



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 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. 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. Roupas 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 equipe

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\$ 429,86
13	HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA	R\$ 370,91
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA		

1. Diária de Internação em Psiquiatria

1.1. compreende:

- 1) Atendimento psicológico, terapia ocupacional, nutricional individual ou em grupo, e fisioterapia;
- 2) Atividades diárias com acompanhamento de monitor;
- 3) Atividade física, com educador físico (em grupo);
- 4) Assistência de enfermagem 24 horas;
- 5) Médico plantonista 24 horas;
- 6) Visita médica do médico assistente (3 vezes/ semana);
- 7) Programa de Família (médico e psicólogo);
- 8) Serviços de hotelaria;
- 9) Alimentação;
- 10) Medicação padronizada:
 - a) AAS 100 mg comprimido;
 - b) Ácido fólico 5 mg drágeas;
 - c) Água para injeção ampola de 10ml;
 - d) Ambroxol 30 mg; 5ml frasco 100ml;
 - e) Aminofilina 100 mg comprimido;
 - f) Aminofilina 24 mg/ml ampola 10ml;
 - g) Amoxicilina 500 mg cápsula;
 - h) Atropina 0,25 mg ampola 1ml;
 - i) Aripiprazol 15mg comprimido;
 - j) Benzilpenicilina. Procaína / potássica 400.000 UI frasco;
 - k) Benzilpenicilina 1.200.000UI frasco;
 - l) Benzoato de benzila 25% emulsão tópica;
 - m) Biperideno 2 mg comprimido;
 - n) Biperideno 5 mg/ml ampola 1ml injetável;
 - o) Bisacodil 5 mg comprimido;
 - p) Brometo de fenoterol gotas;
 - q) Brometo de ipratrópio gotas;
 - r) Captopril 12,5 mg comprimido;
 - 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;
- bb) Clonazepam 2mg comprimido;
- cc) Clopromazina 100 mg comprimido;
- dd) Cloreto de potássio 19,1% ampola 10ml;
- ee) Cloreto de sódio 0,9% ampola 10ml;
- ff) Cloreto de sódio 20% ampola 10ml;
- gg) Clorpromazina 25 mg comprimido;
- hh) Clorpromazina 5 mg/5ml ampola 5ml;
- ii) Clorpropamida 250 mg comprimido;
- jj) Colagenase / cloranfenicol pomada (Kollagenase);
- kk) Complexo B ampola 2ml;
- ll) Complexo B comprimido;
- mm) Dexametasona 0,1% colírio;
- nn) Dexametasona 4 mg comprimido;
- oo) Dexametasona 4 mg/ml ampola 2,5ml;
- pp) Dexametasona creme;
- qq) Dexclorfeniramina 2 mg comprimido;
- rr) Diazepam 10 mg ampola 2ml;
- ss) Diazepam 10 mg comprimido;
- tt) Diazepam 5 mg comprimido;
- uu) Diclofenaco sódico 50 mg comprimido;
- vv) Diclofenaco sódico 75 mg ampola 3ml;
- ww) Digoxina 25 mg comprimido;
- xx) Dimeticona 40 mg comprimido;
- yy) Dipirona 500 mg comprimido;
- zz) Dipirona 500 mg/ml ampola 2ml;
- aaa) Dopamina 50 mg ampola 10ml;
- bbb) Efortil 10 mg ampola 1ml;
- ccc) Escopolamina 10 mg comprimido;
- ddd) Escopolamina 20 mg/ml ampola 01 ml;
- eee) Escopolamina/dipirona ampola 5ml;
- fff) Fenitoína 100 mg comprimido;
- ggg) Fenitoína 50 mg/ml ampola 5ml;
- hhh) Fenobarbital 100 mg comprimido;

iii) Fenobarbital 100 mg/ml ampola 2ml;
jjj) Fleet enema frasco 500ml;
kkk) Fluoxetina 20 mg cápsula;
lll) Fluviral comprimido;
mmm) Furosemida 10 mg/ml ampola 2ml;
nnn) Furosemida 40 mg comprimido;
ooo) Glibenclamida 5 mg comprimido;
ppp) Glicose 25% ampola 10ml;
qqq) Glicose 50% ampola 10ml;
rrr) Haldol decanoato 50 mg ampola 1ml;
sss) Haloperidol 1 mg comprimido;
ttt) Haloperidol 5 mg comprimido;
uuu) Haloperidol 5 mg/ml ampola;
vvv) Hidrocortisona 25 mg comprimido;
www) Hidroxicortisona 500 mg frasco;
xxx) Hidróxido de alumínio suspensão;
yyy) Imipramina 25 mg comprimido;
zzz) Insulina NPH;
aaaa) Insulina Regular;
bbbb) Iodeto de potássio suspensão;
cccc) Ivermectina 6 mg comprimido;
dddd) Lamotrigina 100mg comprimido;
eeee) Lidocaína 2% geleia;
ffff) Lidocaína 2% sem vasoconstrictor;
gggg) Loção de ácidos graxos (Dersani);
hhhh) Loperamida 2 mg comprimido;
iiii) Mebendazol 100 mg comprimido;
jjjj) Metformina 500 mg comprimido;
kkkk) Metformina 850 mg comprimido;
llll) Metildopa 250 mg comprimido;
mmmm) Metoclopramida 10 mg/2ml;
nnnn) Metoclopramida 10 mg comprimido;
oooo) Midazolam 15 mg comprimido;
pppp) Midazolam 5 mg/ml ampola 3ml;
qqqq) Neomicina/bacitracina pomada (Nebacetim);
rrrr) Neozine 25 mg comprimido;

ssss) Neozine 100 mg comprimido;
tttt) Neozine 4% gotas;
uuuu) Neuleptil 4% gotas frasco de 20ml;
vvvv) Nifedipino 20 mg comprimido;
www) Nitrazepam 05 mg comprimido;
xxxx) Norfloxacino 400 mg comprimido;
yyyy) Olanzapina 5 mg comprimido;
zzzz) Olanzapina 10 mg comprimido;
aaaaa) Óleo mineral – solução oral;
bbbbb) Paracetamol 750 mg comprimido;
ccccc) Pentoxifilina 400 mg comprimido;
ddddd) Pregabalina 75 mg comprimido;
eeee) Prometazina 25 mg comprimido;
ffff) Prometazina 25 mg/ml ampola 2ml;
ggggg) Propranolol 40 mg comprimido;
hhhhh) Quetiapina 25 mg comprimido
iiii) Quetiapina 100 mg comprimido
jjjj) Ranitidina 150 mg comprimido;
kkkk) Ranitidina 50 mg ampola 2ml;
llll) Risperidona 1 mg comprimido;
mmmm) Risperidona 2 mg comprimido;
nnnn) Salbutamol suspensão;
oooo) Sinvastatina 20 mg comprimido;
pppp) Sulfato de magnésio 10% ampola 10ml;
qqqq) Sulfato ferroso 300 mg drácea;
rrrr) Sulpirida 200 mg comprimido;
ssss) Sustrate 10 mg comprimido;
tttt) Tiamina 100 mg/ml ampola 1ml;
uuuu) Tiamina 300 mg comprimido;
vvvv) Timolol 0,5%;
www) Tobramicina 3%;
xxxx) Valproato de sódio / Ácido valproico (300 mg CR)
yyyy) comprimido;
zzzz) Vitamina C ampola 5ml; e
aaaaa) 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) Medicamentos padronizados 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\$ 44,05
60017040	CURATIVO MÉDIO	R\$ 55,34
60016086	CURATIVO GRANDE	R\$ 71,92
60017996	CURATIVO PEQUENO QUEIMADO	R\$ 102,55
60016906	CURATIVO MÉDIO QUEIMADO	R\$ 111,64
60015942	CURATIVO GRANDE QUEIMADO	R\$ 119,56

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, 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.

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\$ 122,95
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:

- k) Pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F98.5);
- l) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80);
- m) 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);
- n) Pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria, apraxia e dislexia (CID R47.1, R48.2 e R48.0);
- o) 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);
- p) 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;
- q) 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:

- r) Portadores de Implante Coclear;
- s) Pacientes portadores de Prótese Auditiva Ancorada no Osso;
- t) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento – Autismo (CID F84);
- u) 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\$ 85,18
50000080	SESSÃO SUBSEQUENTE	R\$ 81,00
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 enviara 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		

TERAPIA OCUPACIONAL	
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 aM99).	

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 (dezesesseis reais e quinze centavos).

2.2. Será pago 9,67% em cima do valor final dos códigos pagos conforme CBHPM 2014, devido ao reajuste acumulado do IPCA de 2023 e 2024.

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.							

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 (dezesesseis 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 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).”

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, na qual é previsto a aplicação de deflator de até 20%, conforme especificado no item anterior.

4.7. Será pago 9,67% em cima do valor final dos códigos pagos conforme CBHPM 2014, devido ao reajuste acumulado do IPCA de 2023 e 2024.

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 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.

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.

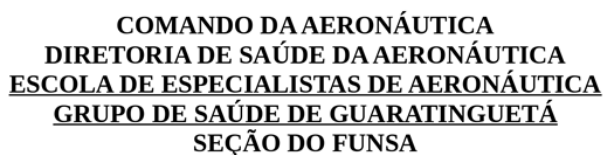
6.4. O mercado, na região abrangida, exige a precificação por meio da tabela SIMPRO, aceitando até 20% de deflator, pratica seguida também pelos planos e operadoras de saúde privados.

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 BRASÍNDICE	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 GAB



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:	() ATIVA	() INATIVA
EXAME SOLICITADOS:		
H. DIAGNÓSTICA (CID):		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS QUE CORROBORAM A SOLICITAÇÃO:		
JÁ REALIZOU ESTE EXAME ANTES? () SIM () NÃO QUANDO?		
JUSTIFICATIVA DA NOVA REALIZAÇÃO:		
() URGÊNCIA		() INTERNAÇÃO
_____ MÉDICO SOLICITANTE		_____/_____/_____ DATA
DIVISÃO/SEÇÃO MÉDICA		
() AUTORIZADO GAB () AUTORIZADO ARE () 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.

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

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

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.cear@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