodado de 0,5% a 1%, álcool 70% hipoclorito de sódio a 0,5%, água oxigenada ou peróxido de hidrogênio, formol, povidone e glutaraldeído) para assepsia/antisepsia (equipe/paciente);
- 1.4. limpeza e soluções para a desinfecção das salas de instrumentais; serviços de enfermagem;
- 1.5. antisepsia e desinfecção terminal da sala cirúrgica;
- 1.6. preparo e esterilização dos instrumentais cirúrgicos;
- 1.7. aparelho de radiografia, intensificador de imagem e seu transporte;
- 1.8. aparelho para tricotomia completo;
- 1.9. arco cirúrgico;
- 1.10. aspiração;
- 1.11. aspirador a vácuo ou elétrico;
- 1.12. bandejas de curativo, infiltração/punção articular;
- 1.13. bandeja de monitorização de pressão invasiva;
- 1.14. bandeja de cirurgia;
- 1.15. bandeja de sondagem vesical;
- 1.16. bandeja de dissecação/ punção lombar e de subclávia;
- 1.17. berço aquecido;
- 1.18. bisturi elétrico, bipolar, mono polar e argônio, (inclui-se a placa e a caneta descartável ou não);
- 1.19. bomba de Circulação Extracorpórea;
- 1.20. bomba de Infusão;
- 1.21. bomba de Infusão em seringa;
- 1.22. bomba para bota pneumática;
- 1.23. capa para vídeo e microscópio;
- 1.24. cal soldada;
- 1.25. capnógrafo;
- 1.26. craniótomo;
- 1.27. carro de anestesia;
- 1.28. desfibrilador e Cardioversor;
- 1.29. enxoval cirúrgico descartável ou não;
- 1.30. escova para degermação;
- 1.31. espéculo;
- 1.32. equipamento de vídeo para cirurgia e exame;

- 1.33. equipamento de reanimação cardiorrespiratória;
- 1.34. escadinha;
- 1.35. eletrocautério;
- 1.36. faixa smarch;
- 1.37. foco cirúrgico e auxiliar;
- 1.38. frasco coletor para lavado de qualquer tipo;
- 1.39. garrote pneumático;
- 1.40. halo craniano;
- 1.41. imobilização provisória;
- 1.42. instalação de soro;
- 1.43. ionizador;
- 1.44. irrigação Contínua;
- 1.45. kit de roupa de cama;
- 1.46. laser Cirúrgico, Argônio e Yag Laser;
- 1.47. lâmina para esfregaço;
- 1.48. lavagem e Aspiração Traqueal, Gástrica, Intestinal, Retal;
- 1.49. limpeza e desinfecção do ambiente;
- 1.50. lupa Cirúrgica;
- 1.51. materiais descartáveis: gorro, touca, pro pés, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI e clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- 1.52. materiais permanentes: Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;
- 1.53. manta Térmica (aquecedor);
- 1.54. mesa de Mayo;
- 1.55. mesas Cirúrgicas contendo seus acessórios;
- 1.56. mesas auxiliares;
- 1.57. microscópio Cirúrgico e oftálmico;
- 1.58. monitor Simples e Multiparâmetro, inclui eletrodos;
- 1.59. monitor e sensor BISS;
- 1.60. oxímetro;
- 1.61. pulseira de identificação da mãe/recém-nascido;
- 1.62. perfurador elétrico e a gás;
- 1.63. raio-X portátil;
- 1.64. radioscopia;
- 1.65. realização de curativo;
- 1.66. respirador e filtro de qualquer tipo;
- 1.67. retirada de Gesso;

- 1.68. retirada de imobilização Provisória ou Não gessada;
- 1.69 sistema de Aspiração Fechado; 16.3.1.71serra Elétrica e de Stryker;
- 1.70. serviço técnico de apoio (Instrumentador e Circulante);
- 1.71 serviço de Enfermagem pré, trans e pós-operatório;
- 1.72. sondagem Gástrica, Nasoenteral, Retal, Vesical de alívio e demora;
- 1.73. suporte para soro;
- 1.74. tracionador esquelético;
- 1.75. trépano elétrico;
- 1.76. tricotomia e material utilizado;
- 1.77. umidificador;
- 1.78. sala de Pré-Parto, Sala de Recuperação Anestésica;
- 1.79. sala de reanimação de RN;
- 1.80. todos os atendimentos inerentes ao primeiro atendimento ao RN;
- 1.81. estão inclusos todos os materiais permanentes e aparelhos indispensáveis ao bom atendimento do paciente;
- 1.82. não serão pagos os valores adicionais para o uso de equipamentos em qualquer horário considerado urgência/emergência, ou ainda nos finais de semana ou feriados;
- 1.83. lixa para limpeza de eletrocautério; e
- 1.84. Instalações da sala e equipamento de hemodinâmica.
- 2.Não Compreende:**
- 2.1. Medicamentos;
- 2.2. materiais, exceto os descritos como compreendidos;
- 2.3. honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante;
- 2.4. oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, dióxido de carbono, óxido nitroso; óxido nítrico e demais gases;
- 2.5. OPME e DMI.

TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60024038	ALONGADOR FIXADOR	POR USO	R\$ 36,82
60024909	APARELHO CRIO-CAUTÉRIO	POR USO	R\$ 29,71
60024143	ARTROSCÓPIO	TAXA	R\$ 1.008,96
60025298	BALÃO INTRAÓRTICO (PRIMEIRA HORA)	1ª HORA	R\$ 170,06
60025301	BALÃO INTRAÓRTICO HORA SUBSEQUENTE	HORA SUBS	R\$ 30,81
60025492	BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR (ELÉTRICO, BIPOLAR, DESTRONIX, MONOPOLAR)	POR USO	R\$ 68,66
60024259	COLEDOSCOPIO	TAXA	R\$ 90,70
60024828	GERADOR DE RÁDIO FREQUÊNCIA	TAXA	R\$ 138,50
60026154	MARCA PASSO EXTERNO	TAXA	R\$ 115,20

60028181	TRÉPANO-DRILL (GÁS)	TAXA	R\$ 19,09
70585105	PISTOLA PARA BIOPSIA PROSTATA/ RETAL	POR USO	R\$ 109,54
	NEFROSCÓPIO	TAXA	R\$ 580,00
60034041	TENDA	TAXA	R\$ 91,31

SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402045	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS – 1 UNIDADE/ BOLSA	R\$ 891,67
40402088	CRIOPRECIPITADO – 1 UNIDADE/ BOLSA	R\$ 673,00
40402096	PLASMA FRESCO – 1 UNIDADE/ BOLSA	R\$ 739,03
40402169	PLAQUETAS – 1 UNIDADE/ BOLSA	R\$ 773,33
	PLAQUETAS POR AFÉRESE – 1 UNIDADE/ BOLSA	R\$ 2.554,23
40304256	TAXA DE FENOTIPAGEM	R\$ 178,31
	TAXA DE RESERVA DE SANGUE	R\$ 94,90
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE HEMOTERAPIA		
<p>1. TAXA DE HEMOTERAPIA (CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, CRIOPRECIPITADO, PLASMA FRESCO, UNIDADE DE PLAQUETAS, UNIDADE DE PLAQUETAS RANDOMICAS e UNIDADE DE PLAQUETAS POR AFERERESE)</p> <p>1.1. Compreende, conforme CBHPM: “...todos os exames pré-transfusionais realizados como determinação do grupo sanguíneo ABO E Rh e pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor, prova de compatibilidade, reações sorológicas e taxas de utilização de materiais descartáveis para coleta de amostra”.</p> <p>1.2. O pagamento será realizado conforme este referencial de custos.</p>		

CÓDIGO	EXAME LABORATORIAL - COVID 19	VALOR (por unidade)
40314618	COVID 19 “SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) pesquisa por RT – PCR (com diretriz de utilização).	R\$ 290,31
40314619	TESTE RÁPIDO - COVID19	R\$ 203,99
40314340	SOROLOGIA IGM, IGG e IGA – COVID 19	R\$ 274,25

CÓDIGO	EXAME LABORATORIAL - TOXICOLÓGICO	VALOR (por unidade)
40321134	DROGAS DE ABUSO, TRIAGEM - Pesquisa Toxicológica por amostra capilar	R\$ 176,33
40313140	ETANOL-Pesquisa de Álcool por amostra de sangue	R\$ 33,12

FONOAUDIOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
20103654	SESSÃO HOSPITALAR	R\$ 87,32
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM FONOAUDIOLOGIA		
1. Será pago conforme solicitação médica em prontuário devidamente justificado.		

FISIOTERAPIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000829	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com disfunção decorrente de alterações no Sistema Respiratório SEM assistência ventilatória.	R\$ 81,44
50001019	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com disfunção decorrente de alterações no Sistema Respiratório COM assistência ventilatória.	R\$ 91,37
50000365	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema músculo esquelético.	R\$ 81,38
50000799	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente independente ou com dependência parcial, com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico.	R\$ 86,70
50001051	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com dependência total, com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico.	R\$ 86,70
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA		
<p>1. Para os serviços de FISIOTERAPIA HOSPITALAR será pago da seguinte forma:</p> <p>a) Até 03 (três) fisioterapias respiratórias (em ventilação mecânica) e 02 (duas) motoras, por dia, em UTI (adulto, pediátrico e neonatal); e</p> <p>b) Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras, por dia, em apartamento, enfermaria (adulto e pediátrico).</p>		

3. RADIOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS (INCLUSIVE USO RESTRITO HOSPITALAR E ANTINEOPLÁSICOS)

3.1. Para exames que não preveem o uso de contraste somente será pago o seu valor se estiver prescrito na requisição médica, ou a justificativa médica do serviço credenciado.

3.2. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

3.3. Não será coberto o uso sistêmico de inibidores de bomba de próton parenteral em pacientes com via oral disponível.

4. DIETAS ENTERAIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

4.1. É um tipo de dieta líquida com objetivo de repor nutrientes que o organismo precisa, mas o paciente está incapacitado ou com dificuldades para ingerir alimentos, sendo administrada por sonda enteral.

4.2. Para Dietas enterais especiais e parenterais serão considerados os valores tabelas do Guia Brasíndice, e caso não conste nesta, será utilizada a Revista SIMPRO Hospitalar; Na vigência das dietas enterais não constarem em nenhuma das tabelas supracitadas, para fins de pagamento a CREDENCIADA deverá apresentar a Nota Fiscal do produto e a CREDENCIANTE realizará o pagamento conforme valor unitário em especificado em Nota Fiscal acrescido de 10% (dez por cento) sobre o valor do produto conforme previsto em Termo de Referência.

4.3. Para a utilização deste item, deverá obrigatoriamente ser realizada solicitação de autorização prévia da auditoria da FUNSA, por meio do e-mail: funsa.esgw@fab.mil.br.

4.4. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a in-

ternação domiciliar deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feita pelo GSAU-GW ou pelo responsável por meio da modalidade de reembolso.

4.5. EQUIPOS para infusão de DIETAS ENTERAIS, o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas de uso.

5. SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

5.1. Para serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, nos quais sejam necessários uso de filme radiológico, adota-se a tabela definida anualmente pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, vigente na época do atendimento, para o cálculo do valor máximo do filme.

5.2. Os exames radiológicos são calculados por procedimento e não por incidência. Deve ser informado na fatura a quantidade de vezes que o procedimento foi realizado de acordo com a GAB. Se houve necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa médica junto com a fatura.

5.3. Quando o procedimento do atendimento não constar da tabela CBHPM acordada, poderá ser adotada a próxima edição cujo procedimento esteja contemplado, mantendo o deflator de 20% sobre o UCO e PORTE.

6. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA CBHPM

6.1. O Termo de Referência define quais itens serão precificados de acordo com a CBHPM, sendo remunerados com o porte da tabela CBHPM-2014, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 16,15 (dezessex reais e quinze centavos), ambos com deflator de 20%.

6.2. Foi escolhida a tabela CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – por ser uma lista hierarquizada, com padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar que contempla todas as especialidades, conforme Resolução CFM 1.673/03. Quanto ao ano, foi escolhida sua versão 2014 em decorrência desta apresentar os valores mais próximos aplicados no mercado da região.

6.3. Com relação ao deflator, segue texto constante na tabela CBHPM:

“Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A valoração dos portes e da UCO ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes (CBHPM, 2014, p. 17).”

6.3.1. Sendo assim, foi considerado o máximo percentual deflator utilizado, 20% em cima do Porte e UCO.

6.4. A tabela CBHPM é confeccionada por uma câmara técnica permanente pertencente à Associação Médica Brasileira, sendo que no processo participam as seguintes entidades:

6.4.1. Conselho Federal de Medicina, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Federação Nacional de Saúde Suplementar, Federação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Instituto Brasileira de Defesa ao Consumidor, Federação Nacional dos Médicos, etc (fonte: <amb.org.br>, acessado em 20/08/2020). Sendo assim, há entidades que dão suporte para a confecção e lisura dos preços acordados.

6.5. A Unidade de Custo Operacional (UCO) foi adotada para o cálculo dos custos, incorporando depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento e outras despesas relacionadas aos procedimentos.

6.6. Para obter o preço sugerido pela CBHPM para cada procedimento, é necessário um cálculo, no qual é previsto a aplicação de deflator de até 20%, conforme especificado no item anterior.

**HONORÁRIOS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS E
SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)**

VALORES DE PORTE– CBHPM 2014							
1A	R\$ 14,49		5C	R\$ 328,54		10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97		6A	R\$ 357,84		10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47		6B	R\$ 393,51		11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96		6C	R\$ 430,43		11B	R\$1.402,08
2B	R\$ 76,40		7A	R\$ 464,82		11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42		7B	R\$ 514,48		12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55		7C	R\$ 608,70		12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87		8A	R\$ 657,11		12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83		8B	R\$ 688,94		13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22		8C	R\$ 730,96		13B	R\$ 2.535,46
4B	R\$ 235,60		9A	R\$ 776,82		13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,16		9B	R\$ 849,41		14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52		9C	R\$ 935,98		14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45		10A	R\$ 1.004,76		14C	R\$ 3.750,34
UCO – R\$ 16,15							
Deve ser aplicado o deflator de 20%, nos valores de PORTE e UCO.							

7. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA BRASÍNDICE

7.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela BRASÍNDICE para a precificação. Será utilizada a tabela vigente na ocasião do atendimento, observando a coluna de Preço Fábrica.

7.2. A tabela BRASÍNDICE foi escolhida por ser um guia farmacêutico indicador de valores de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares, que tem incorporado os códigos TUSS gradualmente e é publicada por empresa especializada, na qual consta o preço de medicamentos vendidos no Brasil, sendo reconhecida no meio hospitalar, de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

7.3. O mercado não utiliza a tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela BRASÍNDICE, conforme ANEXO A

7.4. Ressalta-se que a precificação de medicamentos, não se trata de uma compra e venda,

e sim, o ressarcimento dos insumos para a prestação dos serviços contratados, não modificando a natureza da contratação, que é de serviço.

8. NOTA EXPLICATIVA PARA A TABELA SIMPRO

8.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela SIMPRO. Sua precificação será utilizando o Preço de Fábrica, em vigor no período do atendimento/internação, aplicando-se um deflator de 20%.

8.2. A SIMPRO foi escolhida por ser um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro ANVISA, código TUSS, classificação, embalagem, e outros), direcionado a compras, faturamento, licitações, análise e auditoria de contas médico-hospitalares, sendo reconhecida no meio hospitalar de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

8.3. Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela SIMPRO, conforme ANEXO A.

8.4. O mercado, na região abrangida, exige a precificação por meio da tabela SIMPRO, aceitando até 20% de deflator, pratica seguida também pelos planos e operadoras de saúde privados.

9. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TAXA DE COMPENSAÇÃO PELA MANUTENÇÃO DE ESTOQUE

9.1. Esta taxa diz respeito ao custo do hospital em manter em estoque os medicamentos utilizados pelo paciente, tais como manutenção predial da farmácia, climatização do local de armazenamento, transporte interno, frete (transporte externo), energia elétrica; administração, controle e organização do estoque de medicamentos; mobiliário, equipamentos para acondicionamento e conservação, segurança, deterioração de materiais, custo de oportunidade (capital mobilizado), e os demais custos relacionados.

9.2. Foi adotado o percentual de 10% sobre o valor de nota fiscal para OPME e Medicamentos oncológicos e Imunobiológicos, visto cobrir os custos indiretos relacionados, conforme descrito no Termo de Referência.

10. MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICO/DESCARTÁVEIS/APÓSITOS

10.1. Para materiais será utilizada a tabela SIMPRO que é um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro na ANVISA, código da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, classificação, embalagem e outros), destinada a compras, ao faturamento, as licitações, a análise e a auditoria de contas médico-hospitalares.

10.2. Os materiais serão consultados na tabela a SIMPRO, em vigor no período do atendimento/internação, e quando não encontrados a CREDENCIADA deverá apresentar a respectiva Nota Fiscal (NF) para melhor conferência, aplicando-se um deflator de 20%.

10.3. Apósito é definido como material penso, curativo, compressa ou emplastro que se põe sobre lesão ou ferimento.

10.4. O material médico cirúrgico descartável é o material de consumo hospitalar usado no dia a dia de atendimentos médicos e que não podem ser reutilizados.

10.5. JELCOS e SCALPS: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

10.6. LÂMINA DE SHAIVER (no caso da lâmina com diâmetro menor de 03 (três) mm, a embalagem deverá estar anexada para pagamento integral), desde que não esteja incluso no PACOTE.

10.7. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril, desde que não esteja incluso no PACOTE.

10.8. MICROPORE e ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento, 30 (trinta) cm para acesso venoso de adulto e 20 (vinte) cm para criança, estará sujeito a glosa casos de excesso ou uso indevido, desde que não esteja incluso no PACOTE.

10.9. PERFUSORES e TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72 (setenta e duas) horas para sua troca ou a cada punção de acesso. Em situações especiais deverá ter o uso justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

10.10. Não serão remunerados nenhum tipo de dispositivo de segurança em seringas, agulhas, jelco, scalp entre outros, para proteção do profissional.

11. OPME (ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS):

11.1. As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) são insumos utilizados na assistência à saúde, relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

11.2. O procedimento cirúrgico deverá estar listado no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS. O profissional assistente deverá justificar clinicamente a sua indicação, incluindo as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME, oferecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, com a indicação dos seus preços de aquisição. Materiais de origem estrangeira que possuem registro válido na ANVISA serão considerados nacionalizados. Para a escolha do material e liberação do procedimento, será considerado o menor valor dentre os 03 (três). (Conforme Anexo 1).

11.3. Para o pagamento, será acrescida a taxa de compensação pela manutenção de estoque.

11.4. Para a análise dos orçamentos será exigido o descritivo do material com o respectivo código da ANVISA, logomarca do fornecedor, endereço e telefone da empresa fornecedora. Ao prontuário do paciente, deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/etiqueta/lacre de controle ou identificação com número, de forma a confirmar sua utilização, além de nota fiscal de todos os materiais a serem utilizados.

11.5. Os orçamentos deverão ser enviados pela CONTRATADA para o e-mail funsa.esgw@fab.mil.br, no prazo de 10 (dez) dias úteis de antecedência à utilização para procedimento eletivo, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise, com as informações conforme formulário de solicitação de autorização para OPME (Anexo 1).

11.6. Nos casos de cirurgias com uso de OPME, em caráter de urgência/ emergência, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, deverá ser utilizado material disponível.

11.7. A cirurgia em caráter de urgência/emergência deverá ser comunicada à SFUNSA, pelo e-mail: funsa.esgw@fab.mil.br em até 02 (dois) dias úteis após a realização do procedimento, com a cópia da descrição cirúrgica e justificativa médica para o uso do OPME.

11.8. Caso o prazo não seja cumprido, o OPME utilizado e suas justificativas deverão compor a fatura final, para a análise da auditoria retrospectiva e estará sujeita a glosa por falta de autori-

zação.

11.9. Deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/lacre de controle ou identificação com número, no prontuário do paciente, de forma a confirmar sua utilização.

11.10. Fica definido o valor mínimo de OPME/Medicamentos de alto custo em R\$ 500,00 (quinhentos reais), não sendo necessária a solicitação de autorização prévia para valores inferiores.

11.11. É proibida a substituição ou troca de OPME previamente autorizado, excetuando-se os casos comprovadamente de intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico.

11.12. Em caso de troca de OPME motivada por intercorrência médica, a CREDENCIADA deverá comunicar ao GSAU-GW por escrito, através do e-mail funsa.esgw@fab.mil.br, em até 48 (quarenta e oito) horas úteis.

11.13. Falhas administrativas por parte da CREDENCIADA não serão consideradas como justificativa para troca de OPME, podendo resultar em glosa dos valores excedentes ao autorizado.

11.14. Para procedimentos cirúrgicos que envolvam utilização de OPME, é necessária a realização de radiografia ou outro exame que comprove a sua utilização, após o procedimento cirúrgico, estando assim sujeito a glosas.

12. MATERIAIS REPROCESSADOS

12.1. Para a utilização de material reprocessado, deverá seguir a normatização estabelecida pela ANVISA com atenção aos critérios para a proibição do processamento de um produto para saúde.

12.2. O material será considerado passível de reprocessamento, basicamente se as duas condições a seguir não forem evidenciadas:

12.3. Se o material constar da lista publicada pela RE/ANVISA 2605, de 11 de agosto de 2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, cujo reprocessamento é proibido; e

12.4. A rotulagem do produto apresentar os dizeres “Proibido Reprocessar”, conforme estabelece a RDC/ANVISA nº 156, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

12.5. O valor a ser pago, e desde que comprovada a sua utilização em boletim de sala dos atos cirúrgicos e procedimentos de SADT, e será remurada 1/3 do valor constante na tabela SIM-PRO.

13. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNDO DE SAÚDE

13.1. Os seguintes materiais deverão ser considerados inclusos em itens já relacionados neste projeto básico, não podendo ser cobrados separadamente:

- a) Absorvente higiênico;
- b) Adesivo para fixação (micropore, esparadrapo, fita crepe, filmes transparentes);
- c) Água oxigenada;
- d) Algodão;
- e) Aquecedor e manta térmica;
- f) Bacia plástica;
- g) “Band-aid” ou curativos similares;
- h) Bandeja para raquianestesia;

- i) Bisturi descartável;
- j) Blood stop e equivalentes;
- k) Blusas descartáveis;
- l) Bolsa de água quente;
- m) “Bom ar” ou produtos similares;
- n) Bomba para ordenha;
- o) Borracha de silicone;
- p) Cabo bipolar;
- q) Cadeira de apoio para banho;
- r) Calçados ortopédicos;
- s) Campo cirúrgico operatório de qualquer tipo descartável ou esterilizável;
- t) Caneta para bisturi descartável;
- u) Cânula de Guedel;
- v) Capa de vídeo;
- w) Capa para microscópio;
- x) Cinta lombar;
- y) Colete lombar;
- z) Colchão de quaisquer tipo (piramidal, pneumático, casca de ovo e etc);
- aa) Compressa cirúrgica;
- ab) Conexão para aspiração, bomba e pressão;
- ac) Copo descartável;
- ad) Cotonete e cotonóide – pago apenas para oftalmologia;
- ae) Creme dental;
- af) Chuca/chupeta;
- ag) Degermantes e soluções para assepsia ou limpeza de superfícies;
- ah) Despesa de frigobar;
- ai) Dispositivo anti-trombolítico;
- aj) Eletrodos (exames e monitorização)
- ak) Escova de degermação;
- al) Escova de dente;
- am)Espéculo descartável;
- an) Esponja para banho;
- ao) Estabilizador de tornozelo;
- ap) Éter benzina e tintura de iodo;
- aq) Extensor para aspirador (qualquer tipo);
- ar) Extensor para gasoterapia (qualquer tipo);
- as) Faixa elástica pós-operatória;

- at) Filme endoscópio;
- au) Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas;
- av) Fitas de vídeo e CD, DVD;
- aw) Fixador de sonda;
- ax) Fixador de tubo traqueal;
- ay) Fixador externo (ortopedia);
- az) Formol;
- ba) Fralda descartável;
- bb) Frascos para exame;
- bc) Frasco coletor de secreção (vidro ou plástico)
- bd) Gaze radiopaca;
- be) Gaze não estéril;
- bf) Gel para biométrica;
- bg) Gerador de tecnécio;
- bh) Gesso sintético;
- bi) Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças;
- bj) Imobilizador;
- bk) Instrumento para tricotomia e barbear;
- bl) Lençol descartável;
- bm) Lenço umedecido;
- bn) Luva para aparelho de laparoscopia;
- bo) Luva de procedimento;
- bp) Loções hidratantes;
- bq) Manta de qualquer material, tipo ou finalidade;
- br) Manteiga de cacau;
- bs) Máscara laríngea;
- bt) Material de banho do RN;
- bu) Meia elástica, cinta, atadura e calça elástica;
- bv) Mercúrio de prata;
- bw) Micro por espaçador;
- bx) Muletas;
- by) Pasta gel;
- bz) Plug-adaptador com ou sem membrana para administração de medicamentos;
- ca) Papel higiênico;
- cb) Pijama descartável;
- cc) Pulseira de identificação;
- cd) Protetor labial e auricular;

- ce) Redutor trocáter;
- cf) Sabonete;
- cg) Sandálias para gesso e/ou palmilha para calcâneo;
- ch) Sensor infantil neonatal;
- ci) Sensor para oxímetro;
- cj) Talco;
- ck) Tampa cone Luer;
- cl) Tampa oclusora macho e fêmea (Combi-red / tampa para soro);
- cm) Tapoin;
- cn) Termômetros;
- co) Tipóias;
- cp) Toalha descartável e demais produtos com finalidade higiênica e cosmética; e
- cq) Transdutor isolador de pressão para máquina de hemodiálise.

14. NOTAS COMPLEMENTARES:

- 14.1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
- 14.2. Será paga a diária de internação do dia do óbito, se o mesmo ultrapassar mais de 6 horas de permanência;
- 14.3. Equipo de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos de soroterapia.
- 14.4. Exames complementares de alto custo, que não forem justificados de urgência, necessitarão ter autorização prévia do FUNSA do GSAU-GW.
- 14.5. Será pago o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução legível com assinatura e número do Conselho Regional de Medicina (CRM) do respectivo médico assistente.
- 14.6. Não será pago taxa de coleta de exames, e materiais utilizados para a coleta pelo hospital ou terceiros.
- 14.7. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.
- 14.8. O uso de fototerapia, incubadora, berço aquecido deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização e tempo utilizado.
- 14.9. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o resultado devidamente assinados e carimbados para fins de auditoria *"in loco"*.
- 14.10. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizados em quantidade superior a duas tentativas por profissional, conforme as Novas Recomendações da ANVISA que Garantem Segurança na Assistência, anexando as embalagens.
- 14.11. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados.
- 14.12. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem, conforme descrito neste Referencial de Custo.
- 14.13. No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples.
- 14.14. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.

14.15. Os dispositivos tipo torneira de 3 vias serão pagos somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico, não serão cobertas quando estiverem cobrando junto com equipo com injetor lateral.

14.16. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.

14.17. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverá apresentar justificativa.

14.18. A troca de cateter de *Swan-Ganz* será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto anexada no prontuário do paciente.

14.19. Taxa de nebulização será remunerada conforme este referencial de custos em todos os setores hospitalares.

14.20. Taxa de curativo será remunerada somente em atendimento ambulatorial e que inclui material e medicamentos utilizados. Quando o paciente estiver internado (Enfermaria, Quarto e UTI), remunera apenas a medicação e materiais utilizados e coberturas especiais.

14.21. ÁGUA DESTILADA, será paga: para dispositivos respiratórios, até 01 (um) frasco de 500(quinientos) ml/ dia.

14.22. Todos os materiais com dispositivos de segurança/proteção serão remunerados em 50% do valor do item.

14.23. O CREDENCIADO ficará ciente de que as visitas concorrentes realizadas pela equipe do credenciante ocorrerão sempre que necessárias e/ou nos casos de internação de emergência/urgência, sendo avisados antecipadamente por contato telefônico, a fim de realizar avaliação clínica do usuário e averiguação de possível transferência para o hospital do credenciante.

14.24. Não serão remunerados a avaliação e o acompanhamento do nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional em ambiente hospitalar.

ANEXO A – PESQUISA DE MERCADO

ESTUDO DE MERCADO					
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA SIMPRO	MOTIVO DO NÃO USO DA SIMPRO	DEFLATOR %	SIMPRO para OPME
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	SIM	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA SIMPRO	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 20%
HN HOME CARE	HOME CARE	SIM	*	10,00%	20,00%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	Simpro Pura	*	Sem Deflator (utiliza-se pura)	Não. OPME é NF + 15%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	SIM	*	20,00%	Não. OPME é NF + 10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	SIM	*	10%	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	SIM	*	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Sim	Não aplicável	20	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	Sim	*	20	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%

ESTUDO DE MERCADO						
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA CMED	MOTIVO DO NÃO USO DA CMED	BRASÍNDICE	MEDIC. RESTRITO HOSP	NF + %
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	NÃO	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA BRASINDICE	BRASÍNDICE PMC	PF+30%	NF+30%
HN HOME CARE	HOME CARE	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+20%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	Brasíndice PF + 10%	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (PF +10%)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de fábrica)	PF	NF
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 20%	NF+15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Não	Utilização do Brasíndice	Brasíndice PMC	Brasíndice PF + 10%	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	*	*	*	não usamos	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%

ANEXO 1 – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE OPME

SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE OPME

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO – ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESPECIAIS

NOME DO BENEFICIÁRIO:	
SARAM:	DATA DO PROCEDIMENTO:
AMBULATORIAL:	() SIM () NÃO
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:	
CRM:	ASSINATURA DO MÉDICO:
CID DA PATALOGIA	
CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS	
JUSTIFICATIVAS:	

1º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
2º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
3º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
Parecer da Seção de Auditoria do ES-GW:	
Nome e Assinatura do Auditor:	
data: ____/____/____ Tel Contato:	

Anexo IV - Referencial de Custos - PSQUIATRIA.pdf



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PSIQUIATRIA

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento complementa a internação psiquiátrica, precificação dos serviços, medicamentos, materiais e procedimentos abrangidos pelo credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW), com base no Termo de Referência deste credenciamento.

1.2. Entende-se por internação psiquiátrica a necessidade de hospitalização do usuário devido a uma condição de saúde mental que requer cuidados intensivos e monitoramento especializado, por indicação médica para uma organização de saúde especializada.

1.3. O FUNSA somente autorizará a internação de paciente na rede credenciada especializada após avaliação do psicólogo e/ou médico do GSAU-GW e devidamente justificada por meio da solicitação de internação via e-mail com o credenciado, contendo a indicação e justificativa da internação e solicitação de GAB (Anexo 1). Depois de autorizado pela Auditoria da FUNSA, será emitida uma GAB (Anexo 2) ou uma GEAM, (Anexo 3).

1.4. Os pacientes internados com a apresentação da GEAM (Anexo 3) deverão pagar o credenciado no ato do fechamento da fatura, integralmente, conforme referencial de custos.

1.5. O valor da internação e a forma de pagamento às entidades credenciadas pelo FUNSA serão os valores estabelecidos neste Referencial de Custos.

1.6. Os serviços de internação psiquiátrica serão requeridos pelo CREDENCIANTE, por meio do e-mail fornecido pelo CREDENCIADO.

1.7. **Diárias Básicas** (Quarto privativo, quarto semi-privativo, quarto semi-privativo psiquiátrico e alojamento conjunto):

1.7.1. Compreende:

1.7.1.1. Serviço de Governança e Hotelaria dos acompanhantes previstos em Lei;

1.7.1.2. Aposentos com móveis padronizados (ex.: cama, armário);

1.7.1.3. Roupa de cama e banho para o paciente e acompanhante (no caso de direito a acompanhante), conforme padrão interno;

1.7.1.4. Higienizações concorrente e terminal, incluindo materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;

1.7.1.5. Dieta do paciente por via oral e administração oral.

1.7.1.6. Cuidados de enfermagem;

1.7.1.7. Paramentação (máscara, gorro, pro pé, avental) descartável ou não, utilizada pela equi-

pe multidisciplinar e paciente;

1.7.1.8. Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; algodão para medicação parenteral e punções venosas; antissépticos em geral, curativos pós-aplicação/punção, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;

1.7.1.9. Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;

1.7.1.10. Higiene pessoal do paciente, incluindo materiais como: espátula, gaze, pasta dental, sabonete, creme/loções/óleo hidratantes, higienizante bucal, lâmina de barbear;

1.7.1.11. Serviços e taxas administrativas (registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós-morte;

1.7.1.12. Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), inclusive os de uso em preparo e administração de Quimioterapia (luvas para proteção contra riscos biológicos e físicos, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental e gorro);

1.7.1.13. Atendimento médico por plantonista de intercorrências clínicas à beira do leito;

1.7.1.14. Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, PVPI, clorexidina, qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;

1.7.1.15. Cama hospitalar de qualquer tipo;

1.7.1.16. Todos os tipos de colchões (piramidal e pneumático) e seu protetor de quaisquer tipo;

1.7.1.17. Não será permitida a cobrança de taxas de sala para Serviço Técnico de Apoio a Diagnose e Terapia (SADT) e tratamentos especializados realizados à beira do leito;

1.7.1.18. Honorários médicos durante as emergências/ intercorrências clínicas. Estes, só serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

1.7.2. Não Compreende:

1.7.2.1. Dietas enterais industrializadas, parenterais manipuladas e suplementos especiais, com autorização prévia, via sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia, via oral;

1.7.2.2. Enfermagem particular que deverá ser cobrada diretamente do paciente ou responsável;

1.7.2.3. Materiais descartáveis não relacionados como compreendidos;

1.7.2.4. Medicamentos;

1.7.2.8. Exames para diagnóstico, sessões fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e Terapia ocupacional;

1.7.2.9. Honorários médicos;

1.7.2.10. Procedimentos médicos realizados nas unidades de internação; e

1.7.2.11. Os honorários serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

1.8. **Hospital-Dia:** compreende a ocupação de um leito por um tempo máximo de até 12 (doze) horas, independente do horário de admissão ou do tipo de atendimento prestado.

1.8.1. Para os pacientes que permanecerem internados por um período inferior a 12 (doze) horas, será cobrado a modalidade de HOSPITAL DIA.

1.8.2. Para os pacientes internados na modalidade de HOSPITAL DIA, as acomodações obedecerão aos padrões de quarto privativo e semi-privativo.

2. ÍNDICES E VALORES

2.1. Os preços aqui apresentados representam o valor máximo aceitável pela CREDENCIANTE.

DIÁRIAS DE ACOMODAÇÃO		
CÓDIGO	TIPO	VALOR
12	ENFERMARIA PSIQUIATRIA	R\$ 404,96
13	HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA	R\$ 326,55
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA		
<p>1. Diária de Internação em Psiquiatria</p> <p>1.1. compreende:</p> <p>1) Atendimento psicológico, terapia ocupacional, nutricional individual ou em grupo, e fisioterapia;</p> <p>2) Atividades diárias com acompanhamento de monitor;</p> <p>3) Atividade física, com educador físico (em grupo);</p> <p>4) Assistência de enfermagem 24 horas;</p> <p>5) Médico plantonista 24 horas;</p> <p>6) Visita médica do médico assistente (3 vezes/ semana);</p> <p>7) Programa de Família (médico e psicólogo);</p> <p>8) Serviços de hotelaria;</p> <p>9) Alimentação;</p> <p>10)Medicação padronizada:</p> <p>a) AAS 100 mg comprimido;</p> <p>b) Ácido fólico 5 mg drágeas;</p> <p>c) Água para injeção ampola de 10ml;</p> <p>d) Ambroxol 30 mg;5ml frasco 100ml;</p> <p>e) Aminofilina 100 mg comprimido;</p> <p>f) Aminofilina 24 mg/ml ampola 10ml;</p> <p>g) Amoxicilina 500 mg cápsula;</p> <p>h) Atropina 0,25 mg ampola 1ml;</p> <p>i) Aripiprazol 15mg comprimido;</p> <p>j) Benzilpenicilina. Procaína / potássica 400.000 UI frasco;</p> <p>k) Benzilpenicilina 1.200.000UI frasco;</p> <p>l) Benzoato de benzila 25% emulsão tópica;</p> <p>m) Biperideno 2 mg comprimido;</p> <p>n) Biperideno 5 mg/ml ampola 1ml injetável;</p> <p>o) Bisacodil 5 mg comprimido;</p> <p>p) Brometo de fenoterol gotas;</p> <p>q) Brometo de ipratrópio gotas;</p> <p>r) Captopril 12,5 mg comprimido;</p>		

- s) Captopril 25 mg comprimido;
- t) Carbamazepina 200 mg comprimido;
- u) Carbonato de lítio 300 mg comprimido;
- v) Cedilanide 0,4 mg ampola 2ml;
- w) Cefalexina 500 mg cápsula;
- x) Cefalotina sódica 1 g frasco;
- y) Cetoconazol 200 mg comprimido;
- z) Cetoconazol creme;
- aa) Cinarizina 75 mg comprimido;
- ab) Clonazepam 2mg comprimido;
- ac) Clopromazina 100 mg comprimido;
- ad) Cloreto de potássio 19,1% ampola 10ml;
- ae) Cloreto de sódio 0,9% ampola 10ml;
- af) Cloreto de sódio 20% ampola 10ml;
- ag) Clorpromazina 25 mg comprimido;
- ah) Clorpromazina 5 mg/5ml ampola 5ml;
- ai) Clorpropamida 250 mg comprimido;
- aj) Colagenase / cloranfenicol pomada (Kollagenase);
- ak) Complexo B ampola 2ml;
- al) Complexo B comprimido;
- am)Dexametasona 0,1% colírio;
- an) Dexametasona 4 mg comprimido;
- ao) Dexametasona 4 mg/ml ampola 2,5ml;
- ap) Dexametasona creme;
- aq) Dexclorfeniramina 2 mg comprimido;
- ar) Diazepam 10 mg ampola 2ml;
- as) Diazepam 10 mg comprimido;
- at) Diazepam 5 mg comprimido;
- au) Diclofenaco sódico 50 mg comprimido;
- av) Diclofenaco sódico 75 mg ampola 3ml;
- aw)Digoxina 25 mg comprimido;
- ax) Dimeticona 40 mg comprimido;
- ay) Dipirona 500 mg comprimido;
- az) Dipirona 500 mg/ml ampola 2ml;
- ba) Dopamina 50 mg ampola 10ml;
- bb) Efortil 10 mg ampola 1ml;
- bc) Escopolamina 10 mg comprimido;

- bd) Escopolamina 20 mg/ml ampola 01 ml;
- be) Escopolamina/dipirona ampola 5ml;
- bf) Fenitoína 100 mg comprimido;
- bg) Fenitoína 50 mg/ml ampola 5ml;
- bh) Fenobarbital 100 mg comprimido;
- bi) Fenobarbital 100 mg/ml ampola 2ml;
- bj) Fleet enema frasco 500ml;
- bk) Fluoxetina 20 mg cápsula;
- bl) Fluviral comprimido;
- bm) Furosemida 10 mg/ml ampola 2ml;
- bn) Furosemida 40 mg comprimido;
- bo) Glibenclamida 5 mg comprimido;
- bp) Glicose 25% ampola 10ml;
- bq) Glicose 50% ampola 10ml;
- br) Haldol decanoato 50 mg ampola 1ml;
- bs) Haloperidol 1 mg comprimido;
- bt) Haloperidol 5 mg comprimido;
- bu) Haloperidol 5 mg/ml ampola;
- bv) Hidrocortisona 25 mg comprimido;
- bw) Hidroxicortisona 500 mg frasco;
- bx) Hidróxido de alumínio suspensão;
- by) Imipramina 25 mg comprimido;
- bz) Insulina NPH;
- ca) Insulina Regular;
- cb) Iodeto de potássio suspensão;
- cc) Ivermectina 6 mg comprimido;
- cd) Lamotrigina 100mg comprimido;
- ce) Lidocaína 2% geleia;
- cf) Lidocaína 2% sem vasoconstrictor;
- cg) Loção de ácidos graxos (Dersani);
- ch) Loperamida 2 mg comprimido;
- ci) Mebendazol 100 mg comprimido;
- cj) Metformina 500 mg comprimido;
- ck) Metformina 850 mg comprimido;
- cl) Metildopa 250 mg comprimido;
- cm) Metoclopramida 10 mg/2ml;
- cn) Metoclopramida 10 mg comprimido;

- co) Midazolam 15 mg comprimido;
- cp) Midazolam 5 mg/ml ampola 3ml;
- cq) Neomicina/bacitracina pomada (Nebacetim);
- cr) Neozine 25 mg comprimido;
- cs) Neozine 100 mg comprimido;
- ct) Neozine 4% gotas;
- cu) Neuleptil 4% gotas frasco de 20ml;
- cv) Nifedipino 20 mg comprimido;
- cw) Nitrazepam 05 mg comprimido;
- cx) Norfloxacino 400 mg comprimido;
- cy) Olanzapina 5 mg comprimido;
- cz) Olanzapina 10 mg comprimido;
- da) Óleo mineral – solução oral;
- db) Paracetamol 750 mg comprimido;
- dc) Pentoxifilina 400 mg comprimido;
- dd) Pregabalina 75 mg comprimido;
- de) Prometazina 25 mg comprimido;
- df) Prometazina 25 mg/ml ampola 2ml;
- dg) Propranolol 40 mg comprimido;
- dh) Quetiapina 25 mg comprimido
- di) Quetiapina 100 mg comprimido
- dj) Ranitidina 150 mg comprimido;
- dk) Ranitidina 50 mg ampola 2ml;
- dl) Risperidona 1 mg comprimido;
- dm) Risperidona 2 mg comprimido;
- dn) Salbutamol suspensão;
- do) Sinvastatina 20 mg comprimido;
- dp) Sulfato de magnésio 10% ampola 10ml;
- dq) Sulfato ferroso 300 mg drácea;
- dr) Sulpirida 200 mg comprimido;
- ds) Sustrate 10 mg comprimido;
- dt) Tiamina 100 mg/ml ampola 1ml;
- du) Tiamina 300 mg comprimido;
- dv) Timolol 0,5%;
- dw) Tobramicina 3%;
- dx) Valproato de sódio / Ácido valproico (300 mg CR)
- dy) comprimido;

- dz) Vitamina C ampola 5ml; e
 ea) Vitaminas A + D + associações pomada (Ex.:Hipoglós).

**COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA
 (HOSPITAL DIA)**

Diária de HOSPITAL-DIA EM PSIQUIATRIA: de 06 (seis) a 12 (doze) horas

- 1) Cobertura para os casos preenchido pelo menos um dos critérios a seguir:
- 2) Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14);
- 3) Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- 4) Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30, F31);
- 5) Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84), e caso haja necessidade para outra patologia, deverá ser solicitado autorização.

Compreende:

- a) Atendimento psicológico, terapia ocupacional, nutricional individual ou em grupo e fisioterapia;
- b) Atividades diárias com acompanhamento de monitor;
- c) Atividade física, com educador físico, em grupo ou individualização;
- d) Assistência de enfermagem;
- e) Avaliação do médico assistente;
- f) Avaliação do médico assistente;
- g) Programa de Família (médico e psicólogo);
- h) Alimentação; e
- i) Medicacões padronizadas para a internação psiquiátrica.

E os casos não especificados acima serão analisados individualmente.

TAXAS DE CURATIVOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO (material incluso conforme descrição da taxa)	VALOR (por unidade)
60018127	CURATIVO PEQUENO	R\$ 42,25
60017040	CURATIVO MÉDIO	R\$ 53,15
60016086	CURATIVO GRANDE	R\$ 67,53
60017996	CURATIVO PEQUENO QUEIMADO	R\$ 94,79
60016906	CURATIVO MÉDIO QUEIMADO	R\$ 99,36
60015942	CURATIVO GRANDE QUEIMADO	R\$ 103,36

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE CURATIVOS

1. Serão pagos mediante a prévia solicitação do CREDENCIADO com a avaliação da ferida pelo médico ou enfermeiro auditor da CREDENCIANTE, para uso de coberturas especiais tais como:

- a) placas de hidrocoloides,
- b) carvão ativado,
- c) alginato de prata e cálcio,
- d) filmes transparentes,
- e) espumas de prata,
- f) hidrogéis,
- g) purilon gel,
- h) espuma de poliuretano,
- i) hidrogel com alginato,
- j) bota de unna,
- k) protosan,
- l) curativo a vácuo e demais.

2. Pequeno Queimado: Considera-se pequeno queimado o paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida.

3. Médio Queimado: Considera-se como médio queimado o paciente com: queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou queimadura de mão e/ou pé.

4. Grande Queimado: Considera-se como grande queimado o paciente com: queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior do que 26%, ou queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou queimadura de períneo.

5. **Curativo Pequeno Porte:** Não há perda de tecidos, as bordas da pele ficam justapostas. Este é o objetivo das feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas.

5.1. Curativo realizado em ferida pequena: aproximadamente 16 cm (ex: Incisões cirúrgicas fechadas por primeira intenção, cateteres venosos e arteriais, cicatrização de coto umbilical, fistulas anais, flebotomias e/ou subclávia/jugular, hemorroidectomia, pequenas incisões, traqueostomia. Cateter de diálise e intermitente), queimaduras grau um, escaras com formação de tecido de granulação.

6. **Curativo Médio Porte:** Há perda de tecidos e as bordas da pele ficam distantes. A cicatrização é mais lenta do que primeira intenção.

6.1. Curativo realizado em ferida média: variando de 16,5 a 36 cm (ex: Cesáreas infectadas, incisões de dreno, lesões cutâneas, abscessos drenados, escaras infectadas exsudativas ou necrotizantes, úlceras venosas e varicosas, cirurgias de varizes, amputações com fechamento de bordas) limpas e secas), colostomias, ileostomias, gastrostomias.

7. **Curativo Grande Porte:** São corrigidas cirurgicamente após a formação de tecido de granulação, a fim de que apresente melhores resultados funcionais.

8. **Curativo realizado em ferida grande:** variando de 36,5 a 80 cm (ex: Incisões contaminadas, grandes cirurgias – incisões extensas (cirurgia torácica, cardíaca), queimaduras (grau dois e três), toracotomia com drenagem, úlceras infectadas. Tratamento de feridas necrosadas ou com presença de fibrina: Úlceras de perna, Úlceras de pressão exsudativas e Úlceras de pé diabético infectadas. Todas as ocorrências de curativos extragrandes deverão obrigatoriamente constar de justificativa médica ou de enfermagem conhecedora dos tipos de coberturas especiais.

TABELA DE HONORÁRIOS		
MÉDICO GENERALISTA E QUALQUER OUTRA ESPECIALIDADE		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
10101012	CONSULTA MÉDICA AMBULATORIAL	R\$ 148,01
10101020	CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR	CBHPM 2014
10101039	CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO	CBHPM 2014

NUTRICIONISTA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO	R\$ 111,81

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM NUTRICIONISTA

1. Observações para autorização:

1.1. A consulta na área de nutrição e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva).

1.2. As consultas na área de nutrição ambulatorial e domiciliar limitam-se a 01 (uma) sessão individual mensal, exceto nos casos de atendimento de assistência e internação domiciliar.

1.3. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;

1.4. O paciente terá direito a doze consultas, por ano, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

1.4.1. Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso/altura);

1.4.2. Jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/altura);

1.4.3. Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (IMC < 22 kg/m²);

1.4.4. Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;

1.4.5. Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC > ou igual a 25 kg/m²) com mais de 16 anos;

1.5. Pacientes ostomizados;

1.6. Após cirurgia gastrointestinal;

1.7. O paciente terá direito a dezoito consultas por ano, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

1.8. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima: 6 (seis) consultas de nutrição por ano, desde que justificadas clinicamente.

FONOAUDIOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
10101012	CONSULTA (1ª AVALIAÇÃO) EM CONSULTÓRIO	R\$ 136,61
20103433	SESSÃO AMBULATORIAL SUBSEQUENTE	R\$ 110,27
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM FONOAUDIOLOGIA		

1. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;

2. O paciente terá direito a **vinte e quatro consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Taquifemia (CID F98.6);
- b) Pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- c) Pacientes portadores de anomalias dento faciais (CID K07);
- d) Pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90);
- e) Dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
- f) Pacientes com apnéia de sono (CID G47.3);
- g) Pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (CID T20);
- h) Pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (CID T27);
- i) Pacientes com queimadura de boca e da faringe (CID T28.0);
- j) Pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

2. O paciente terá direito a **quarenta e oito consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F98.5);
- b) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80);
- c) Pacientes com casos de disfagia nos casos em que haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- d) Pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria, apraxia e dislexia (CID R47.1, R48.2 e R48.0);
- e) Pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe, pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe, carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38, CID Z96.3, CID D14.1, CID D02.0);
- f) Pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto n.º 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- g) Pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

3. O paciente terá direito a **noventa e seis consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Portadores de Implante Coclear;
- b) Pacientes portadores de Prótese Auditiva Ancorada no Osso;
- c) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento – Autismo (CID F84);
- d) Pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).

4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima: **12 consultas/sessões por ano**, desde que justificadas clinicamente.

PSICOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000462	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (1ª AVALIAÇÃO)	R\$ 103,15
50000470	SESSÃO SUBSEQUENTE	R\$ 93,71
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA		
<p>1. A consulta na área de psicologia e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva).</p> <p>2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.</p> <p>3. O paciente terá direito a doze consultas por ano, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios: (conforme CID)</p> <p>a) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;</p> <p>b) Pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;</p> <p>c) Pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;</p> <p>d) Pacientes ostomizados e estomizados.</p> <p>e) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;</p> <p>4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, até 24 sessões seriadas de psicoterapia por ano poderão ser autorizadas, mas somente quando indicadas por Psiquiatra, mediante relatório especializado encaminhado para a auditoria prospectiva, e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, a seguir:</p> <p>a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);</p> <p>b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associados a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);</p> <p>c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);</p> <p>d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);</p> <p>e) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39).</p> <p>5. Nas localidades onde houver Psiquiatra do COMAER, o relatório especializado a que se refere a alínea “e” do item 5.7.3.5 deve ser emitido obrigatoriamente por esse profissional.</p>		

TERAPIA OCUPACIONAL		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO	R\$ 75,00
50000080	SESSÃO SUBSEQUENTE	R\$ 81,00
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL		

TERAPIA OCUPACIONAL

1. Para os serviços de terapia ocupacional será utilizada a tabela do Referencial de Custos, após solicitação do oficial militar.
2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.
3. O paciente terá direito a doze consultas/sessões, por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 a F03);
 - b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 a F79);
 - c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82 e F83);
 - d) Pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99); e
 - e) Pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 a M99).

FISIOTERAPIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000829	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com disfunção decorrente de alterações no Sistema Respiratório SEM assistência ventilatória.	R\$ 81,44
50000365	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema músculo esquelético.	R\$ 81,38
50000799	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente independente ou com dependência parcial, com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico.	R\$ 86,70
50001051	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com dependência total, com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico.	R\$ 86,70

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA

1. Para os serviços de FISIOTERAPIA AMBULATORIAL será utilizada esta tabela do Referencial de Custos, e a cobrança será da seguinte forma:
 - a) O encaminhamento será feito por oficial médico;
 - b) Para fins de comprovação da realização das sessões, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável; e
 - c) Até 20 (vinte) consultas/sessões de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente. As sessões serão autorizadas em conjuntos de até 10 (dez). Prorrogações adicionais necessitarão da construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

2. CONSULTAS EM PRONTO – SOCORRO

2.1. As consultas realizadas em pronto-socorro (urgência/ emergência), (código: 10101039), serão pagas como referencial, a tabela CBHPM 2014, aplicado o deflator de 20% no porte e no UCO de R\$ 16,15, (dezesseis reais e quinze centavos).

**HONORÁRIOS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS E
SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)**

VALORES DE PORTE– CBHPM 2014							
1A	R\$ 14,49		5C	R\$ 328,54		10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97		6A	R\$ 357,84		10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47		6B	R\$ 393,51		11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96		6C	R\$ 430,43		11B	R\$1.402,08
2B	R\$ 76,40		7A	R\$ 464,82		11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42		7B	R\$ 514,48		12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55		7C	R\$ 608,70		12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87		8A	R\$ 657,11		12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83		8B	R\$ 688,94		13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22		8C	R\$ 730,96		13B	R\$ 2.535,46
4B	R\$ 235,60		9A	R\$ 776,82		13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,16		9B	R\$ 849,41		14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52		9C	R\$935,98		14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45		10A	R\$ 1.004,76		14C	R\$ 3.750,34
UCO – R\$ 16,15							
Deve ser aplicado o deflator de 20%, nos valores de POR- TE e UCO.							

3. RADIOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS (INCLUSIVE USO RESTRITO HOSPITALAR E ANTINEOPLÁSICOS)

3.1. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

3.2. Não será coberto o uso sistêmico de inibidores de bomba de próton parenteral em pacientes com via oral disponível.

4. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA CBHPM

4.1. O Termo de Referência define quais itens serão precificados de acordo com a CBHPM, sendo remunerados com o porte da tabela CBHPM-2014, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 16,15 (dezesseis reais e quinze centavos), ambos com deflator de 20%.

4.2. Foi escolhida a tabela CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – por ser uma lista hierarquizada, com padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar que contempla todas as especialidades, conforme Resolução CFM 1.673/03. Quanto ao ano, foi escolhida sua versão 2014 em decorrência desta apresentar os valores mais próximos aplicados no mercado da região.

4.3. Com relação ao deflator, segue texto constante na tabela CBHPM:

“Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A valoração dos portes e da UCO ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que normatizam suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes (CBHPM, 2014, p. 17).”

4.3.1. Sendo assim, foi considerado o máximo percentual deflator utilizado, 20% em cima do Porte e UCO.

4.4. A tabela CBHPM é confeccionada por uma câmara técnica permanente pertencente à Associação Médica Brasileira, sendo que no processo participam as seguintes entidades:

4.4.1. Conselho Federal de Medicina, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Federação Nacional de Saúde Suplementar, Federação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Instituto Brasileira de Defesa ao Consumidor, Federação Nacional dos Médicos, etc (fonte:<amb.org.br>, acessado em 20/08/2020). Sendo assim, há entidades que dão suporte para a confecção e lisura dos preços acordados.

4.5. A Unidade de Custo Operacional (UCO) foi adotada para o cálculo dos custos, incorporando depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento e outras despesas relacionadas aos procedimentos.

4.6. Para obter o preço sugerido pela CBHPM para cada procedimento, é necessário um cálculo, no qual é previsto a aplicação de deflator de até 20%, conforme especificado no item anterior.

5. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA BRASÍNDICE

5.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela BRASÍNDICE para a precificação. Será utilizada a tabela vigente na ocasião do atendimento, observando a coluna de Preço Fábrica.

5.2. A tabela BRASÍNDICE foi escolhida por ser um guia farmacêutico indicador de valores de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares, que tem incorporado os códigos TUSS gradualmente e é publicada por empresa especializada, na qual consta o preço de medicamentos vendidos no Brasil, sendo reconhecida no meio hospitalar, de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

5.3. O mercado não utiliza a tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela BRASÍNDICE, conforme ANEXO A

5.4. Ressalta-se que a precificação de medicamentos, não se trata de uma compra e venda, e sim, o ressarcimento dos insumos para a prestação dos serviços contratados, não modificando a natureza da contratação, que é de serviço.

6. NOTA EXPLICATIVA PARA A TABELA SIMPRO

6.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela SIMPRO. Sua precificação será utilizando o Preço de Fábrica, em vigor no período do atendimento/internação, aplicando-se um deflator de 20%.

6.2. A SIMPRO foi escolhida por ser um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro ANVISA, código TUSS, classificação, embalagem, e outros), direcionado a compras, faturamento, licitações, análise e audi-

toria de contas médico-hospitalares, sendo reconhecida no meio hospitalar de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

6.3. Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela SIMPRO, conforme ANEXO A.

6.4. O mercado, na região abrangida, exige a precificação por meio da tabela SIMPRO, aceitando até 20% de deflator, pratica seguida também pelos planos e operadoras de saúde privados.

ANEXO A – PESQUISA DE MERCADO

ESTUDO DE MERCADO					
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA SIMPRO	MOTIVO DO NÃO USO DA SIMPRO	DEFLATOR %	SIMPRO para OPME
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	SIM	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA SIMPRO	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 20%
HN HOME CARE	HOME CARE	SIM	*	10,00%	20,00%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	Simpro Pura	*	Sem Deflator (utiliza-se pura)	Não. OPME é NF + 15%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	SIM	*	20,00%	Não. OPME é NF + 10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	SIM	*	10%	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	SIM	*	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Sim	Não aplicável	20	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	Sim	*	20	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%

ESTUDO DE MERCADO						
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA CMED	MOTIVO DO NÃO USO DA CMED	BRASÍNDICE	MEDIC. RESTRITO HOSP	NF + %
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	NÃO	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA BRASINDICE	BRASÍNDICE PMC	PF+30%	NF+30%
HN HOME CARE	HOME CARE	NÃO	Utilizado Brasindice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+20%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasindice	Brasindice PF + 10%	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasindice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	NÃO	Utilizado Brasindice	SIM (PF +10%)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasindice	SIM (Preço de fábrica)	PF	NF
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	NÃO	Utilizado Brasindice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasindice	SIM (Preço de mercado)	PF + 20%	NF+15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Não	Utilização do Brasindice	Brasindice PMC	Brasindice PF + 10%	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	*	*	*	não usamos	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasindice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%

ANEXO 1 – SOLICITAÇÃO DE GAB



**COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA
ESCOLA DE ESPECIALISTAS DE AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ
SEÇÃO DO FUNSA**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO À REDE COMPLEMENTAR DO SISAU

1) Deve ser preenchido apenas para beneficiários do FUNSA.		
2) O Oficial solicitante deverá encaminhar o beneficiário à Seção de FUNSA, para que possa ser devidamente orientado.		
NOME DO BENEFICIÁRIO:		IDADE:
GRAU DE DEP:	SARAM:	UNIDADE: EEAR
NOME DO TITULAR:		
POSTO/GRADUAÇÃO:	<input type="checkbox"/> ATIVA <input type="checkbox"/> INATIVA	
EXAME SOLICITADOS:		
H. DIAGNÓSTICA (CID):		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS QUE CORROBORAM A SOLICITAÇÃO:		
JÁ REALIZOU ESTE EXAME ANTES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANDO?		
JUSTIFICATIVA DA NOVA REALIZAÇÃO:		
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
_____	_____ / _____ / _____	
MÉDICO SOLICITANTE		
DATA		
DIVISÃO/SEÇÃO MÉDICA		
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO GAB <input type="checkbox"/> AUTORIZADO ARE <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO (DEVOLVER AO MÉDICO SOLICITANTE)		
JUSTIFICATIVA DA NÃO AUTORIZAÇÃO:		
_____	_____ / _____ / _____	
CHEFE DO FUNSA/DIVISÃO MÉDICA		
DATA		
PREENCHIDO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL (EM CASO DE GAB)		
OPÇÃO DE PRESTADOR: _____		
ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL: _____		DATA: _____ / _____ / _____
TELEFONE: (____) _____		



**COMANDO DA AERONÁUTICA
ESQUADRÃO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ**

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____

Estado Civil: _____ Profissão/Posto/Graduação: _____

Identidade Militar e/ou RG: _____ SARAM: _____

Residente no Endereço: _____

Município: _____ - _____, mediante a este instrumento, declaro que nos termos 6.1.6, 6.1.6.1 e 6.1.6.2 da NSCA 160-7/2019, caso haja disponibilidade de transferência para uma Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), e **caso se recuse a autorizar a remoção do paciente**, ficará caracterizado que a permanência do paciente no hospital privado, a partir daquela data, será decorrente do **exercício da livre escolha do beneficiário/responsável** pelo paciente, escolha esta que não se encontra coberta pelas normas que regem a prestação da assistência médico-hospitalar pelo sistema de saúde da Aeronáutica, de modo que o exercício desse direito **afastará a responsabilidade do Comando da Aeronáutica pelas despesas com o tratamento, a partir da data da transferência/remoção.**

_____.

_____ - SP _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

6.1.6 É de responsabilidade de cada OC gerenciar as internações na rede complementar do SISAU, por meio de auditoria prospectiva e concorrente. Logo que as condições clínicas do paciente permitirem e houver OSA ou Organização de Saúde de outra Força Singular/HFA apta a receber o caso, a OC deverá providenciar sua transferência.

6.1.6.1 No caso de recusa do beneficiário e/ou seu responsável de transferi-lo para uma OSA ou Organização de Saúde de outra Força Singular/HFA, a OC deverá dar ciência ao beneficiário ou seu representante, formalmente documentada, de que, a partir daquela data, o COMAER não mais se responsabilizará pelas despesas com o tratamento, o qual será caracterizado como livre escolha pelo beneficiário/ responsável pelo paciente.

6.1.6.2 Nos casos do item 6.1.6.1, o beneficiário/responsável pelo paciente deverá assinar um Termo de Ciência, elaborado pela OC conforme modelo do Anexo F (Termo de Ciência Direito de Livre Escolha), após receber as devidas orientações de que está optando pelo seu direito de livre escolha. Caso o beneficiário e/ou seu representante legal se recuse a assinar o Termo de Ciência a que se refere este item, duas testemunhas deverão assinar o documento, confirmando o fato de que todas as informações a respeito do direito de livre escolha e da suspensão da responsabilidade do COMAER pelas despesas do tratamento foram prestadas ao beneficiário e/ou a seu representante legal.

ANEXO 2 – GAB

Comando da Aeronáutica Comando Geral de Pessoal Diretoria de Saúde ES-GW	GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO GAB		Número: GAB2021/ES-GW/00000
			Data:
Ao:		CPF/CNPJ:	
Endereço:		Telefone:	
Apresento a V. Sa. o Beneficiário a seguir identificado para ser submetido ao(s) seguinte(s) exame(s)/Tratamento(s)			
Nome do beneficiário:		SARAM:	
Grau de dependencia:	CPF:	Urgente:	Internação:
Nome do Titular:			
Posto/Graduação/Cat:		CPF:	Unidade:
Especificações:			
Observações Não cobrar indenização ao Paciente			
Autorizo o(s) exames/tratamento(s) acima especificado(s)		Certifico que o(s) exame(s)/tratamento(s) acima especificado(s) foi(oram) realizado(s), conforme especificado nesta GAB	
Assinatura do Comandante ou Diretor		Assinatura do responsável pelo paciente / Paciente	

Esta guia tem validade de 30 dias a contar da data de emissão

ANEXO 3 – GEAM

COMANDO DA AERONÁUTICA COMANDO GERAL DO PESSOAL DIRETORIA DE SAÚDE ESCOLA DE ESPECIALISTA DE AERONÁUTICA GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ OSA/OM	GEAM N° <u>XX/202X</u> Data de Emissão <u>XX / XX / 202X</u>
---	---

Ao: _____
(Nome do Prestador de Serviço Credenciado)

CGC/CPF: _____

End: _____

Tel: (XX) XXXX-XXXX

Encaminhado para o(a) paciente _____

SARAM: _____, dependente do _____
(nome/posto/graduação)

beneficiário **exclusivo** da AMH (Assistência Médico-Hospitalar), informando que as despesas decorrentes desse atendimento serão pagas integral (100% - cem por cento) e diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

Chefe, Diretor ou Comandante da OM emitente

Eu, _____, beneficiário titular responsável pelo paciente acima identificado, SARAM _____, estou ciente de que deverei arcar integralmente com as despesas decorrentes da prestação do serviço de saúde, que serão pagas diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

Guaratinguetá, ____ / ____ / ____

Assinatura

COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE
ESCOLA DE ESPECIALISTA DE AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

Termo de Ciência – Despesas de Saúde relacionadas à Emissão de Guia de Encaminhamento para Assistência Médico-Hospitalar (GEAM)

1. O presente Termo é lavrado aos ____ dias do mês de _____ de **202__**, em conformidade com as orientações contidas no item 6.3.1 da NSCA 160-7, que dispõe sobre a Assistência Complementar do Sistema de Saúde da Aeronáutica, aprovada pela Portaria COMGEP nº 2.357/3SC, de 30 de outubro de 2017.

2. Informo ao Sr(a). _____

() beneficiário titular do SISAU – SARAM nº _____

() beneficiário exclusivo da AMH – SARAM nº _____

() responsável pelo paciente – Identidade nº _____

que o(a) paciente _____, SARAM nº _____, beneficiário exclusivo da AMH, será encaminhada, via GEAM (Guia de Encaminhamento para Assistência Médico-hospitalar) para assistência de saúde no(a) _____ (entidade credenciada por esta Organização Credenciante), a fim de realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) de saúde:

3. As despesas referentes à assistência de saúde por meio de GEAM deverão ser pagas integralmente (100%) pelo beneficiário titular do SISAU diretamente à entidade credenciada /contratada, no ato da execução do procedimento.

4. O valor a ser gasto com o(s) procedimento(s) listado(s) acima são os que constam do Termo de Credenciamento com o prestador de serviço, o que pode ser fornecido por meio de contato com a Seção de Credenciamento desta Organização Credenciante Tel: **(12) 2131-7694**; e-mail: **auditoria.eear@fab.mil.br**.

5. Importante ressaltar que, além do preço dos procedimentos constantes do Termo de Credenciamento, ao custo de eventos ambulatoriais pode ser acrescidos os custos com taxa de sala, materiais descartáveis e medicamentos. De forma semelhante, aos honorários profissionais de pacientes internados serão acrescidos os custos com diárias e taxas hospitalares, materiais descartáveis, exames complementares, medicamentos, gases medicinais, órteses, próteses, materiais especiais, medicamentos especiais, hemoterapia e terapias auxiliares ocorridas durante a internação.

6. Por fim, informo que a eventual recusa em assinar o presente Termo será suprida pela aposição de assinaturas de duas testemunhas, que presenciarão tanto a leitura do mesmo quanto o fato de que todas as informações constantes neste foram adequadamente prestadas a V.Sa.

Militar da OC responsável pela comunicação

Beneficiário Titular/Paciente/Responsável

Testemunha

Testemunha

Anexo V - Referencial de Custos - REMOÇÃO.pdf



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
REMOÇÕES

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento complementa a precificação dos serviços de transferência de paciente por ambulância abrangidos pelo credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW), com base no Termo de Referência deste credenciamento.

1.2. Entende-se por remoção a transferência do paciente, por razão de ordem médica, para uma organização de saúde, ou desta para outra, dentro do perímetro urbano ou suburbano. O FUNSA autorizará remoções de pacientes realizadas dentro do Estado de São Paulo e para o Estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais quando o beneficiário estiver sendo transferido para as Organizações de Saúde da Aeronáutica de quarto Escalão.

1.3. O FUNSA somente autorizará as remoções de pacientes quando solicitadas por médico do GSAU-GW e devidamente justificada por meio de Relatório Analítico, contendo a indicação e justificativa da remoção, e o formulário de remoção (Anexo 1). Depois de autorizado pela Auditoria da FUNSA, será emitida uma GAB (Anexo 2) ou uma GEAM, (Anexo 3) para realização da remoção.

1.4. Os pacientes transferidos com a apresentação da GEAM (Anexo 3) deverão pagar o credenciado no ato da transferência, integralmente, conforme referencial de custos.

1.5. Quando, em face à extrema gravidade da situação, não seja possível a solicitação de autorização prévia, o responsável pelo paciente poderá realizar a remoção do paciente, solicitando posteriormente o pagamento ao FUNSA na modalidade de ressarcimento, apenas os casos de pacientes que têm direito a GAB.

1.6. O valor da remoção e a forma de pagamento às entidades credenciadas pelo FUNSA serão os valores estabelecidos neste Referencial de Custos.

1.7. Os serviços de remoção serão requeridos pelo CREDENCIANTE, por meio do número de emergência fornecido pelo CREDENCIADO, que atenderá as solicitações de serviço, sem interrupções, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias, no período de vigência deste Termo de Credenciamento. O CREDENCIADO deverá ser informado da localização do paciente e do quadro clínico, e o destino da transferência.

1.8. Ao acionamento, a CREDENCIADA deverá informar sobre o período mínimo previsto ao atendimento.

1.9. Nas remoções terrestres o usuário, independentemente da idade, poderá ser acompanhado por uma pessoa. Os acompanhantes não poderão interferir na assistência ao paciente, sob pena

de expulsão do veículo, onde quer que este se encontre.

1.10. O motorista da CREDENCIADA deverá ter a habilitação para condução de veículos nas categorias D ou E.

1.11. De acordo com a Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002, as ambulâncias são classificadas em:

- TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.
- TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.
- TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).
- TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.
- TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC.
- TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

2. ÍNDICES E VALORES

2.1. Em casos de remoções canceladas pelo CREDENCIANTE após saída da base do CREDENCIADO antes de completar um trecho já valorado, será remunerado por km rodado conforme tabela deste Referencial de Custos, mediante apresentação da comprovação da distância percorrida.

2.2. Os preços aqui apresentados representam o valor máximo aceitável pela CREDENCIANTE.

TABELAS REMOÇÕES – TERRESTRE (AMBULÂNCIA)		
REMOÇÃO COM AMBULÂNCIA TIPO UTI ADULTO/ PEDIÁTRICA/ NEONATAL (SUPORTE AVANÇADO) VALE DO PARAÍBA – SÃO PAULO		
ITEM	LOCALIDADE	VALOR – UTI
1	GUARATINGUETÁ – GUARATINGUETÁ	R\$ 1.121,08/ HORA PARADA: R\$ 253,00
2	GUARATINGUETÁ – LORENA	R\$ 1.425,60/ HORA PARADA: R\$ 253,91
3	GUARATINGUETÁ – TAUBATÉ	R\$ 2.703,41/ HORA PARADA: R\$ 253,91
4	GUARATINGUETÁ – SÃO JOSÉ DO CAMPOS	R\$ 3.637,16/ HORA PARADA: R\$ 253,91

TABELAS REMOÇÕES – TERRESTRE (AMBULÂNCIA)		
5	GUARATINGUETÁ – ITAJUBÁ	R\$ 4.984,66/ HORA PARADA: R\$ 253,91
6	GUARATINGUETÁ – SÃO PAULO	R\$ 6.918,00/ HORA PARADA: R\$ 253,91
7	GUARATINGUETÁ – RIO DE JANEIRO	R\$ 9.269,16/ HORA PARADA: R\$ 396,87
8	DEMAIS LOCALIDADES	HORA PARADA: R\$ 253,92/ VALOR POR KM RODADO: R\$ 19,57
COMPÕEM OS ITENS CONSIDERADOS COMO PARTE INTEGRANTE DO VALOR PAGO POR REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO :		
<p>Sinalizador óptico e acústico; equipamento de radio comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobráveis; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não- invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geleia e “spray”; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antisséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com antisséptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para recém-natos.”</p>		
REMOÇÃO COM AMBULÂNCIA TIPO UTI ADULTO/ PEDIATRICA/ NEONATAL (SUPORTE AVANÇADO) ITAJUBÁ-MG		
ITEM	LOCALIDADE	VALOR – UTI
1	ITAJUBÁ – GUARATINGUETÁ	R\$ 3.219,27/ HORA PARADA: R\$ 299,32
2	ITAJUBÁ – LORENA	R\$ 2.751,30/ HORA PARADA: R\$ 299,32
3	ITAJUBÁ – TAUBATÉ	R\$ 3.975,42/ HORA PARADA: R\$ 299,32
4	ITAJUBÁ – SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	R\$ 5.453,92/ HORA PARADA: R\$ 299,32
5	ITAJUBÁ – SÃO PAULO	R\$ 8.056,55/ HORA PARADA: R\$ 299,32
6	DEMAIS LOCALIDADES	VALOR POR KM RODADO: R\$ 17,40
COMPÕEM OS ITENS CONSIDERADOS COMO PARTE INTEGRANTE DO VALOR PAGO POR REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO :		
<p>Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobráveis; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito</p>		

TABELAS REMOÇÕES – TERRESTRE (AMBULÂNCIA)

no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não- invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geleia e “spray”; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antisséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com antisséptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para recém-natos.”

REMOÇÃO COM AMBULÂNCIA TIPO SIMPLES VALE DO PARAÍBA – SÃO PAULO E ITAJUBÁ-MG

ITEM	LOCALIDADE	VALOR – BÁSICA
1	QUALQUER LOCALIDADE	VALOR POR KM RODADO: R\$ 10,98

COMPÕEM OS ITENS CONSIDERADOS COMO PARTE INTEGRANTE DO VALOR PAGO POR REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO :

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c – aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gases estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e malas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços. As ambulâncias de suporte básico que realizam também ações de salvamento deverão conter o material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas, maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg, fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas, devendo contar, ainda com compartimento isolado para a sua guarda, garantindo um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo, 8 metros cúbicos.

ANEXO 1 - RELATÓRIO ANALÍTICO



COMANDO DA AERONÁUTICA ESCOLA DE ESPECIALISTAS DE AERONÁUTICA GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

RELATÓRIO ANALÍTICO DE REMOÇÃO DE PACIENTE

HOSP. DE ORIGEM:	HOSP. DE DESTINO:
AMBULÂNCIA UTI: () SIM () NÃO	

I - IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ IDADE: _____ anos

POSTO/GRADUAÇÃO/FUNÇÃO: _____

IDENTIDADE: _____ OM: _____

RESPONSÁVEL: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ Nº PRONTUÁRIO: _____

Nº SARAM: _____

II- NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE: SIM () NÃO ()

III- HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

IV- EXAME FÍSICO/PSÍQUICO:

V- EXAME COMPLEMENTARES:

VI- OBSERVAÇÃO

DATA

Ass. do Médico Assistente

DATA

Ass. do Chefe da DM do GSAU-GW

ANEXO 2 - GAB

Comando da Aeronáutica Comando Geral de Pessoal Diretoria de Saúde ES-GW	GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO GAB		Número: GAB2021/ES-GW/00000	
			Data:	
Ao:		CPF/CNPJ:		
Endereço:		Telefone:		
Apresento a V. Sa. o Beneficiário a seguir identificado para ser submetido ao(s) seguinte(s) exame(s)/Tratamento(s)				
Nome do beneficiário:			SARAM:	
Grau de dependência:		CPF:	Urgente:	Internação:
Nome do Titular:				
Posto/Graduação/Cat:		CPF:	Unidade:	
Especificações:				
Observações Não cobrar indenização ao Paciente				
Autorizo o(s) exames/tratamento(s) acima especificado(s)			Certifico que o(s) exame(s)/tratamento(s) acima especificado(s) foi(oram) realizado(s), conforme especificado nesta GAB	
Assinatura do Comandante ou Diretor			Assinatura do responsável pelo paciente / Paciente	

Esta guia tem validade de 30 dias a contar da data de emissão

ANEXO 3 - GEAM

COMANDO DA AERONÁUTICA COMANDO GERAL DO PESSOAL DIRETORIA DE SAÚDE ESCOLA DE ESPECIALISTA DE AERONÁUTICA <u>GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ</u> OSA/OM	GEAM Nº <u>XX/202X</u> Data de Emissão <u>XX / XX / 202X</u>
--	---

Ao: _____
(Nome do Prestador de Serviço Credenciado)

CGC/CPF: _____

End: _____

Tel: (XX) XXXX-XXXX

Encaminhado para o(a) paciente _____

SARAM: _____, dependente do _____
(nome/posto/graduação)

beneficiário **exclusivo** da AMH (Assistência Médico-Hospitalar), informando que as despesas decorrentes desse atendimento serão pagas integral (100% - cem por cento) e diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

Chefe, Diretor ou Comandante da OM emitente

Eu, _____, beneficiário titular responsável pelo paciente acima identificado, SARAM _____, estou ciente de que deverei arcar integralmente com as despesas decorrentes da prestação do serviço de saúde, que serão pagas diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

Guaratinguetá, ____ / ____ / ____

Assinatura

Anexo VI - Referencial de Custos - ULTRASSOM.pdf



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
EXAMES DE ULTRASSOM

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento complementa a precificação dos serviços de ultrassom realizados por Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) no grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW), com base no Termo de Referência deste credenciamento.

1.2. O FUNSA somente autorizará a realização do exame quando solicitadas por médico do GSAU-GW e devidamente justificada, contendo a indicação e justificativa da realização, solicitado através do Formulário de Solicitação de Encaminhamento (Anexo 1). Depois de autorizado pela Auditoria da FUNSA, será emitida uma GAB (Anexo 2) ou uma GEAM, (Anexo 3) para realização do exame.

1.3. Os pacientes que realizar o exame com a apresentação da GEAM (Anexo 3) deverão pagar o Profissional de Saúde Autônomo (PSA) no ato da realização, integralmente, conforme referencial de custos.

1.4. Quando, em face à extrema gravidade da situação, não seja possível a solicitação de autorização prévia, o responsável pelo paciente poderá realizar o exame e solicitando posteriormente o pagamento ao FUNSA na modalidade de ressarcimento, apenas os casos de pacientes que têm direito a GAB.

2. ÍNDICES E VALORES

2.1. Os preços aqui apresentados representam o valor máximo aceitável pela CREDENCIANTE.

EXAMES DE ULTRASSOM			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
	ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIO E ANEXOS)	UNIDADE	R\$ 126,55
	ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS)	UNIDADE	R\$ 123,79
	ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, VIAS BILIARES, VESÍCULA, PÂNCREAS E BAÇO)	UNIDADE	R\$ 137,49
	ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	UNIDADE	R\$ 194,51
	APARELHO URINÁRIO (RINS, URETERES E BEXIGA)	UNIDADE	R\$ 119,43
	ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	UNIDADE	R\$ 99,59
	DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	UNIDADE	R\$ 226,38

	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	UNIDADE	R\$ 290,91
	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	UNIDADE	R\$ 301,35
	DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	UNIDADE	R\$ 257,31
	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR – UNILATERAL	UNIDADE	R\$ 238,58
	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR – UNILATERAL	UNIDADE	R\$ 310,58
	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR – UNILATERAL	UNIDADE	R\$ 332,00
	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR – UNILATERAL	UNIDADE	R\$ 332,00
	ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)	UNIDADE	R\$ 93,49
	MAMAS	UNIDADE	R\$ 114,89
	OBSTÉTRICA	UNIDADE	R\$ 84,70
	OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOAGINAL)	UNIDADE	R\$ 158,11
	OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	UNIDADE	R\$ 173,97
	OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO	UNIDADE	R\$ 189,12
	OBSTÉTRICA GESTAÇÃO MÚLTIPLA COM DOPPLER COLORIDO: CADA FETO	UNIDADE	R\$ 106,64
	OBSTÉTRICA GESTAÇÃO MÚLTIPLA: CADA FETO	UNIDADE	R\$ 59,16
	OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	UNIDADE	R\$ 218,83
	ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO OU PÊNIS OU CRÂNIO)	UNIDADE	R\$ 94,40
	PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	UNIDADE	R\$ 118,89
	PRÓSTATA TRANSRETAL (NÃO INCLUI ABDOME INFERIOR MASCULINO)	UNIDADE	R\$ 152,76
	TRANSVAGINAL (ÚTERO, OVÁRIO, ANEXOS E VAGINA)	UNIDADE	R\$ 109,21

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE GAB - ANEXO 1



COMANDO DA AERONÁUTICA ESQUADRÃO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____

Estado Civil: _____ Profissão/Posto/Graduação: _____

Identidade Militar e/ou RG: _____ SARAM: _____

Residente no Endereço: _____

Município: _____ - _____, mediante a este instrumento, declaro que nos termos 6.1.6, 6.1.6.1 e 6.1.6.2 da NSCA 160-7/2019, caso haja disponibilidade de transferência para uma Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA), e **caso se recuse a autorizar a remoção do paciente**, ficará caracterizado que a permanência do paciente no hospital privado, a partir daquela data, será decorrente do **exercício da livre escolha do beneficiário/responsável** pelo paciente, escolha esta que não se encontra coberta pelas normas que regem a prestação da assistência médico-hospitalar pelo sistema de saúde da Aeronáutica, de modo que o exercício desse direito **afastará a responsabilidade do Comando da Aeronáutica pelas despesas com o tratamento, a partir da data da transferência/remoção.**

_____ - SP _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do paciente e/ou responsável

6.1.6 É de responsabilidade de cada OC gerenciar as intimações na rede complementar do SISAU, por meio de auditoria prospectiva e concorrente. Logo que as condições clínicas do paciente permitirem e houver OSA ou Organização de Saúde de outra Força Singular/HFA apta a receber o caso, a OC deverá providenciar sua transferência.

6.1.6.1 No caso de recusa do beneficiário e/ou seu responsável de transferi-lo para uma OSA ou Organização de Saúde de outra Força Singular/HFA, a OC deverá dar ciência ao beneficiário ou seu representante, formalmente documentada, de que, a partir daquela data, o COMAER não mais se responsabilizará pelas despesas com o tratamento, o qual será caracterizado como livre escolha pelo beneficiário/responsável pelo paciente.

6.1.6.2 Nos casos do item 6.1.6.1, o beneficiário/responsável pelo paciente deverá assinar um Termo de Ciência, elaborado pela OC conforme modelo do Anexo F (Termo de Ciência Direito de Livre Escolha), após receber as devidas orientações de que está optando pelo seu direito de livre escolha. Caso o beneficiário e/ou seu representante legal se recuse a assinar o Termo de Ciência a que se refere este item, duas testemunhas deverão assinar o documento, confirmando o fato de que todas as informações a respeito do direito de livre escolha e da suspensão da responsabilidade do COMAER pelas despesas do tratamento foram prestadas ao beneficiário e/ou a seu representante legal.

GAB – ANEXO 2

Comando da Aeronáutica Comando Geral de Pessoal Diretoria de Saúde ES-GW	GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO GAB		Número: GAB2021/ES-GW/00000
			Data:
Ao:		CPF/CNPJ:	
Endereço:		Telefone:	
Apresento a V. Sa. o Beneficiário a seguir identificado para ser submetido ao(s) seguinte(s) exame(s)/Tratamento(s)			
Nome do beneficiário:		SARAM:	
Grau de dependencia:	CPF:	Urgente:	Internação:
Nome do Titular:			
Posto/Graduação/Cat:		CPF:	Unidade:
Especificações:			
Observações Não cobrar indenização ao Paciente			
Autorizo o(s) exames/tratamento(s) acima especificado(s)		Certifico que o(s) exame(s)/tratamento(s) acima especificado(s) foi(oram) realizado(s), conforme especificado nesta GAB	
Assinatura do Comandante ou Diretor		Assinatura do responsável pelo paciente / Paciente	

Esta guia tem validade de 30 dias a contar da data de emissão

GEAM - ANEXO 3

COMANDO DA AERONÁUTICA COMANDO GERAL DO PESSOAL DIRETORIA DE SAÚDE ESCOLA DE ESPECIALISTA DE AERONÁUTICA <u>GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ</u> OSA/OM	GEAM Nº <u>XX/202X</u> Data de Emissão <u>XX / XX / 202X</u>
--	---

Ao: _____
(Nome do Prestador de Serviço Credenciado)

CGC/CPF: _____

End: _____

Tel: (XX) XXXX-XXXX

Encaminho para o(a) paciente _____
SARAM: _____, dependente do _____
(nome/posto/graduação)

beneficiário **exclusivo** da AMH (Assistência Médico-Hospitalar), informando que as despesas decorrentes desse atendimento serão pagas integral (100% - cem por cento) e diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

Chefe, Diretor ou Comandante da OM emitente

Eu, _____, beneficiário titular responsável pelo paciente acima identificado, SARAM _____, estou ciente de que deverei arcar integralmente com as despesas decorrentes da prestação do serviço de saúde, que serão pagas diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

Guaratinguetá, ____ / ____ / ____

Assinatura



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	ETP46_2024
Data/Hora de Criação:	26/08/2024 13:44:44
Páginas do Documento:	135
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	136
Hash MD5:	a4085dad11b568ade646dfaded158354
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten BRUNA PRISCILA DA SILVA no dia 27/08/2024 às 15:12:32 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten PÂMELA LUIZA DA SILVA MARTINIANO MARUCCO no dia 28/08/2024 às 11:55:23 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel RODRIGO DE OLIVEIRA CORRÊA no dia 08/01/2025 às 13:36:25 no horário oficial de Brasília.