



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 (ENDOVAGINAL)	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
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.

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