



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 Civis 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
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 :		
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; 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.”		
REMOÇÃO COM AMBULÂNCIA TIPO UTI ADULTO/ PEDIÁTRICA/ 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

TABELAS REMOÇÕES – TERRESTRE (AMBULÂNCIA)		
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 :		
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 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; almofolhas 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 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 fer-		

TABELAS REMOÇÕES – TERRESTRE (AMBULÂNCIA)
--

ramentas 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.

RELATÓRIO ANALÍTICO - ANEXO 1



**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

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 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

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