



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
6º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE  
BATALHÃO TEN CEL JOSÉ CARLOS DE CARVALHO



**ASSISTÊNCIA DOMICILIAR ("HOME CARE")**

**PROTOCOLO DE ELEGIBILIDADE**

**(Tabela de Avaliação de Complexidade de Atenção Domiciliar)**

**1. DA APRESENTAÇÃO:** Este documento apresenta o Protocolo de Elegibilidade (Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar), apresentando os critérios de elegibilidade que deverão ser observados quando da inclusão e manutenção de serviços de saúde de ATENÇÃO DOMICILIAR ("HOME CARE") aos militares da ativa, da reserva ou reformados, pensionistas e seus dependentes, beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (SAMMED/FuSEx), aos usuários do Fator de Custo (FC) e aos servidores civis do Exército e dependentes, beneficiários da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro (PASS), nas condições no Edital, por intermédio da CREDENCIADA no domicílio do paciente.

**2. CONSIDERAÇÕES RELEVANTES:** quando da avaliação para fins de inclusão de paciente em programa de atenção domiciliar deverão ser observados os aspectos, conforme a tabela abaixo:

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO NÚCLEONACIONAL DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR	
Data da Avaliação: _____/_____/_____	
Nome do Paciente:	
Matrícula:	Idade: _____ Convênio: _____
Diagnóstico Principal:	Diagnóstico Secundário:
Médico Assistente:	C.R.M.:

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 rede credenciada?		
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			ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS
	24 HORAS	12 HORAS		
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIASAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia		Não utiliza

*(Assinaturas manuscritas)*

VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO		Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia		Não utiliza	FI nº 43
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE		Mais de 4 vezes/dia				Até 4 vezes/dia	RUBRICA

Para indicação de Planejamento Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.

GRUPO 3 - CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO							
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			
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0	ALERTA	1	CONFUSO/ DESORIENTADO	2	COMATOSO	
<b>PONTUAÇÃO FINAL:</b>							
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>							
Até 5 pontos:	Considerar procedimentos exclusivos ou outros programas: ( ) Curativos ( ) Medicamentos			De 12 a 17 Pontos:	Considerar Internação Domiciliar 12h		

### 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 URINOL OU 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 (URINAR E EVACUAR).	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.			
<b>PONTUAÇÃO KATZ:</b>					
<b>CLASSIFICAÇÃO KATZ</b>					
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 parapacientes 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.

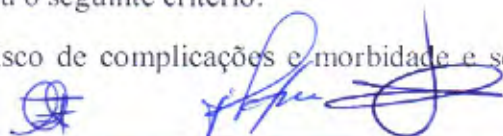
### Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

- 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



ii. 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos/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/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermoclise.

b) Naqueles casos em que uma internação domiciliar ver 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.

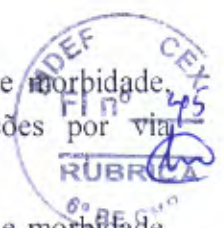
d) A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

Quartel em São Gabriel-RS, 27 de maio de 2024.

  
**CARIANE SOUTO FONTANELLA – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**IVONIR GONÇALVES LEHER – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**FABRÍCIO DE ALMEIDA ZANCHI – 2º Sgt**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação









## ANEXO I - E

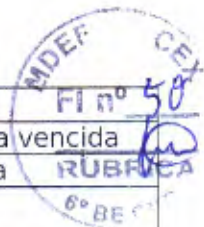


MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
6º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE  
BATALHÃO TEN CEL JOSÉ CARLOS DE CARVALHO

TABELA DE GLOSA DO FUSEX

1	Atendimento não caracterizando urgência	42	Material não coberto (ver relação anexa)
2	Acomodação acima da autorizada	43	Material não justificado para o caso
3	Atendimento por médico militar	44	Material não utilizado
4	Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais	45	Material reutilizável - pagamento parcial
5	Cobrança de 30% não caracterizado urgência ou emergência	46	Medicação não considerada de urgência
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico	47	Medicação em desacordo com a prescrição
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico	48	Medicação em excesso
8	Data de atendimento fora da sequência na planilha	49	Medicação não justificada para o caso
9	Data de atendimento fora da competência	50	Medicação não prescrita
10	Diagnóstico ilegível	51	Medicação não utilizada
11	Diárias em excesso	52	Medicamento acima do preço de mercado
12	Diárias fora da tabela acordada	53	Medicamento não coberto
13	Documento sem assinatura/ carimbo do médico assistente	54	Medicamento suspenso
14	EPI de responsabilidade do prestador	55	Paciente não é beneficiário FuSEx/PASS
15	Especialidade não autorizada	56	Prescrição médica cm rasura ou ilegível
16	Evento incluso no pacote acordado	57	Prestador descredenciado
17	Evento que não comporta cobrança	58	Procedimento/exames em excesso
18	Exame não prevê cobrança contraste	59	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico
19	Exame sem laudo	60	Procedimento/exame em duplicidade
20	Exames/procedimentos não requisitados	61	Procedimento/exame não coberto
21	Falta de discriminação dos serviços executados	62	Procedimento/exame não realizado
22	Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem	63	Prontuário/ficha/boletim ilegível
23	Fatura sem separar (FuSEx - PASS - Fator de Custo)	64	Prontuário/ficha/boletim rasurados
24	Filme -cobrança em desacordo com CBR	65	Retorno de consulta
25	Guia/Ofício de encaminhamento ilegível	66	SADT/exames fora da tabela acordada
26	Guia/Ofício de encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável	67	Sem autorização para procedimento ou exame
27	Guia autorizada para outro prestador	68	Sem diagnóstico
28	Atendimentos realizados com a Guia de Encaminhamento fora da validade (30 dias contados a partir da data de emissão)	69	Sem guia/ofício de encaminhamento
29	Guia não autorizada pelo FuSEx	70	Solicitação médica com data rasurada
30	Guia autorizada para outro beneficiário	71	Solicitação com data posterior ao

			exame
31	Guia autorizada para outro procedimento	72	Solicitação médica com data vencida
32	Guia sem carimbo de autorização	73	Solicitação médica sem data
33	Guia/Ofício de encaminhamento carbonados ou fotocopiados	74	Soma errada - cálculo
34	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso	75	Taxas fora da tabela acordada
35	Justificar cobrança	76	Taxas indevidas ou em excesso
36	Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério	77	Visita hospitalar em duplicidade
37	Material acima do preço de mercado	78	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
38	Material de alto custo sem nota fiscal	79	Visita de especialista sem autorização prévia
39	Material em excesso	80	Outros
40	Material fixo	81	Faturas apresentadas após o vencimento da Guia de Encaminhamento no SIRE (180 dias contados a partir da data de emissão)
41	Material incluso no procedimento		



Quartel em São Gabriel, RS, 27 de maio de 2024.

  
**CARIANE SOUTO FONTANELLA – 2º Ten**  
 Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**IVONIR GONCALVES LEHER – 2º Ten**  
 Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**FABRICIO DE ALMEIDA ZANCHI – 2º Sgt**  
 Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

ANEXO I - F



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
6º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE  
BATALHÃO TEN CEL JOSÉ CARLOS DE CARVALHO



ÁREAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

**ÁREAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR,  
ODONTOLÓGICA E DE REABILITAÇÃO ABRANGIDAS PELO EDITAL DE  
CREDENCIAMENTO**

**1. Hospital Geral, com as seguintes especificações mínimas:**

1.1. Atendimento médico-hospitalar ou em consultório, com disponibilidade para agendamento de consultas eletivas, com hora marcada;

1.1.1. As seguintes profissões e respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas poderão ser prestadas: alergologia, anatomia patológica e citopatologia, anestesiologia, angiologia (cirurgia vascular e linfática), braquiterapia (radioterapia para próstata), cardiologia, cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo (órgãos anexos e parede abdominal), cirurgia cardíaca - hemodinâmica, cirurgia de mama, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica reparadora, cirurgia torácica, clínica médica, dermatologia clínico-cirúrgica, endocrinologia, endoscopia digestiva (CPRE), gastroenterologia, geriatria e gerontologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia, imaginologia, infectologia, medicina física e reabilitação, medicina nuclear, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neurofisiologia, nutrologia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, terapia semi-intensiva neonatal, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psiquiatria, oncologia, quimioterapia, radioterapia, radiodiagnóstico, reumatologia e urologia (litotripsia e urodinâmica) e uroginecologia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutricionista.

1.1.2. As profissões e especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

1.2. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e de Serviço de Diagnóstico por Imagem, todos com disponibilidade para atendimento, durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, nas instalações da OCS a ser contratada;

1.3. Pronto-Socorro Geral para atendimento dos casos de urgência e emergência, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

1.3.1. Deverão compor a equipe médica as seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas: pediatria, neurologia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral e ortopedia;

1.3.2. As especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

1.4. Centro Cirúrgico Geral com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais solicitados pelos beneficiários de que trata este Edital;

1.5. Centro de Terapia Intensiva com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

1.5.1. O CTI deverá possuir as seguintes características mínimas: ser uma unidade físico-funcional do CREDENCIADO; com área física própria; com aparelhagem e equipe técnica especializada e permanente, incluindo médicos plantonistas durante 24 (vinte e quatro) horas por dia; além de dispor de cardioversor, monitor cardíaco, monitorização de pressão não invasiva e invasiva, oxímetro de pulso, aspirador de secreções, eletrocardiógrafo, respirador de volume, bomba de infusão, gases medicinais e materiais necessários para a assistência do paciente, tais como equipamentos para assistência respiratória, hemoterápica, dissecação e punção de acesso central, traqueostomia.

1.6. O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem acima, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD;

1.7. Unidade de Hemodinâmica com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

1.8. Centro de Hemodiálise para atendimento hospitalar e ambulatorial com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

1.9. Unidade para Pacientes Coronarianos com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivo se emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital.

## **2. Hospital Geral com Maternidade, com as seguintes especificações mínimas:**

2.1. Atendimento médico-hospitalar ou em consultório, com disponibilidade para agendamento de consultas eletivas, com hora marcada;

2.1.1. As seguintes profissões e respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas poderão ser prestadas: alergologia, anatomia patológica e citopatologia, anestesiologia, angiologia (cirurgia vascular e linfática), braquiterapia (radioterapia para próstata), cardiologia, cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo (órgãos anexos e parede abdominal), cirurgia cardíaca- hemodinâmica, cirurgia de mama, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica reparadora, cirurgia torácica, clínica médica, dermatologia clínico-cirúrgica, endocrinologia, endoscopia digestiva (CPRE), gastroenterologia, geriatria e gerontologia, ginecologia e obstetria, hematologia, imaginologia, infectologia, medicina física e reabilitação, medicina nuclear, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neurofisiologia, nutrologia, oftalmologia, ortopedia e

traumatologia, terapia ocupacional, terapia semi-intensiva neonatal, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia, psiquiatria, oncologia, quimioterapia, radioterapia, radiodiagnóstico, reumatologia e urologia (litotripsia e urodinâmica) e uroginecologia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutricionista.

2.1.2. As profissões e especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

2.2. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e Serviço de Diagnóstico por imagem, todos esses com disponibilidade de atendimento, durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, nas instalações da OCS a ser contratada;

2.3. Pronto-Socorro Geral para atendimento de casos de urgência e emergência;

2.3.1. Deverão compor a equipe médica as seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas: pediatria, ginecologia, obstetrícia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral, neonatologia e ortopedia;

2.3.2. As especialidades acima descritas constituem um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital não poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

2.4. Centro Cirúrgico Geral com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.5. Centro de Terapia Intensiva com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.5.1. O CTI deverá possuir as seguintes características mínimas: ser uma unidade físico-funcional do CREDENCIADO; com área física própria; com aparelhagem e equipe técnica especializada e permanente, incluindo médicos plantonistas durante 24 (vinte e quatro) horas por dia; além de dispor de cardioversor, monitor cardíaco, monitorização de pressão não invasiva e invasiva, oxímetro de pulso, aspirador de secreções, eletrocardiógrafo, respirador de volume, bomba de infusão, gases medicinais e materiais necessários para a assistência do paciente, tais como equipamentos para assistência respiratória, hemoterápica, dissecação e punção de acesso central, traqueostomia.

2.6. O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem acima, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD;

2.7. Berçário de Cuidados Básicos (BCB), Berçário de Cuidados Especiais (ALTO RISCO), Bloco Obstétrico e suas dependências, Pronto-Socorro Ginecológico e Obstétrico e Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Neonatal (UTSIN);

2.8. Unidade de Hemodinâmica com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.9. Centro de Hemodiálise para atendimento hospitalar e ambulatorial com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.10. Unidade para Pacientes Coronarianos com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.11. Centro Obstétrico com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.12. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital.

### **3. Hospital Maternidade, com as seguintes especificações mínimas:**

3.1. Atendimento médico hospitalar nas especialidades de Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia;

3.2. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e Serviço de Diagnóstico por Imagem, todos estes com disponibilidade de atendimento durante 24 (vinte e quatro) horas por dia nas instalações da OCS a ser contratada;

3.3. Pronto-Socorro para atendimento dos casos de urgência e emergência, com a presença contínua de equipe médica nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria, com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

3.4. O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem 2.2.2.5.1, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD;

3.5. Berçário de Cuidados Básicos (BCB), Berçário de Cuidados Especiais (ALTO RISCO), Bloco Obstétrico e suas dependências, Pronto-Socorro Ginecológico e Obstétrico e Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Neonatal (UTSIN).

### **4. Cooperativa(s) de Trabalho Médico em condições de prestar atendimento médico hospitalar, com exercício de atividades em caráter regular, vinculada(s) ao(s) Hospital(is) que venham a ser credenciado(s), no(s) qual(is) a Cooperativa em questão preste serviço.**

4.1. A contratação de cooperativa deverá observar os seguintes impedimentos:

4.1.1. O médico cooperado não poderá possuir qualquer vínculo com o hospital credenciado, à exceção de vínculo de natureza estatutária, consubstanciado em diretoria sem subordinação ou participação societária;

4.1.2. O médico cooperado não poderá ser subordinado à administração do hospital credenciado, por exemplo, quanto à definição de escala de trabalho, controle de frequência;

4.1.3. A definição da escala de trabalho ocorrerá entre a administração hospitalar e a cooperativa;

4.1.4. A indicação do médico prestador de serviço dar-se-á por parte da cooperativa, sem que o hospital credenciado possa indicar ou recusar determinado profissional;

4.1.5. O hospital credenciado não poderá realizar pagamentos, ou outras transferências a que título for, diretamente, para os médicos cooperados.

**5. Hospital(is) ou Clínica(s) Oftalmológica(s), atendendo às seguintes especificações mínimas:**

5.1. Consulta padrão, conforme prevê a CBHPM 2014.

5.2. Procedimentos diagnósticos básicos; a saber: curva tensional diária, campimetria, mapeamento de retina, retinografia, fonometria e visão subnormal;

5.3. Procedimentos terapêuticos nas áreas de conjuntiva, córnea, câmara anterior, cristalino, vítreo e retina.

**6. Hospital(is) ou Clínica(s) Psiquiátrica(s), atendendo às seguintes especificações mínimas:**

6.1. Serviço de urgência e emergência durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, com presença física de médico especialista em psiquiatria;

6.2. Disponibilidade de acomodações adequadas para os pacientes, em ambiente individual ou coletivo e, ainda, ambiente com condições para precauções específicas em casos selecionados;

6.3. Equipe multidisciplinar composta por médico clínico, psiquiatra, neurologista, psicólogo e terapeuta ocupacional;

6.4. Suporte de Laboratório de Análises Clínicas para os casos em que houver necessidade;

6.5. Enfermagem especializada em remoção domiciliar, caso necessário; e

6.6. Unidade para tratamento de pessoas com dependência química, separada das alas para tratamento psiquiátricos.

**7. Hospital(is) Infantil(is).**

**8. Unidade(s) de Terapia Intensiva Neonatal.**

**9. Unidade(s) de Terapia Intensiva para Adultos.**

**10. Clínica(s) de Reabilitação nas seguintes áreas:**

10.1. Fisioterapia;

10.2. Medicina, na especialidade de acupuntura;

10.3. Fonoaudiologia;

10.4. Terapia Ocupacional;

10.5. Psicologia.

**11. Laboratório(s) de Análises Clínicas e/ou de Cito-Patologia.**

**12. Clínica(s) Odontológica(s) nas seguintes especialidades:**

- 12.1. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial;
- 12.2. Endodontia;
- 12.3. Periodontia;
- 12.4. Prótese;
- 12.5. Estomatologia;
- 12.6. Implantodontia;
- 12.7. Odontopediatria;
- 12.8. Ortodontia;
- 12.9. Ortopedia Funcional dos Maxilares; e
- 12.10. Radiologia Odontológica.

**13. Clínica(s) de Especialidade(s) Médicas, abrangendo os seguintes serviços:**

- 13.1. Diagnósticos Cardiológicos;
- 13.2. Tratamento Nefrológico;
- 13.3. Cardiologia Fetal;
- 13.4. Diagnósticos Gastroenterológicos;
- 13.5. Diagnósticos Otorrinolaringológicos;
- 13.6. Diagnósticos Neurológicos;
- 13.7. Tratamento por Quimioterapia; e
- 13.8. Tratamento por Radioterapia.

**14. O credenciamento de PSA (Profissionais de Saúde Autônomos) tem como objetivo suprir as necessidades nas seguintes especialidades:** Alergologia, Anestesiologia, Angiologia (Cirurgia Vascular e Linfática), Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia Clínico-Cirúrgica, Endocrinologia, Endoscopia Digestiva (CPRE), Gastroenterologia, Geriatria e Gerontologia, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Infectologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Nuclear, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Neurofisiologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Terapia Semi-Intensiva Neonatal, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Cirurgião-dentista, Cirurgia Buco-Maxilo- Facial, Endodontia, Periodontia, Prótese, Estomatologia, Implantodontia, Odontopediatria, Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares e Radiologia Odontológica.

**15. Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar móvel, atendendo às seguintes especificações mínimas, nos termos da Portaria Ministerial nº 2.048, de 05 de novembro de 2008, do Ministério da Saúde:**



15.1. Ambulâncias do TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples de caráter eletivo;

15.2. Ambulâncias do 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;

15.3. Ambulâncias do TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em local de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas);

15.4. Ambulâncias do TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento de transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalar e/ou transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos; bem como dos materiais, medicamentos e equipamentos previstos na Portaria acima referida.

15.5. O atendimento pré-hospitalar será realizado por meio de pronto socorro móvel (adulto, pediátrico ou neonatal) ou ambulâncias, nas situações de emergências e de urgências médicas, por equipes compostas de auxiliares treinados e lideradas por médico intensivista;

15.6. O atendimento inter-hospitalar compreende o transporte de pacientes entre a rede hospitalar ou para essa, na área de abrangência especificada neste Termo;

15.7. A equipe responsável pela prestação dos serviços, nos casos de urgência e emergência, deverá ser composta por:

- 15.7.1. Um motorista com curso de socorrista;
- 15.7.2. Um técnico ou auxiliar de enfermagem habilitado;
- 15.7.3. Um médico intensivista, ou médico com curso de Advanced Trauma Life Support (ATLS) ou Advanced Cardiac Life Support (ACLS).

15.8. A equipe responsável pela prestação dos serviços, nos demais casos, deverá ser composta por:

- 15.8.1. Um motorista com curso de socorrista;
- 15.8.2. Dois profissionais de enfermagem habilitados.

**16. Atenção domiciliar a saúde nas modalidades de assistência domiciliar (suporte básico),** internação domiciliar, procedimentos de enfermagem e gerenciamento de casos crônicos, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, oxigenioterapia, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, disponíveis para o serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, fisioterapeutas e outros profissionais técnicos necessários à prestação do serviço de assistência domiciliar à saúde:

16.1. Atendimento domiciliar: prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta



ocupacional, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta, quando se fizer necessário constar de suporte básico:

16.1.1. Suporte básico: supervisão de Enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família.

16.2. Internação domiciliar: indicada para pacientes agudos ou crônico-agudizados, que se não receberem um suporte mais intensivo provavelmente necessitarão de hospitalização. Indicada, também, em momento de término da hospitalização, para transição adequada do hospital para a residência, quando necessário. A internação domiciliar compreende as seguintes modalidades:

16.2.1. Internação domiciliar de baixa complexidade: além do contido no suporte básico, incluem os serviços de técnico de enfermagem por 06 (seis) h/dia;

16.2.2. Internação domiciliar de média complexidade: além do contido no suporte básico, incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia;

16.2.3. Internação domiciliar de alta complexidade: além do contido no suporte básico, inclui os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia.

16.3. Procedimentos de enfermagem: serviços de técnico de enfermagem, sob supervisão de enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e outros atendimentos de enfermagem que não requeiram acompanhamento contínuo.

16.4. Gerenciamento de Casos Crônicos: compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e profissional enfermeiro obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente.

Quartel em São Gabriel-RS, 27 de maio de 2024.

  
**CARIANE SOUTO FONTANELLA – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**IVONIR GONÇALVES LEHER – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**FABRÍCIO DE ALMEIDA ZANCHI – 2º Sgt**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

## ANEXO II - A



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
6º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE  
BATALHÃO TEN CEL JOSÉ CARLOS DE CARVALHO



### CAPÍTULO I

#### PARA O APREÇAMENTO E REMUNERAÇÃO DE MEDICAMENTOS E DOS MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

##### 1. MEDICAMENTOS:

1.1. Medicamentos: prioritário os valores acordados no parâmetro constante da coluna "preço de fábrica - PF 12%" da lista de preço de Medicamentos CMED, atualizada referente a época do atendimento.

1.2. Se não for possível o primeiro referencial, item 1.1, utilizar o SIMPRO como referencial para valoração.

1.3. Prioritariamente deverão ser utilizados medicamentos genéricos conforme Lei nº 9.787, de 10 de Fevereiro de 1999, tendo como teto máximo preço de fábrica - PF 19%, conforme previsto na Resolução CMED nº 3 de 04 de Maio de 2009, Norma Federal - Publicado no DOU em 06 nov 2009.

1.4. No caso de medicamentos quimioterápicos, imunoglobulinas e imunossupressores, Serão remunerados conforme tabela CMED atualizada (PMC ou PF + 12%). Na falta do referencial CMED fazer uso do SIMPRO (sem inflator e sem deflator), e na falta da SIMPRO, serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal + 12%. Os quimioterápicos com estabilidade deverão ser pagos de acordo com o uso, fracionados.

1.5. Os medicamentos quimioterápicos serão pagos conforme prescrição médica, por miligramagem.

1.6. Para o apreçamento e a remuneração de medicamentos não constantes nas tabelas de referência apresentadas, o CREDENCIADO deverá **comprovar o custo do mesmo**, por meio da apresentação de nota fiscal, com data atualizada e preços praticados no mercado distribuidor, admitindo-se o acréscimo de 10% de taxa de comercialização.

1.7. Os medicamentos para uso ambulatorial não têm cobertura.

##### 2. MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

Para materiais: Serão remunerados pela tabela própria de valores. Se o item não constar nesta tabela, o CREDENCIADO deverá **comprovar o custo do mesmo**, por meio da apresentação de nota fiscal, com data atualizada e preços praticados no mercado distribuidor, admitindo-se o acréscimo de 12% de taxa de comercialização ou em caso de OPMEC conforme item específico.

##### 3. ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS e CIRÚRGICOS (OPMEC):

3.1. Para atos cirúrgicos eletivos deverão ser apresentadas 03 cotações de orçamentos a serem analisados por auditoria prévia. O valor do OPME autorizado não poderá ultrapassar o valor de 70% dos referenciais CMED e/ou SIMPRO. Admite-se taxa de comercialização de 12% condicionada a apresentação de NF. Em atos cirúrgicos de urgência deverá ser enviada listagem/relatório de dispensação dos OPME prescritos e utilizados.

3.2. Nos casos de urgência ou emergência, e tendo o CREDENCIADO disponibilidade, poderá fornecer diretamente as **Órteses, Próteses, Materiais Especiais e Cirúrgicos (OPMEC), mediante autorização da Seção de Auditoria de Contas Médicas da Guarnição de Maceió**, sendo remunerados, mediante apresentação de nota fiscal que comprove o real e justo custo do material disponível em estoque e de menor valor, admitindo-se taxa de comercialização de até 10% (dez por cento, sendo necessário cópias dos lacres e os registros da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

3.3. O **valor** da taxa de comercialização inclui o armazenamento e esterilização do material (OPMEC) e seu pagamento está condicionado à apresentação de NF na auditoria posterior.

#### 4. DIETAS ESPECIAIS E OUTROS PRODUTOS NUTRICIONAIS INDUSTRIALIZADOS:

Serão remuneradas referentes a tabela própria de valores do Hospital de Alegrete – RS. Na falta do referencial serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal + 12%.

#### 5. SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Os exames laboratoriais serão remunerados em conformidade com a classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos (CBHPM 2014).

#### 6. SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E INTER- HOSPITALAR MÓVEL.

Conforme descrito na Tabela de Remoção do Capítulo VI do ANEXO II-B.

### CAPÍTULO II

#### LISTA REFERENCIAL PARA DIÁRIAS, TAXAS, EQUIPAMENTOS E INSTRUÇÕES GERAIS DO FUSEX.

Serviços Hospitalares	Valor autorizado (RS)
Quarto Privativo	583,00
Quarto Semi-privativo	438,54
Enfermaria com Alojamento Conjunto (até 6 leitos)	102,62
Unidade de Terapia Intensiva (com plantonista)	1.335,00

**1. AS DIÁRIAS, TAXAS E SERVIÇOS HOSPITALARES:** serão apreciados e remunerados conforme LISTA DE REFERÊNCIA, sendo seus valores estabelecidos a partir de MAPA COMPARATIVO DE VALORES DE DIÁRIAS, TAXAS E SERVIÇOS HOSPITALARES

1.1. A diária hospitalar é indivisível, compreendem das 12h do dia corrente às 12h do dia seguinte. Durante a internação, se houver transferência do paciente será cobrado, independente do motivo a diária de maior valor.

1.2. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Alta realizada até o meio dia não terá a diária hospitalar de alta remunerada.

- 1.3. A Diária Hospitalar inclui assistência enfermagem, serviço de hotelaria, camareira, copeira, serviços gerais, alojamento e alimentação do paciente, demais taxa serão pagas conforme os valores constantes no capítulo I deste anexo;
- 1.4. A diária da UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) será paga conforme os valores constantes deste anexo, incluindo a utilização de aparelhagens (monitor multiparametro, VM, oxímetro, glicosímetro), equipe técnica e exames de monitorização (eletrocardiograma/eletroencefalograma);
- 1.5. Os serviços de médicos plantonistas serão remunerados conforme valores constantes na CBHPM 2014, por paciente, por 12 (doze) horas;
- 1.6. Estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção venosa (intracath), conforme descrito na Tabela CBHPM.
- 1.7. Excluir-se-á do valor da diária da UTI, os exames complementares, curativos especiais, gases, materiais, medicações, máquina de hemodiálise, intercorrências cirúrgicas, honorários médicos e honorários multiprofissionais.
- 1.8. Fica estabelecido que, para pacientes que permanecerem mais de 30 (trinta) dias internados, que as respectivas contas médico hospitalares serão faturadas a cada 10 (quinze) dias até a alta.

### CAPÍTULO III **INSTRUÇÕES GERAIS**

#### **1. Diárias de Apartamento Standard, Enfermaria, Hospital-Dia, Pronto-Socorro, Pediatria, Berçário**

- 1.1. No valor das diárias deverão estar incluídos:
- 1.2. Leito próprio (cama), alojamento conjunto em caso de maternidade.
- 1.3. Troca de roupa de cama e banho de paciente e de acompanhante, quando em apartamento, serviço de camareira, copeira e serviços gerais.
- 1.4. Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental.
- 1.5. Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enteral, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia).
- 1.6. Cuidados de enfermagem: administração de medicamentos por todas as vias; preparo, instalação e manutenção de venoclise, administração de medicamentos por qualquer via; aparelhos de controle de sinais vitais; monitorização não invasiva; controle de diurese; sondagens; aspirações; inalações; mudança de decúbito; locomoção; preparo do paciente para procedimentos médicos (enterocлизма, tricotomia, etc.); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;
- 1.7. Equipamentos: Bomba de infusão, berço aquecido nos casos de alojamento conjunto, colchão especial, aspirador de secreções, eletrocardiógrafo, monitor multiparâmetros fora do CTI;
- 1.8. Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiograma, ultrassom, etc.)
- 1.9. Taxa de vigilância epidemiológica, taxa nebulização/inalação.
- 1.10. Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas.
- 1.11. Equipamentos de proteção individual (EPI).
- 1.12. Fototerapia até 24 horas, em caso de berçário.
- 1.13. Alimentação após 6 horas, em caso de paciente em pronto-socorro.
- 1.14. Não está incluído: materiais, medicações, sangue e derivados, curativos especiais, oxigenioterapia, intercorrências cirúrgicas, honorários médicos, leito especial (isolamento).



## 2. Diárias de Unidade de Terapia Intensiva

2. No valor das diárias deverão estar incluídos:

2.1. Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 1, exceto a acomodação de acompanhante.

2.2. Monitor cardíaco contínuo, oxímetro de pulso, monitorização invasiva ou não invasiva, bomba de infusão e nebulização, desfibrilador/ cardioversor, aspirador de secreções/vácuo, nebulizador e BIC sobressalentes quando necessárias.

2.3. Equipamentos de proteção individual (EPI).

2.2. Não está incluído: materiais, medicações, sangue e derivados, curativos especiais, oxigenioterapia, intercorrências cirúrgicas, honorários médicos, leito especial (isolamento).

## 4. Diárias de Berçário

4.1. No valor das diárias deverão estar incluídos:

4.1.1. Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 1, incluindo a acomodação de acompanhante.

4.1.2. Berço aquecido/Incubadora, HOOD, CPAP/BIPAP, Oxímetro de pulso e fôtotapia até 24 horas.

4.1.3. Bomba de infusão, bomba de seringa, aspirador de secreções.

4.1.4. Equipamentos de proteção individual (EPI).

4.2. Não está incluído: materiais, medicações, sangue e derivados, curativos especiais, oxigenioterapia, intercorrências cirúrgicas, honorários médicos, leito especial (isolamento).

## 5. Taxas de Sala Cirúrgica

TAXA DE SALA CIRÚRGICA	
Inclui: assistência de enfermagem, oxímetro, capnógrafo, aspirador, bisturi elétrico, monitor cardíaco, ventilador mecânico, desfibrilador e carro de anestesia. (Serão remuneradas de acordo com o Porte Anestésico atribuído pela CBHPM 2014, conforme instruções gerais)	
Sala	Valor Solicitado (RS)
Taxa sala Cirúrgica, Porte Anestésico 1, 2, 3	330,68
Taxa sala Cirúrgica, Porte Anestésico 4 - 5	568,83
Taxa sala Cirúrgica, Porte Anestésico 6 - 7	886,42
Taxa sala Cirúrgica, Porte Anestésico 8	1.159,17
Sala de recuperação pós-anestésico	100,45 (PT R\$94,85)
Sala de parto cesárea	Incluído no valor do pacote
Sala de parto normal	Incluído no valor do pacote
Cistoscopia, Laparoscopia, Colonoscopia	Será remunerado de acordo com o porte anestésico do ato diagnóstico/terapêutico

## 6. Taxas de Sala Ambulatorial

TAXA DE SALA AMBULATORIAL	
Inclui: assistência de enfermagem, oxímetro, aspirador, monitor cardíaco, desfibrilador	
Sala	Valor Solicitado (RS)
Sala de endoscopia/colonoscopia	Incluído no pacote
Sala colocação/retirada gesso (incluído a retirada do aparelho gessado e retirada de imobilizações provisórias ou não gessadas)	34,88
Sala pequena cirurgia ambulatorial (por 6 horas)	115,97
Sala pequena cirurgia ambulatorial (hora subsequente)	14,79
Sala de observação - ambulatorial/pronto socorro - primeira 2 horas	141,23

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.

Sala de observação - ambulatorial/pronto socorro - hora subsequente ou fração	24,83
Sala de atendimento de emergência (por uso, exceto quando houver taxa de observação)	92,99
Sala hemodiálise - sessão (inclui taxa de sala, materiais, medicamentos e honorários médicos. Exclui capilar)	734,21
Sala para diálise peritoneal - sessão	120,47
Sala de quimioterapia - sessão	127,19

### 7. Gases

GASES	
Itens	Valor autorizado (R\$)
Ar comprimido, hora, por hora indivisível	9,03
Dióxido de Carbono, hora	76,30
Nebulização com oxigênio, sessão	21,00
Óxido Nitroso, hora	48,14
Óxido Nítrico, hora	21,18
Oxigênio hora, por hora indivisível	14,95

### 8. Taxas de refeição

REFEIÇÃO	
Acompanhantes de menores de 18 anos ou maiores de 60 anos	
Itens	Valor solicitado (R\$)
Alimentação acompanhante	26,64

### 9. Taxas de Serviços Especiais

TAXAS DE SERVIÇOS ESPECIAIS	
Itens	Valor solicitado (R\$)
Cauterização - sessão	CBHPM 2014
Cirurgia até subcutâneo - sessão	CBHPM 2014
Curativo grande - Unidade	33,23
Curativo médio - Unidade	24,92
Curativo pequeno - Unidade	20,77
Curativo especial queimado - Unidade	52,47
Curativo ginecológico episiotomia - unidade	Incluso na diária
Dissecção venosa ou arterial - sessão	CBHPM 2014
Drenagem de torax - sessão	CBHPM 2014
Exosanguíneotransusão - sessão	CBHPM 2014
Fenilcetonúria T4 - unidade	CBHPM 2014
Instalação de intracath - sessão	CBHPM 2014
Irrigação contínua - dia	Incluso na diária
Instalação de cateter intracraniano	CBHPM 2014
Instalação de cateter peritoneal	CBHPM 2014
Instalação de cateter SWANG GANZ	CBHPM 2014
Intubação endo ou nasotraqueal - sessão	41,23 (remuneração apenas em PS/ambulatório)
Nebulização - Sessão (oxigênio e medicamento a parte)	10,37

MDEF CEX  
 Fl nº 64  
 RUBRICA  
 8º BEC 110

Punções (material à parte) torácica, abdominal, ginecológica, líquórica, lombar, subclávica. - sessão	CBHPM 2014
Lavagem Intestinal (enterocлизма) - sessão	Incluso na diária
Lavagem e aspiração traqueal - sessão	Incluso na diária
Lavagem Gástrica - sessão	Incluso na diária
Lavagem peritoneal - sessão	Incluso na diária
Lavagem vesical - sessão	Incluso na diária
Lavagem dos ouvidos - sessão	Incluso na diária
Preparo de alimentação enteral - dia	Incluso na diária
Preparo de alimentação parenteral - dia	Incluso na diária
Preparo de quimioterapia - dia	14,87
Pressão venosa ou arterial média (instalação) - sessão	CBHPM 2014
Taxa de necrotério - uso	89,58
Traqueostomia - sessão	CBHPM 2014

### 10. Taxas de Equipamentos

TAXAS DE EQUIPAMENTOS	
Itens	Valor solicitado (RS)
Aspiração/Irrigação (catarata)	122,22 (sessão)
Aspirador elétrico	45,18 (por uso)
Berço aquecido fora UTI	28,49 (por uso)
Bisturi Argônio	64,58 (por uso)
Bisturi Elétrico (Fora do ambiente de CC)	64,58 (por uso)
Bomba de infusão até 2 (duas) bombas dia ( fora do CC/UTI)	74,25
Bomba/Aparelho de Circulação Extracorpórea	284,46 (por uso)
Bomba de Sucção (em apartamento/UTI)	6,57 (por uso)
Broncoscópio sem vídeo	74,20 (por uso)
Broncoscópio flexível ou rígido com fibra ótica e fonte de luz	304,89 (por uso)
Botas Pneumáticas (Perneiras)	110,00 (por uso)
Campimetria computadorizada	42,41 (por uso)
Capnógrafo (fora de CC)	79,70 (por uso)
Cardiotocógrafo	55,37 (por uso)
Desfibrilador Fora da UTI/SEMI/CC/PS	68,28 (por uso)
Doppler	75,59 (por uso)
Ecocardiógrafo (a cores) - uso	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Ecocardiógrafo (petro e branco)	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Ecógrafo oftálmico	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Eletrocardiógrafo	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

Eletroconvulsor	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Eletroencefalógrafo	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Endoscópico Coleoconefroscópico - uso	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Endoscópico Colonoscópico - uso	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Endoscópico Duodenoscópico	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Endoscópico Cistoscópico - uso	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Endoscópico Ginecológico (histeroscópico) - uso	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Endoscópico Laparoscópico - uso	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Endoscópico Digestivo	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Equipamento para anestesia - uso	62,76 (remuneração quando anestesia geral)
Holter contínuo	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Fibra óptica	100,48 (por uso)
Garrote pneumático	40,25 (por uso)
Gasometria arterial - sessão	CBHPM 2014 - não remunerar nas internações
Ressonância Nuclear Magnética - exame	CBHPM 2014
CPRE - exame	CBHPM 2014
Plasmaferese - sessão	CBHPM 2014
Eletroneuromiografia MMSS ou MMII - exame	CBHPM 2014
Eletroneuromiografia MMSS e MMII - exame	CBHPM 2014
Procedimento Diagnóstico em Citopatologia - exame	CBHPM 2014
Colposcopia Cervice Uterina e Vaginal - exame	CBHPM 2014
Vulvosopia - exame	CBHPM 2014
Excisão de Pólipo Cervical - exame	CBHPM 2014
Biópsia do Colo Uterino - exame	CBHPM 2014
Biópsia de Vagina - exame	CBHPM 2014
Biópsia de Vulva - exame	CBHPM 2014
Tomografia de coerência óptica-monocular - exame	CBHPM 2014
Oxímetro Digital (EXCETO EM CC E UTI) - uso	19,33
Monitorização Hemodinâmica Computada (realizada a Beira do Leito) - dia	107,17
Laser	147,27 (por uso)
Laser de argônio	135,11 (por uso)
Máquina de cardioplegia	129,45 (por uso)
Marca passo temporário	18,30 (por dia)
Microscópio cirúrgico	151,83 (por uso)
Microscópio oftalmológico	186,92 (por uso)

*[Assinatura]*

*[Assinatura]*

*[Assinatura]*

MDEF  
 Fl n° 66  
 RUB  
 6º DT

Microscópio oftalmológico com luz fria	186,92 (por uso)
Monitor de pressão intracraniana	83,07 (por dia)
Monitor de pressão Invasiva (fora UTI/SEMI/CC)	51,15 (por uso)
Monitor BIS	53,82 (por uso)
Monitor em apartamento ou enfermaria	77,52 (por dia)
Monitor de PNI (fora do CC e UTI)	14,81 (por hora)
PAM (acuidade visual a laser) - sessão	Remuneração de acordo com a UCO. Não remunera taxa de equipamento
Perfurador elétrico	69,88 (por uso)
Pinça seladora ultrassônica	95,69 (por uso)
Pressão arterial invasiva	Incluso na diária UTI
Respirador Micro processado BIPAP	39,57 (por uso)
Respirador Micro processado	18,51 (hora)
Respirador por pressão - uso	Incluso na diária UTI
Respirador de volume - uso	Incluso na diária UTI
Retinógrafo	137,09 (por uso)
Rim artificial para hemodiálise	228,22 (sessão)
RX na sala de cirurgia	76,33 (por uso)
RX na sala de cirurgia com intensificador de imagem	217,39 (por uso)
Serra Elétrica para cirurgia cardiaca/neuro	102,99 (por uso)
Vitreógrafo/videógrafo	125,16 (por uso)
Yag laser - uso	Remuneração de acordo com a UCO ou pacote

Obs: Os procedimentos constantes da Tabela CBHPM 2014, que além do porte, tiverem fixação de UCO, não se aplicam os valores referentes as taxas de uso de equipamentos constantes na lista.

### 11. Taxas de outros equipamentos

EQUIPAMENTOS		
Itens	Forma de cobrança	Valor solicitado (R\$)
Equipamento - qualquer cirurgia por vídeo	Uso	277,23
Doppler transcraniano	Uso	387,23
Monitorização por doppler transcraniano	Uso	109,47

### 12. Outras taxas

OUTROS		
Itens	Forma de cobrança	Valor solicitado (R\$)
Uso de material importado quando necessário	Uso	3 orçamentos + NF+autorização prévia
Cirurgia com mais de um ato cirúrgico - OPME	Por ato	3 orçamentos + NF+autorização prévia
Cirurgias de urgência/emergência e exames complementares no período de 19:00 as 07:00 h bem como sábado, domingo e feriados	Por ato	Utilizar instruções gerais da CBHPM 2014

## CAPÍTULO IV

### MATERIAIS DESCARTÁVEIS

*[Handwritten signatures and stamps]*

**1. Os materiais constantes da lista que segue não serão remunerados pelo credenciante já estarem contidos no valor das taxas globais e procedimentos:**

Água oxigenada;  
Aquecedor ;  
Bacia plástica;  
Band-aid;  
Bandeja para raquianestesia;  
Vestimentas descartáveis;  
Bolsa de água quente;  
Bom ar;  
Bomba para ordenha (Exceto elétrica);  
Cabo conexão – conector;  
Cabo bipolar;  
Cadeira de apoio para banho;  
Camisa para microcâmera;  
Campo cirúrgico (operatório) descartável;  
Caneta para bisturi descartável;  
Cânula de Guedel;  
Capa para microscópio;  
Cal sodada;  
Cidex (ortofalaldeído)  
Cinta lombar;  
Clorhexidina Aquosa 2%;  
Clorhexidina Degermante 4%;  
Clorhexidina Alcoólica 0,5%;  
Clorhexidina Odontologica 0,12%;  
Cobre corpo – incluso na taxa de necrotério;  
Colete lombar; Combi-red; tampa para soro; polifix; torneirinha;  
Conexão para aspiração, bomba e pressão;  
Conectores;  
Copo descartável;  
Cotonete  
Cotonóide  
Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado;  
Dispositivo anti-trombogênico;  
Escova de degermação;  
Espéculo descartável;  
Estabilizador de tornozelo;  
Éter benzina e tintura de iodo;  
Extensor;  
Faixa elástica pós-operatória;  
Filtro respirador;  
Fiso-Hex, povidine;  
Fitas de vídeo;  
Fixador de tubo traqueal;  
Fixador de sonda;  
Formol;  
Fracos para exame;  
Gaze radiopaca;  
Gel para biométrica;  
Gerador de tecnécio;  
Germipol;





- Gesso sintético;
- Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças, luvas de procedimento;
- Imobilizador;
- Lâmina para tricotomia;
- Látex extensor de O2/ Aspirador;
- Lençol descartável;
- Luva para aparelho de laparoscopia;
- Mercúrio de prata;
- Micro por espaçador;
- Muletas;
- Pasta gel;
- Plug adaptador macho;
- Sensor infantil neonatal;
- Sensor para oxímetro;
- Tapoin;
- Termômetro;
- Tipóias simples;
- Toalha descartável;
- Esparadrapo para AVP;
- Tampa cone Luer;
- Transofix (exceto em CC)

### CAPÍTULO V

#### **CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO DE TAXAS.**

Tamanho	Extensão	Profundidade	Exsudação	Pomada / Solução	Quant
Pequeno	Variável	Lesão de epiderme	Ausente	Sulfadiazina de prata	10 ml
				Dersani	10 ml
				Kollagenase	10 g.
				Age	10 ml
Médio	Variável	Lesão de epiderme e parcial da derme	Mínima a Moderada	Sulfadiazina de prata	15 ml
				Dersani	15 ml
				Kollagenase	15 g.
				Age	15 ml
Grande	Variável	Toda a derme e epiderme destruída	Abundante	Sulfadiazina de prata	20 ml
				Dersani	20 ml
				Kollagenase	20 g.
				Age	20 ml

#### **CURATIVOS ESPECIAIS:**

Serão pagos, mediante prescrição médica/enfermeiro comissão de curativos de acordo com a tabela abaixo, conforme autorização da Auditoria.

Descrição do curativo	Frequência de trocas
Alginato de cálcio, Carvão ativado c/ prata	de 03 a 07 dias
Hidrocolóide, Hidrogel	de 03 a 07 dias

### CAPÍTULO VI



## INSTRUÇÕES GERAIS DE UTILIZAÇÃO

1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
2. Referencial para cobrança de medicamentos:
  - 2.1. Atrovent e Berotec: será cobrado em ml, considerando 20 gt (vinte gotas) = 01 ml (um mililitro).
  - 2.2. Xylocaína líquida: será cobrada por ml.
  - 2.3. Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina = 20 gr (vinte gramas).
  - 2.4. Cepacol: será cobrado 10 ml (dez mililitros) /dia.
  - 2.5. Dersani: será cobrado 20 ml (vinte mililitros) /dia.
  - 2.6. Água Destilada Para Respiradores: Será pago 01 (um) frasco de 250 ml a cada 6 horas, para vidro de umidificador 250 ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.
  - 2.7. Aspiração Traqueal: pagar 01 sonda, 01 (um) par de luvas e 01 Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 ml por aspiração, até 06 por dia, com justificativa da real necessidade.
3. Os gases serão pagos conforme tempo de utilização permitindo o fracionamento de no mínimo 15 (quinze) minutos.
4. Placa de eletrocautério descartável será pago somente quando seu uso for indicado, sendo necessário descrição em folha de sala e embalagem anexada no prontuário.
5. Equipo de bomba de infusão (BI) não será pago nos casos de soroterapia, salvo quando em reposição de eletrólitos, em criança ou adulto com restrição hídrica.
6. Atadura De Crepon: será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
7. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca terá que ser justificativa.
8. Bolsa de colostomia: será pago uma a cada 07 dias, e em caso justificado.
9. Bolsa de colostomia plástico: será pago uma a cada 03 dia, e em caso justificado pelo enfermeiro.
10. Botas pneumáticas (perneiras): será pago taxa por uso, se autorizado previamente.
11. Cânula de traqueostomia: será pago uma por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada e será remunerado com deflator de 25%.
12. Cateter de acesso central/ duplo lúmen: deverá constar na prescrição e evolução médica, a embalagem deverá estar anexada em prontuário. A troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada à punção ou com as devidas justificativas médica.
13. Cateter de oxigênio: será pago um cada 72 horas.
14. Cateter de phmetria: será pago um por internação.
15. Cateter heparinizado ou salinizado: somente com prescrição e remunerar 01 seringa de 10 ml, 01 agulha de 25 x 07, 01 ampola de sf ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).
16. Cautério descartável oftalmologia: não coberto;
17. Eletrodo descartável: será pago até 05 por dia, com descrição da enfermagem da sua troca, em UTI e CC;
18. Equipos: infusão NPT, QT e esquema para sedação a remuneração será para cada troca de esquema;
19. Jelcos e scalps: será pago 01 (um) a cada 03 (três dias), quando houver necessidade de utilizar maior quantidade, deve-se estar registrado com justificativas.
20. Luva estéril: será pago somente para procedimento estéril.
21. Perfusores, torneirinhas: será pago 01 (um) a cada 72h, em UTI e CC.
22. Sonda nasoentérica: será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 dias ou com justificativa médica e registro do enfermeiro.

23. Exames complementares de alto custo, que não forem de urgência, terão que ter autorização prévia do SAMMED/FuSEx/ Auditoria da Guarnição de São Gabriel-RS.
24. As visitas médica/diária serão pagas ao médico desde que conste no prontuário evolução detalhada com assinatura do respectivo médico assistente.
25. Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros.
26. Equipamento cardiotocógrafo (monitorização fetal) será remunerado 01 (um) exame por dia, para gestantes acima de 28 semanas, caso haja a necessidade de realizar mais, deve ser autorizado pelo setor de Auditoria.
27. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o envio de resultado devidamente assinados e carimbados. Na ausência deste, a instituição terá 48hs para apresentá-lo sob a pena de não poder mais utilizar o recurso de glosa.
28. A taxa de aerossolterapia está incluída no uso de gases.
29. No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor, oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples.
30. As luvas de procedimento e outros EPIs estão inclusas nas diárias e taxas, portanto em momento algum serão remunerados.
31. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.
32. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.
33. A visita do nutrólogo será ser remunerada, 01 (uma) consulta com avaliação registrada em documento específico, a cada 3 dias de internamento, com indicação médica, somente para o paciente que estiver em uso de dieta enteral e parenteral
34. Os curativos especiais deverão apresentar prescrição médica ou do serviço de comissão de pele, para valores excedentes deverão ser avaliados e autorizados pela Seção de Auditoria.
35. A troca de cateter de swan-ganz será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto no prontuário. Curativo de recém-nato (coto umbilical) não será coberto.
36. Curativos pós-cirúrgicos (feitos dentro do centro cirúrgico) são considerados inclusos na taxa de sala;;
37. Colchão especial (térmico, d'água, casca de ovo), será remunerado para pacientes com risco de lesões por de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro (Comissão de Pele).
38. Mantas térmicas serão remuneradas apenas em casos extrema necessidade e com justificativa médica, com base científica, não sendo esta utilizada como primeira opção.
39. O CREDENCIADO se obriga a apresentar à CREDENCIANTE, em até 5º dia útil, concernentes aos serviços prestados em Pronto Socorro, na Seção Auditoria Médica do 6º BECmb , listagem dos atendimentos prestados, por especialidade médica, direcionado a Seção de Auditoria, anexando todos os comprovantes de atendimento com as assinaturas dos beneficiários ou de seus responsáveis, relativos aos atendimentos prestados no mês anterior, discriminando número do atendimento, data, horário, nome do usuário, número do documento de identidade, número de matrícula do Servidor Civil ou de seu dependente, se for o caso, número de matrícula no cadastro de beneficiários do FUSEx (número de cartão FUSEx, composto pelo Código de Pessoal – PREC/CP – mais sequência familiar), se militar contribuinte do FUSEx.
40. CONTRATANTE não será responsabilizado pelo atraso nos pagamentos que sejam decorrentes da apresentação das faturas ou outros documentos fora dos prazos estipulados e com vícios formais que ensejem devolução;
41. O CREDENCIADO deverá apresentar para auditoria posterior, em até 10 dias após o óbito, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do FuSEx, de Servidores Cívis, de usuários de Fator de Custos e dos pacientes que evoluíram ao óbito.

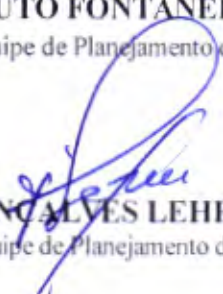
MDEF  
Fl. nº 71

42. O CREDENCIANTE, no caso de curativos, deve apresentar junto às faturas a folha de evolução do profissional executante, com assinatura, data e número do conselho de classe.
43. O CREDENCIANTE restituirá a documentação acima citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma.
44. Toda situação de incoformidade, que impossibilite ou prejudique a análise pela equipe de auditoria e o pagamento das faturas, será imediatamente informada ao CREDENCIADO.
45. O CREDENCIANTE, mediante análise técnica, administrativa, glosará, total ou parcialmente, sempre respeitando o princípio da motivação, os procedimentos apresentados nas faturas que não estiverem de acordo com a legislação aplicável no Edital de Credenciamento.
46. O Setor de Lisura do Auditoria/FuSEX/ São Gabriel-RS possuirá o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias para realizar a auditoria das contas apresentadas, contado a partir da entrega da fatura, emitindo um relatório de glosa/lisura;
47. O CREDENCIADO será notificado, pelo Setor de Auditoria do 6º BECmb, por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou outros meios disponíveis, da existência do processo de glosa, e terá 15 (quinze) dias para apresentar recurso.
48. Caso o CREDENCIADO não apresentar recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores apurados pelo Setor de Lisura, NÃO cabendo ao CREDENCIADO recurso posterior.
- Finalizado o processo de glosa será registrada a aceitação por ambas as partes;

Quartel em São Gabriel-RS, 27 de maio de 2024.



**CARIANE SOUTO FONTANELLA – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação



**IVONIR GONÇALVES LEHER – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação



**FABRÍCIO DE ALMEIDA ZANCHI – 2º Sgt**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
6º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE  
BATALHÃO TEN CEL JOSÉ CARLOS DE CARVALHO

## CAPÍTULO I

## LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

## Assistência Domiciliar

1. Com a finalidade de garantir aos militares da ativa, da reserva ou reformados, ex-combatentes, pensionistas e seus dependentes e Servidores Cíveis do Exército Brasileiro, nas condições especificadas neste instrumento, por intermédio de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) Especializadas em atenção Domiciliar, Procedimentos de Enfermagem, Gerenciamento de Casos Crônicos, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviços de urgência/Emergência 24 (vinte e quatro horas), inclusive com remoção, transporte em ambulância, fisioterapeutas (motora e /ou respiratória) e demais profissionais técnicos especializados necessários à prestação de serviço de atenção domiciliar à saúde:

1.1. As equipes multidisciplinares de atenção domiciliar à saúde devem ser constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistência social e psicólogos, necessários à prestação dos serviços contratados;

1.2. A OCS poderá prestar serviços nas áreas de oxigenoterapia domiciliar, fisioterapia domiciliar, fonoaudiologia domiciliar, terapia ocupacional domiciliar, tratamento de feridas, administração de medicamentos e procedimentos pontuais e privativos do profissional enfermeiro, sem que fique atrelado à prestação de Home Care, se de interesse de ambas as partes, sempre com autorização prévia.

1.3. Para o início do atendimento de atenção domiciliar à saúde, ocorrerá por conta do beneficiário e/ou de seu responsável, por meio de solicitação junto ao setor FuSEX/Maceió, onde será iniciado um processo e por meio de visita domiciliar por equipe médico e enfermeiro militar para avaliação da real necessidade da atenção. Em casos de pacientes hospitalizados em hospitais ou clínicas, a solicitação fica a cargo do médico assistente da OCS credenciada diretamente ao setor de Auditoria/FuSEX. Uma vez identificada a necessidade de atenção domiciliar será solicitado por meio do agendamento junto a OCS visita domiciliar/ hospitalar para a elaboração do Plano de Atenção Domiciliar, e proposta de orçamento.

1.4. O plano de atenção Domiciliar deverá apresentar a real situação do paciente, onde deverá constar: dados de identificação (paciente e responsável), diagnóstico, histórico clínico do paciente, medicamentos em uso, avaliação de dependência, exame físico, avaliação da dor, avaliação por aparelhos (respiratórios, digestivos e geniturinário) e esse enquadramento a cerca do tipo de atenção domiciliar é avaliado e determinado pela

*[Handwritten signatures]*

MDEF CEX  
FI nº 73  
RUBRICA  
6º BE CMB

Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar - NEAD, bem como avaliação de toda equipe multi profissional necessária.

2. Estabelecer como prioridade de eleição da internação domiciliar os seguintes grupos de indivíduos:

- 2.1. Idosos;
- 2.2. Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
- 2.3. Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos;
- 2.4. Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

3. Os mecanismos de encaminhamentos dos pacientes para atenção domiciliar à saúde e as normas para o atendimento dar-se-ão segundo os critérios de captação e de elegibilidades que se seguem:

- 3.1. Equipe de Auditoria do setor de Contas Médicas do 6º BE Cmb, realizará avaliações dos casos solicitados e proferirá um relatório com parecer sobre as necessidades clínicas terapêuticas do beneficiário avaliado;
- 3.2. A Auditoria indicará aos CREDENCIADOS o paciente que receberá a atenção domiciliar à saúde, a fim de que proceda à avaliação e à elaboração do plano de Atenção Domiciliar;
- 3.3. O CREDENCIADO terá o prazo de 5 (cinco) dias corridos para fornecer ao CREDENCIANTE O Plano de Atenção Domiciliar juntamente com um orçamento prévio;
- 3.4. Ao Setor de Auditoria, caberá analisar os documentos previstos, encaminhando, quando necessário, à 3ª Região Militar/ DSAU, (Diretoria de Saúde) o parecer técnico, para autorização do atendimento de atenção domiciliar;
- 3.5. Após autorização pela 3ª Região Militar/ DSAU, (Diretoria de Saúde), do Plano de Atendimento Domiciliar e do orçamento, será expedida a competente Guia de Encaminhamento para início do atendimento;
- 3.6. À seção de Auditoria médica e de enfermagem competirá realizar os contatos com equipe profissional do CREDENCIADO para eventuais alterações no Plano de Atenção Domiciliar proposto, respeitando os preceitos éticos estabelecidos por parte dos respectivos Conselhos Federais de Classe.
- 3.7. A desmobilização da atenção domiciliar à saúde com a redução gradual da estrutura disponibilizada na atenção domiciliar à saúde, de acordo com a evolução do plano terapêutico previamente acordado, até a alta da atenção domiciliar, dar-se-á conforme os critérios do Plano de Atenção Domiciliar;
- 3.8. O CREDENCIANTE poderá, por meio da Seção de Auditoria médica do 6º BE Cmb, solicitar ao CREDENCIADO, em regime de transição coordenada, o início da atenção domiciliar à saúde de pacientes internados em OCS, assim que o mesmo obtenha alta hospitalar;
- 3.9. A atenção domiciliar à saúde terá prazo determinado, podendo, entretanto, no decorrer do período inicialmente estabelecido sofrer alterações, em consequência da evolução/ necessidades clínicas do paciente e adesão deste e de seu grupo familiar à assistência oferecida:
  - 3.9.1. O plano de Atenção Domiciliar do paciente admitido deve ser revisado de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso, Esta revisão deve conter data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente;

3.9.2. A autorização será válida para no máximo 30 dias:

3.9.2.1. Se houver necessidade de continuidade do tratamento domiciliar, nova solicitação deverá ser enviada.

3.9.3. As prorrogações deverão ser encaminhadas ao CONTRATANTE a cada período de 30 dias, obedecendo aos mesmos períodos de cobrança, com objetivo de prolongar a atenção prestada ao beneficiário pelo próximo período;

3.9.3.1. Junto com as prorrogações deverão estar anexados os relatórios dos profissionais da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) envolvidos no atendimento do paciente;

3.9.3.2. Quando houver curativos, deverá estar anexado o relatório padrão para curativos da equipe especializada em lesão, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro responsável. Na evolução deve constar profundidade (medidas), presença de infecção, comprometimento tecidual (estágio/grau), tipo de tecido encontrado, materiais utilizados e prescritos e programação de alta/ desmame dos mesmos;

3.9.3.3. Quando houver traqueostomia, deverá estar anexado o relatório padrão da equipe especializada em traqueostomia, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro (a) responsável. Na evolução deve constar possibilidade de decanulação, presença de infecção, presença de hipersecreção brônquica, materiais utilizados e prescritos e programação de desmame dos mesmos;

3.9.3.4. Quando houver dieta por gastrostomia ou sonda nasoenteral, deverá estar anexado o relatório padrão da equipe especializada devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro (a) responsável. Na evolução deve constar possibilidade de retirada, presença de infecção, materiais utilizados e prescritos e programação de desmame dos mesmos.

3.9.4. Ao final do período será emitida uma autorização constando o plano de atendimento liberado, contemplando os recursos humanos necessários, materiais, medicamentos, dispositivos e equipamentos, além da definição da periodicidade do envio de relatórios de atendimentos;

3.9.5. Os orçamentos referentes às intercorrências serão aprovados no decorrer do atendimento;

3.9.6. A regulação da atenção domiciliar é realizada através de autorizações divididas em duas modalidades:

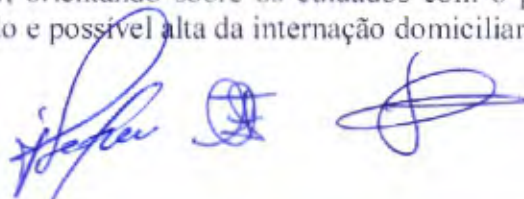
3.9.6.1. Prorrogações;

3.9.6.2. Complementares (intercorrências).

3.9.7. Os materiais e medicamentos necessários e autorizados ao tratamento do (a) paciente serão entregues pelo CREDENCIADO na residência do paciente, mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura;

3.9.8. No caso de sobras de materiais o CREDENCIADO deverá relatar ao serviço de auditoria médica do 6º BECmb, a fim de evitar prejuízos e desperdícios de materiais.

3.9.9. O CREDENCIADO deverá promover orientação, treinamento continuado junto à família/ cuidador, orientando sobre os cuidados com o paciente, visando a promoção do auto cuidado e possível alta da internação domiciliar;



3.9.10. O CREDENCIADO deverá elaborar o relatório de alta domiciliar quando ocorrer alguns dos seguintes motivos:

3.9.10.1. Alta por melhorar;

3.9.10.2. Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

3.9.10.3. Quando o (a) usuário (a) não mais preencher qualquer dos requisitos a que se refere este credenciamento;

3.9.10.4. Ausência do responsável pelos cuidados do (a) usuário (a) durante a atenção domiciliar, comprovada pela equipe multidisciplinar do CONTRATANTE ou CONTRATADO;

3.9.10.5. Internação ou reinternação hospitalar por piora do quadro clínico;

3.9.10.6. Óbito;

3.9.10.7. Recusa do usuário/família ao atendimento domiciliar.

3.9.11. A equipe Multidisciplinar da auditoria médica, procederá a reavaliação periódica dos casos de atenção domiciliar à saúde, com a finalidade de deliberar sobre a necessidade ou não da continuidade desse tipo de atendimento.

4. Qualquer material, equipamento, medicamento, dieta e outro produto nutricional e gases medicinais utilizados por parte do CREDENCIADO no atendimento do paciente, será providenciado, cobertos estes custos por conta do mesmo, com observância das regras postas no contrato:

4.1. Constará do equipamento o mobiliário hospitalar, para o período contratado, composto de um aparelho de pressão, uma cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, oxímetro em um aspirador de secreções;

4.2. Os demais mobiliários e equipamentos serão avaliados, caso a caso, pela Seção de Auditoria de Contas Médicas do CREDENCIANTE, pagando-se o valor pré determinado na tabela de preços e pacote de atenção domiciliar à saúde (Home Care), mediante autorização prévia, ao final do atendimento, na conta do paciente.

5. O CREDENCIADO deverá manter, durante a internação domiciliar, em tempo integral, estrutura de serviços específicos e de apoio à atenção domiciliar de casos de urgência/emergência necessários aos atendimentos em domicílio e à remoção dos pacientes para Organização Militar de Saúde (OMS) ou Organização Civil de Saúde (OCS) credenciada.

5.1. As intercorrências clínicas, decorrentes de urgência/emergência, deverão ser comunicadas pelo CREDENCIADO ao Auditor Militar, assim que possível;

5.2. O CREDENCIADO deverá orientar ao beneficiário, seu responsável ou seu representante legal, e deverá solicitar junto a Auditoria orientação/ Autorização para intervenção;

5.3. A comprovação da urgência ou da emergência será feita pelo Auditor militar;

5.4. A UG FuSEx/PASS não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não seja comprovada a urgência e (ou) emergência ou não tenham sido cumpridas as providências supracitadas;

5.5. A remoção do paciente quando necessária, deverá ser efetuada, exclusivamente, para o Pronto Socorro de OCS credenciada, bem como deverá ser devidamente justificada;

6. A prioridade de remoção do paciente ocorrerá das seguintes formas:

MDEF  
FI nº 76  
SAMU  
6º BE

6.1. Prioridade 1ª - De responsabilidade do Beneficiário, ou responsável, ou seu representante legal, por meios próprios ou acionamento de serviço público (SAMU BOMBEIROS);

6.2. Prioridade 2ª - Nos casos de necessidade justificada, em que houver tempo hábil será atribuída a responsabilidade ao CREDENCIADO, com uso de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel próprio ou subcontratado, conforme valores constantes na Lista Referencial deste Edital, neste caso a CREDENCIADA deverá solicitar à Seção de Auditoria a autorização para remoção do paciente.

7. O CREDENCIADO, apresentado seu Corpo Clínico, prestará atenção domiciliar nas modalidades de Assistência Domiciliar (Suporte Básico), Internação Domiciliar, Procedimentos de Enfermagem e Gerenciamento de casos crônicos, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/ emergência 24 (vinte quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, incluindo, todas as equipes multidisciplinares previstas na RDC Nº 11, de 26 de Janeiro de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, equipes multidisciplinares como fisioterapia (motora/respiratória), fonoaudiologia, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicologia e outras especialidades necessárias à prestação do serviço de assistência domiciliar à saúde:

7.1. Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) (Suporte Básico): prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta;

7.2. A prestação do serviço dar-se-á conforme o previsto na Lista referencial de preço de atenção domiciliar presente neste instrumento;

7.3. Programa de Internação Domiciliar (PID): Indicada para pacientes agudos ou crônicos- agudizados, que se não receberem este suporte mais intensivo provavelmente necessitarão de hospitalização. É indicada também, em momentos de desospitalização, para transição adequada do hospital para a residência, quando indicado. A Internação Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

7.3.1. Internação Domiciliar de Baixa Complexidade: Além do contido no Suporte Básico, incluem os serviços de plantões de Técnico de Enfermagem por 06 (doze) h/dia; e

7.3.2. Internação Domiciliar de Média Complexidade: Além do contido no Suporte Básico, incluem os serviços de plantões de Técnico de Enfermagem por 12 (doze) h/dia; e

7.3.3. Internação Domiciliar de Alta Complexidade: Além do contido no Suporte Básico, incluem os serviços de plantões de Técnicos de Enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia.

7.3.4. Procedimentos de Enfermagem (somente quando autorizado pela Seção de Auditoria Médica do 6º BECmb): serviços de técnico de enfermagem, sob Supervisão de Enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e outros atendimentos de enfermagem que não requerem acompanhamento contínuo;

8. O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao CREDENCIANTE a relação dos profissionais que integram sua equipe multidisciplinar de atenção à saúde, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, cadastrados e autorizados por parte do CREDENCIADO para atender aos beneficiários deste Edital nas respectivas profissões e especialidades;

8.1. O CONTRATADO obriga-se a manter atualizada a relação acima indicada.

9. Os serviços de contratos serão prestados diretamente por profissional da própria Organização Civil de Saúde, entende-se como:

9.1. O membro do Corpo Clínico do CREDENCIADO;

9.2. O que tenha vínculo de emprego com o CREDENCIADO;

9.3. O autônomo que presta serviço ao CREDENCIADO.

10. Equipara-se o profissional de saúde autônomo (PSA) ao integrante da pessoa jurídica que exerça atividade na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CREDENCIADO;

11. O Plano de Atenção Domiciliar deverá conter a descrição nominal dos integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde que prestará a assistência domiciliar ao paciente, contendo os números de telefones dos profissionais da referida equipe para os contatos que se fizerem necessários entre o paciente e/ ou seu responsável com equipe de atenção domiciliar.

12. A execução e o controle de presente instrumento serão avaliados pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditoria do CONTRATANTE às dependências do CONTRATADO e no domicílio do paciente, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes, assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado;

13. O CREDENCIADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CREDENCIANTE, documentos médicos, justificativas para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.

14. A solicitação de exames ou procedimentos coberto pelo FUSEx/SAMMED/PASS, ficará a cargo da equipe médica da CREDENCIADA e ao beneficiário ou responsável, caberá a solicitação de guia de encaminhamento e agendamento em OCS credenciada.

15. Toda medicação, material, dieta industrializada, oxigênio a ser administrado no paciente em tratamento domiciliar deverá ter aprovação prévia da seção de Auditoria Médica do 6º BECmb;

15.1. O CREDENCIANTE não arca com o fornecimento de medicamentos orais ou de uso contínuo, ficando a cargo da família do paciente.

16. É vedado a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário, conforme estabelece o Art. 10 da Portaria nº DGP-48/2008;

17. Caso necessário, o CREDENCIADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exames, procedimento, material e afins.

18. Não será autorizado ou poderá ser cancelada a atenção domiciliar quando:

18.1. O domicílio do (a) usuário (a) apresentar difícil acesso à ambulância, equipamento ou atendimento de urgência;

18.2. As condições emocionais do (a) usuário (a) ou de familiar inviabilizam o tratamento;

18.3. Não houver aceitação da equipe multidisciplinar pelo (a) usuário (a), responsável ou família;

18.4. A equipe multidisciplinar da OCS ou auditoria entenderem inviável a implementação do programa.

19. No caso de óbito de beneficiário, o CONTRATADO notificará, de imediato, a família do paciente e à Seção de Auditoria Médica do 6º BECmb através do e-mail [pmguauditoria@6becmb.eb.mil.br](mailto:pmguauditoria@6becmb.eb.mil.br), a quem caberá tomar às providências administrativas vinculadas a conta dos custos assistenciais prestados;

20. O abandono do tratamento realizado, pelo beneficiário, implicará no término da autorização para o procedimento e na indenização do serviço já prestado;
21. O serviço de Auditoria possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.
22. Os serviços e as diárias de internação domiciliares incluem os procedimentos de assistência ao paciente, segundo descrito neste Edital, e Lista de referencial de Procedimentos de Atenção Domiciliar.
- 22.1. A diária de internação domiciliar será contada do dia imediato ao dia da internação, excluindo-se o dia da alta;
- 22.2. Somente será contabilizado para pagamento os dias em que o paciente foi efetivamente atendido até a data da próxima fatura.
- 22.3. Nos casos de atendimento domiciliar os credenciados da OCS não serão remunerados com quaisquer taxas de deslocamentos.
23. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata (proporcional ao serviço contratado), conforme o número de dias da internação domiciliar;
24. Materiais Descartáveis não cobertos pelo FUSEX/SAMMED/PASS, não serão aceitos para apresentação em cobranças nas faturas, conforme lista discriminada neste Anexo.
25. Medicamentos serão remunerados conforme o item específico neste Capítulo;
- 25.1. Os medicamentos serão pagos conforme prescrição médica, pelo nome genérico existente no mercado e será pago o de menor valor. O referencial monetário será CMED da época do atendimento, seguido de SIMPRO, na falta do primeiro referencial;
- 25.2. Apenas será remunerado os medicamentos de uso restrito hospitalar;
26. Materiais Descartáveis: serão remunerados conforme o item específico neste anexo;
27. Dietas: será previamente autorizada pela Seção de Auditoria o fornecimento pela OCS CREDENCIADA, conforme item específico neste anexo.
28. Gases Medicinais: será de responsabilidade do beneficiário ou seu responsável, a solicitação via Rede Pública de Saúde - SUS (Programa de Oxigenoterapia Domiciliar do Município), conforme art. 5º da Portaria nº 139-DGP, de 7 de Julho de 2015. Em casos de necessidade do fornecimento pelo home care, será autorizado pela Seção de Auditoria Médica.
29. O mobiliário hospitalar, já incluído na diária, sendo composto de um aparelho de pressão, uma cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, uma cadeira de banho, um suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, oxímetro de pulso e um aspirador de secreção.
30. OPMEC (órtese, prótese, materiais especiais e cirúrgicos): será conforme item específico neste Capítulo.
31. O CREDENCIADO não poderá cobrar diretamente do beneficiário do FuSEx/SAMMED/PASS qualquer importância a título de honorários ou serviços prestado.
32. O CONTRATANTE não será responsabilizado pelo atraso nos pagamentos que sejam decorrentes da apresentação das faturas ou outros documentos fora dos prazos estipulados e com vícios formais que ensejem devolução;
33. O CREDENCIADO deverá apresentar, separadamente e o mais rápido possível, as faturas de despesas dos beneficiários do FuSEx, de Servidores Cívís, de usuários de Fator de Custos e dos pacientes que evoluíram ao óbito;
34. O CREDENCIANTE, no caso de curativos, deve apresentar junto às faturas a folha de gasto a parte, com assinatura e data do beneficiário ou seu representante;

34.1. O CREDENCIANTE restituirá a documentação acima citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma em até 2 (dois) dias do respectivo protocolo;

34.2. Toda situação anormal, que impossibilite ou prejudique o pagamento das despesas, será imediatamente informada ao CREDENCIADO.

35. O CREDENCIANTE, mediante análise técnica, administrativa, glosará, total ou parcialmente, sempre respeitando o princípio da motivação, os procedimentos apresentados nas faturas que não estiverem de acordo com a legislação aplicável no Edital de Credenciamento:

35.1. O Setor de Lisura de Auditoria/FuSEx/São Gabriel-RS possuirá o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias para realizar a auditoria das contas apresentadas, contado a partir da entrega da fatura, emitindo um relatório de glosa/lisura;

35.2. O CREDENCIADO será notificado, pelo Setor de Auditoria do 6º BECmb, por meio de correio eletrônico ou outros meios disponíveis, da existência do processo de glosa, e terá 5(cinco) dias para apresentar recurso;

35.3. Caso o CREDENCIADO não apresentar recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores apurados pelo Setor de Lisura, NÃO cabendo ao CREDENCIADO recurso posterior.

35.4. Finalizado o processo de glosa será registrada a aceitação por ambas as partes;

**CAPÍTULO II**

**TABELA DE PREÇOS E PACOTE DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE (HOME CARE):**

1. A indenização será conforme descrito na tabela abaixo:

<b>Tabela de honorários:</b>	<b>Observação</b>	<b>Valor Solicitado (R\$)</b>
Consulta médica adicional	Por ato	190,00
Consulta/sessão psicológica adicional	Por ato	40,00
Consulta com nutricionista adicional	Por ato	37,27
Consulta/sessão de fisioterapia adicional (remunerar de forma integrada a respiratória e a motora)	Por ato	51,27
Consulta/sessão terapia ocupacional adicional	Por ato	41,53
Consulta/sessão fonoaudiologia adicional	Por ato	50,00
Medicamentos	Por uso	CMED atualizada: Preço Máximo ao Consumidor (PMC) ou Preço de Fábrica (PF) + 12%. Na falta de constar em CMED fazer uso de NF + 12%.
Materiais descartáveis e/ou especiais	Por uso	Tabela própria de valores. Na falta de constar, será utilizado valor da NF + 12%.
Dieta	Por uso	Tabela própria de valores. Na falta de constar, será utilizado valor da NF + 12%.



2. Taxas de equipamentos:

TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado (RS)
CPAP	Por dia	10,29
BIPAP	Por dia	33,65
Ventilador de volume LTV 1000	Por dia	46,62
Oxímetro de pulso	Por dia	6,39
Nebulizador	Por dia	3,58

3. Taxas de enfermagem:

TAXAS DE ENFERMAGEM		
Serviço Técnico de Enfermagem para procedimento pontual: curativo. (Será remunerado para pacientes em internamento básico)	Por dia	45,00

4. Internação domiciliar:

INTERNAÇÃO DOMICILIAR		
Descrição	Forma de cobrança	Valor autorizado (R\$)
Internação Básica (Inclui: supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de remoção disponível. Mobiliário hospitalar, em regime de comodato, composto de aparelho de pressão, cama hospitalar, cadeira de higiene, suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, nobreak e aspirador de secreção.	Diária	30,36/dia
Alta Complexidade (Inclui: os descritos na internação básica com acréscimo de serviço técnico de enfermagem 24 horas ininterruptas, 01 visita médica, por semana; 02 visitas de enfermeira, por semana; fisioterapia motora e respiratória, três vezes na semana; fonoterapia, três vezes na semana, se indicação clínica; 01 avaliação por nutricionista, quinzenalmente; uma sessão de psicólogo, por semana. Remoção para admissão e/ou internação hospitalar).	Diária	460,00/ dia

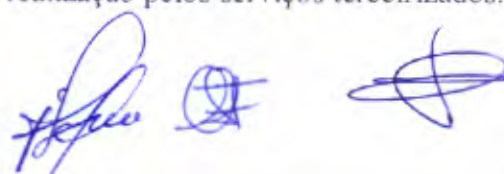
<p>Média Complexidade (Incluí: os descritos na internação básica com acréscimo de serviço técnico de enfermagem 12 horas ininterruptas, 01 visita médica, por semana; 02 visitas de enfermeira, por semana; fisioterapia motora e respiratória, três vezes na semana; fonoterapia, três vezes na semana, se indicação clínica; 01 avaliação por nutricionista, quinzenalmente; uma sessão de psicólogo, por semana. Remoção para admissão e/ou internação hospitalar).</p>	<p>Diária</p>	<p>260,00/ dia</p>
<p>Baixa Complexidade (Incluí: os descritos na internação básica com acréscimo de serviço técnico de enfermagem 6 horas ininterruptas, 01 visita médica, por semana; 02 visitas de enfermeira, por semana; fisioterapia motora e respiratória, três vezes na semana; fonoterapia, três vezes na semana, se indicação clínica; 01 avaliação por nutricionista, quinzenalmente; uma sessão de psicólogo, por semana. Remoção para admissão e/ou internação hospitalar).</p>	<p>Diária</p>	<p>200,00/ dia</p>

5. A inclusão, a classificação e, a mudança de complexidade do paciente será mediante avaliação do médico/enfermeiro militar da Auditoria/ Fusex, assim como a alta do serviço domiciliar. O atendimento deverá ser adequado à complexidade de cada paciente no período máximo de 30 dias, podendo ser prorrogado de acordo com o estado de saúde do paciente.

6. Os atendimentos excedentes a serem realizados pelo profissional médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social serão mediante autorização prévia.

### CAPITULO III INSTRUÇÕES GERAIS

1. No valor das diárias deverão estar incluídos:
  - 1.1. Troca de roupa de cama e banho de paciente, colchão piramidal;
  - 1.2. Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
  - 1.3. Administração de dieta do paciente, de acordo com a prescrição;
2. Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; Controle de sinais vitais; Controle de diurese; Sondagens; Aspiração de vias aéreas; Mudança de decúbito; Locomoção interna do paciente; Preparo do paciente para procedimentos médicos (enterocлизма, tricotomia, etc.); Cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito.
3. Orientação nutricional.
4. Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas e acompanhamento telefônico 24 horas.
5. Equipamentos de proteção individual (EPI) para todos os profissionais envolvidos nos cuidados técnicos.
6. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
7. As medicações e materiais serão pagos conforme prescrição médica, conforme item específico neste deste capítulo.
8. Não será pago coleta de exames ou realização pelos serviços terceirizados.





9. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.
10. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da taxa de diária.
11. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem, com envio de orçamento e relatório de avaliação, após Autorização prévia da Seção de Auditoria.
12. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações, não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.
13. Sonda vesical de demora e Sonda Naso-Enteral somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverá ter justificativa, após Autorização prévia da Seção de Auditoria.
14. Colchões Especiais (pneumático, colchão de água) será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro. Sujeito avaliação do orçamento e após Autorização prévia da Seção de Auditoria.

#### CAPITULO IV

#### MATERIAIS DESCARTÁVEIS

**1. Não serão remunerados pelo CREDENCIANTE por já estarem contidos no valor das taxas globais ou dos procedimentos:**

- 1.1. Água oxigenada;
- 1.2. Aquecedor;
- 1.3. Bacia plástica;
- 1.4. Band-aid;
- 1.5. Bolsa de água quente;
- 1.6. Bom ar;
- 1.7. Cinta lombar;
- 1.8. Clorexidina Aquosa 2%;
- 1.9. Clorexidina Degermante 4%;
- 1.10. Clorexidina Alcoólica 0,5%;
- 1.11. Clorexidina Odontologica 0,12%;
- 1.12. Colar cervical;
- 1.13. Colete lombar;
- 1.14. Combi-red (tampa para soro);
- 1.15. Conectores para aspiração, bomba e pressão;
- 1.16. Conector;
- 1.17. Copo descartável;
- 1.18. Copo umidificador;
- 1.19. Cotonete;
- 1.20. Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool;

- 1.21. Dispositivo anti-trombolítico;
- 1.22. EPIs;
- 1.23. Filtro respirador;
- 1.24. Fiso-Hex, povidine;
- 1.25. Fixador de tubo traqueal.
- 1.26. Fixador para sondas nasogástricas/nasoenteral;
- 1.27. Frascos para exame;
- 1.28. Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças;
- 1.29. Imobilizador;
- 1.30. Látex extensor de O2;
- 1.31. Látex extensor de Aspirado;
- 1.32. Luvas de procedimento;
- 1.33. Muletas;
- 1.34. Plug adaptador macho;
- 1.35. Sensor para oxímetro;
- 1.36. Termômetros;
- 1.37. Tipoias;
- 1.38. Toalha descartável;
- 1.39. Barbeador;
- 1.40. Esparadrapo/micropore para acesso venoso;
- 1.41. Loção hidratante;
- 1.42. Campos descartáveis.

## CAPITULO V

### CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO DE TAXAS

#### 1. Tabela com a classificação dos curativos:

Tamanho	Extensão	Profundidade	Exsudação	Pomada/Solução	Quant
Pequeno	Variável	Lesão de epiderme	Ausente	Sulfadiazina de prata Dersani Kollagenase AGE	10 ml 10 ml 10 g 10 ml
Médio	Variável	Lesão de epiderme e parcial da derme	Mínima a moderada	Sulfadiazina de prata Dersani Kollagenase AGE	15 ml 15 ml 15 g 15 ml
Grande	Variável	Toda a derme e epiderme destruída	Abundante	Sulfadiazina de prata Dersani Kollagenase	20 ml 20 ml 20 g



MDEF  
 Fl nº 84  
 RUBR  
 6º Br

				AGE	201
--	--	--	--	-----	-----

**2. CURATIVOS ESPECIAIS:**

2.1. Serão pagos, mediante prescrição médica ou de acordo com a tabela abaixo:

Descrição do curativo	Frequência de trocas
Alginato de cálcio, Carvão ativado c/ prata	de 03 a 07 dias
Hidrocolóide, Hidrogel	de 03 a 07 dias

2.2. Caso seja necessário realizar trocas de curativos com frequência maior, as solicitações deverão ser justificadas, por escrito, pelo Enfermeiro e com apresentação de orçamento e prévia autorização da auditoria.

**CAPITULO VI**

**SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E INTER-HOSPITAL MÓVEL**

REMOÇÃO		
Descrição	Forma de cobrança	Valor autorizado
Tipo A – ambulância para transporte	transporte	170,00 – Ida 260,00 – Ida e volta (dentro do perímetro urbano)
Tipo B – ambulância para suporte básico	transporte	240,00 – Ida 360,00 – Ida e volta (dentro do perímetro urbano)
Tipo D – ambulância para suporte avançado	transporte	Mediante contrato/ autorização da 3 RM/DSAU

**CAPITULO VII**

**DIETAS**

**1. Dietas Especiais e outros produtos nutricionais industrializados:**

1.1. CREDENCIADO disponibilidade, poderá fornecer diretamente as dietas especiais, mediante autorização prévia da Seção de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de São Gabriel, sendo que para o apreçamento e a remuneração dos mesmos utilizar-se-á a tabela própria, referente ao hospital de Alegrete -RS, em anexo no 1.2, na ausência do item na tabela, o CREDENCIADO deverá comprovar o custo do mesmo, por meio da apresentação de nota fiscal, com data atualizada e preços praticados no mercado distribuidor, admitindo-se o acréscimo de 12% de taxa de comercialização.

1.2. As dietas serão pagas conforme tabela abaixo:

Produto	Apresentação	Valor Solicitado (RS)
CUBITAN 200 ML	Baun/Morango/Choc.	35,84

*[Handwritten signatures]*

MDEF  
 Fi nº 85  
 RUBEN  
 6º BEC

FIBERSOURCE 1000ml	Tetra square	56,89
FIBERSOURCE SF 1000ml	Lig. SF- frs 1000ml	152,46
FRESUBIN ENERGY FIBRE 1000ml	EASY BAG Fresubin HP Fibre 1000ml	47,25
FRESUBIN HP ENERGY 1000ml	EASY BAG Fresubin HP energy 1000ml	47,25
GLUCERNA 237ml	Glucerna latas com 237ml	11,86
GLUCERNA RTH 1000ml	Glucerna Baunilha 1000ml RTH	111,93
GLUCERNA RTH 500ml	Glucerna 1.5 FtTH – SF – 500ml	60,00
ISOSOURCE 1.5 Kcal 1000ml	1,5 CAL – sem sac. - tetra square 1000ml	30,60
ISOSOURCE 1.5 Kcal 1000ml SIST FECHADO	1,5 CAL – sem sac. - SF – frs. 1000ml	120,00
ISOSOURCE HN 1000ml	HN – tetra square 1000ml	49,93
ISOSOURCE HN SIST FECHADO 1000ml	HN liq. SF – frs 1000ml	120,00
ISOSOURCE STANDARD 1.2 KCAL 1000ml	Standard liq SF - 1000ml	120,00
ISOSOURCE STANDARD 1.2 KCAL 1000ml	Standard c tetra square – 1000ml	52,47
JEVITY HICAL RTH 1000ml	Jevity – 1000 ml RTH	38,29
JEVITY HICAL RTH 1000ml	Jevity Hical RTH - SF – 1000 ml RTH	50,00
JEVITY PLUS RTH SF 1000ml	Jevity Plus – 1000ml RTH	60,00
NOVASOURCE GI CONTROL FORTE 1000ML	GI Control Forte – square de 1000ml	77,00
NOVASOURCE GI CONTROL FORTE SF 1000ML	GI Control Forte – SF – FRS 1000ml	130,00
NOVASOURCE RENAL SISTEMA FECHADO SF 1000ml	Renal SF – frs. 1000MI	120,00
Nutridrink Protein 200ml	Baunilha/Chocolate/Morango 200ml	19,80
NUTRISON 1000ML	Pack 1 litro	60,76
NUTRISON ADVANCED CUBISON 1000ml	Pack 1 litro	140,00
NUTRISON ADVANCED CUBISON 500ml	Frasco 500ml	70,00
NUTRISON ADVANCED	Pack 1 litro	100,00

*[Handwritten signatures and initials]*

MDEF  
 FI nº 26  
 RUBR

DIASON 1000ml		
NUTRISON ADVANCED DIASON 500ml	Frasco 500ml	50,00
NUTRISON ADVANCED PROTISON 500ml	Pack 500ml	80,00
NUTRISON ENERGY 1000ml	Pack 1 litro	75,00
NUTRISON ENERGY 500ml	Frasco 500ml	35,45
NUTRISON ENERGY MULTI FIBER 1000ml	Pack 1 litro	88,68
NUTRISON ENERGY MULTI FIBER 500ml	Frasco 500ml	57,00
NUTRISON PROTEIN PLUS MULTI FIBER 1000ml	Pack 1 litro	120,00
NUTRISON PROTEIN PLUS MULTI FIBER 500ml	Pack 500ml	60,00
PEPTAMEN PREBIO 1000ml	Prebio Liq. SF ultrapak 1000ml	350,00
PEPTAMEN SF 1000ml	1,5 Liq. SF-ultrapak 1000ml	420,00
PEPTAMEN SF 1000ml	AF liq. SF – ultrapak 1000ml	470,00
PEPTAMEN SF 1000ml	ARG liq. SF – ex. ultrapak 1000ml	300,00
PEPTAMEN UTI SF 1000ml	UTI liq. SF – Ultrapak 1000ml	470,00
PROFORT RTH SISTEMA FECHADO 1000ml	Profort Sabor baunilha 1000ml RTH	115,47
RESOURCE DIABETIC SIST FECHADO 1000ml	Diabetic SF -frs 1000ml	145,42

## CAPITULO VIII

### PARA O APREÇAMENTO E REMUNERAÇÃO DE MEDICAMENTOS E DOS MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALAR

#### 1. Medicamentos:

1.1. Adotado o CMED atualizada, PF + 12%, da época do atendimento, sendo a remuneração baseado no valor do genérico.

1.2. Prioritariamente deverão ser utilizados medicamentos genéricos conforme Lei nº 9.787, de 10 de Fevereiro de 1999, tendo como teto máximo preço de fábrica – PF + 19%, conforme previsto na Resolução nº 3 de 04 de Maio de 2009 Resolução SE/CMED nº 3 de 04/05/2009. Norma Federal - Publicado no DO em 06 nov 2009.

1.3. No caso de medicamentos quimioterápicos, imunoglobulinas e imunossuppressores, utilizar-se a guia CMED, PF + 12%/ ou PMC preferencialmente a Lista de Preços de Medicamentos para compras públicas, emitida por parte da CMED/ANVISA atualizada referente à época do atendimento.

1.4. Os medicamentos quimioterápicos serão pagos conforme prescrição médica, por miligramagem.

MDEF  
FI nº 87  
*[Handwritten signature]*

1.5. Para o apreçamento e a remuneração de medicamentos não constantes nas tabelas de referência apresentadas, o CREDENCIADO deverá comprovar o custo do mesmo, por meio da apresentação de nota fiscal, com data atualizada e preços praticados no mercado distribuidor, admitindo-se o acréscimo de 12% de taxa de comercialização.

1.6. Os medicamentos para uso ambulatorial não têm cobertura.

## 2. Para materiais:

2.1. Caso o material esteja contemplado taxas, ou pacotes, não serão cobrados separadamente, caso contrário, será utilizada a tabela CMED atualizada sem deflator e caso não conste na mesma, o CREDENCIADO deverá comprovar o custo do mesmo, por meio da apresentação de nota fiscal, com data atualizada e preços praticados no mercado distribuidor, admitindo-se o acréscimo de 12% de taxa de comercialização ou em caso de OPMEC conforme item específico.

## CAPITULO IX

### ASSISTÊNCIA TÉCNICA DE ENFERMAGEM DOMICILIAR

1. A complexidade do paciente em assistência domiciliar será baseada nos critérios das Normas Técnicas sobre a Atenção Domiciliar do Exército Brasileiro – NEAD

2. Serão considerados de baixa complexidade os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação por via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, nenhuma ou única lesão com curativo simples, sem uso de ventilação mecânica invasiva ou não, sem necessidade de aspiração de vias aéreas e escala de KATZ independente.

3. Serão considerados de média complexidade os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, nenhuma ou única lesão com curativo simples, sem uso de ventilação mecânica invasiva ou não, medicação parenteral ou hipodermóclise até 5 (cinco) vezes ao dia, sem necessidade de aspiração de vias aéreas e escala de KATZ independente.

4. Serão considerados de alta complexidade com dependência parcial os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, múltiplas lesões com curativos simples ou lesão única com curativo complexo, necessidade de aspiração de vias aéreas mais de 5 (cinco) vezes ao dia, medicações intravenosas ou hipodermóclise até 4 (quatro) vezes ao dia, alimentação parenteral até 12 (doze) horas, uso de oxigenioterapia intermitente ou contínua, ventilação mecânica contínua, invasiva ou não, por até 12 (doze) horas e escala de KATZ dependência parcial.

5. Serão considerados de alta complexidade com dependência total, os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, múltiplas lesões com curativos complexos, necessidade de aspiração de vias aéreas por mais de 5 (cinco) vezes ao dia, medicação intravenosa ou hipodermóclise mais de 4 (quatro) vezes ao dia, medicações intravenosas ou hipodermóclise até 4 (quatro) vezes ao dia, alimentação parenteral até 12 (doze) horas, uso de oxigenioterapia contínuo ou ventilação mecânica contínua, invasiva ou não, por mais de 12 (doze) horas ao dia e escala de KATZ dependente total.

6. A inclusão, a classificação, a mudança de complexidade, assim como a alta do paciente do sistema domiciliar, será sempre mediante avaliação do médico auditor militar.

7. O atendimento deverá ser adequado à complexidade de cada paciente no período máximo de 30 dias, podendo ser prorrogado de acordo com o estado de saúde do paciente.

*[Handwritten signatures]*

8. A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos novos pacotes de prestação de serviços, bem como inclusão e exclusão de serviços, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes neste Referencial.

9. Os serviços cujos valores não estão previamente definidos neste Referencial, terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados, no que couber, e mediante negociação.

Quartel em São Gabriel-RS, 27 de maio de 2024.

  
**CARIANE SOUTO FONTANELLA – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**IVONIR GONÇALVES LEHER – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**FABRICIO DE ALMEIDA ZANCHI – 2º Sgt**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

## ANEXO II - C



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
6º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE  
BATALHÃO TEN CEL JOSÉ CARLOS DE CARVALHO



## LISTA REFERENCIAL DOS PACOTES DE PROCEDIMENTOS

## 1. Tabela com os valores dos Pacotes de Cirurgia Cardíaca-Hemodinâmica:

PACOTES PARA HEMODINÂMICA - I		
<p><b>Inclui:</b> taxa de sala, taxa dos equipamentos, materiais descartáveis, medicamentos (inclusive contraste e edição de filmes) e materiais especiais.</p> <p><b>Exclui:</b> honorários médicos, OPME e diárias. Quando realizados simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrada 100% da taxa de sala de maior porte e 50% da taxa de sala dos procedimentos subsequentes e de menor porte. <b>Observação:</b> Deverá ser feita a cobrança, inicialmente, pelos pacotes abaixo, de forma separada. O que não tiver especificado separadamente, seguirá a cobrança da Taxa de Sala de Hemodinâmica.</p>		
PACOTE DE PROCEDIMENTO	Forma de cobrança	Valor Solicitado (R\$)
Taxa de sala de hemodinâmica	Uso	4.495,24
Angioplastia e/ou Valvuloplastia	Sessão	4.137,02
Cateterismo Cardíaco	Sessão	3.112,27
Angiografia digital arterial e/ou arteriografia	Sessão	2.450,41
Angiografia digital arterial e/ou arteriografia subsequente ao cateterismo cardíaco	Sessão	2.450,41
Estudo eletrofisiológico diagnóstico	Sessão	3.813,88
Estudo eletrofisiológico terapêutico e ablação	Sessão	5.084,00
Intervenção em Neuro Radiologia até 01 (uma) hora	Sessão	3.671,50
Intervenção em Neuro Radiologia superior à 01 (uma) hora	Sessão	5.727,54

PACOTES PARA HEMODINÂMICA - II		
<p><b>Inclui:</b> todas as taxas, materiais descartáveis, medicamentos, materiais especiais necessários ao procedimento, OPME, 2 (duas) diárias, 1 (uma) diária de UTI.</p> <p><b>Exclui:</b> honorários médicos.</p> <p><b>OBS.:</b> Quando forem utilizados simultaneamente 2 (dois) pacotes, remunerar-se-a plenamente o de maior valor e 50% do pacote de menor valor.</p>		
PACOTE DE PROCEDIMENTO	Forma de cobrança	Valor Solicitado (R\$)
Angioplastia Coronária Periférica com 01 STENT convencional	Por ato	11.431,89
Angioplastia Coronária Periférica com 02 STENT convencional	Por ato	13.946,62

*(Assinaturas manuscritas em azul)*

MDEF  
 FI nº 98  
 RUBRICA  
 6º pp

Angioplastia Coronária Periférica com 02 STENT convencional	Por ato	16.500,00
Angioplastia Coronária Periférica com STENT eluído em drogas (TAXUS) Inclui: 01 STENT farmacológico	Por ato	21.443,23

**PACOTE DE CATETERISMO CARDÍACO**

**Inclui:** 01 (uma) diária de apartamento/enfermaria, taxa de sala cirúrgica e/ou taxa de sala de hemodinâmica, materiais e medicamentos utilizados na sala cirúrgica e na acomodação de internação (inclusive contraste e edição de filmes); oxigênio, taxas de equipamentos e OPME relacionados abaixo.

**Exclui:** honorários médicos.

**Obs:** Quando forem utilizados simultaneamente 2 ou mais pacotes, remunerar-se em 100% o de maior valor e 50% o de menor valor. O uso de outros OPME, não contemplados abaixo, e/ou acréscimo de forma quantitativa, serão cobrados extra pacote. Se for necessário maior permanência em ambiente hospitalar, acréscimo de diárias, será remunerada extra pacote, bem como todos os materiais e medicamentos relativos a diárias excedentes.

Descrição	Forma de cobrança	Valor Solicitado (RS)
Cateterismo	Por ato	4.730,08
<b>OPME</b>		
Cateter pigtail		Quant 01
Cateter judkins		Quant 02
Cateter ampratz		Quant 01
Cateter mamária		Quant 01
Cateter multipurorse ou counand		Quant 01
Agulha para cateter		Quant 02
Guia 0,35 teflonado ou hidrofílico		Quant 01
Conector de pressão		Quant 01
Extensor de Bomba		Quant 01
Manifold		Quant 01
Tradutor de pressão		Quant 01

1.1. Excluídos dos pacotes: Intercorrências (que serão remuneradas de acordo com a verificação de auditoria concorrente e retrospectiva), e OPMEC.

1.2. No caso de utilização de OPMEC, o hospital deverá solicitar previamente a autorização junto à UG-FUSEX, mediante apresentação de 03 (três) orçamentos, respeitando item específico deste Edital.

**2. Tabela com os valores dos Pacotes de Ginecologia:**

Pacotes de Ginecologia/Obstetrícia		
<b>Inclui:</b> materiais, medicamentos, equipamentos e taxas de sala.		
<b>Exclui:</b> honorários médicos		
Descrição	Forma de cobrança	Valor Solicitado (RS)
Parto Cesária (Pacote acrescido de 3 diárias de Apartamento semi-privativo e acompanhante com refeições (café, almoço e janta).	PROCEDIMENTO	2.344,75

diárias de berçário ou alojamento conjunto, MAP, materiais e medicamentos pertinentes ao procedimento, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxas de sala e gasometria. Inclui somente um neonato.		
Parto Normal (Pacote acrescido de 2 diárias de Apartamento semi-privativo e acompanhante com refeições (café, almoço e janta), diárias de berçário ou alojamento conjunto, MAP, materiais e medicamentos pertinentes ao procedimento, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxas de sala e gasometria. Inclui somente um neonato.	PROCEDIMENTO	1.994,47
Partos Múltiplos (Pacote acrescido de 2 diárias para a puerpera e RNs, e todos os demais itens para ambos)	PROCEDIMENTO	acréscimo de 20% do valor do pacote por RN
Emergência em obstetria com observação (Pacote acrescido da consulta e exames laboratoriais)	ATENDIMENTO	487,33
Emergência em obstetria sem observação (Pacote acrescido da consulta e exames laboratoriais)	ATENDIMENTO	263,22
Emergência em pediatria com observação (Pacote acrescido da consulta e exames laboratoriais)	ATENDIMENTO	445,27
Emergência em pediatria sem observação (Pacote acrescido da consulta e exames laboratoriais)	ATENDIMENTO	256,79
Curetagem Uterina (Pacote inclui materiais, exames de laboratório, custo operacional, taxas de sala, serviços de enfermagem, taxas administrativas, sala de recuperação e HM	PROCEDIMENTO	1.545,88

2.1. Incluso nos pacotes: Diárias, gasoterapia, materiais, medicamentos, taxas de sala e equipamentos, SADT (mãe e RN).

2.2. Excluídos dos pacotes: Intercorrências (que serão remuneradas de acordo com a verificação de auditoria concorrente e retrospectiva), Hemocomponentes e OPMEC.

2.3. No caso de utilização de OPMEC, o hospital deverá solicitar previamente a autorização junto à UG-FUSEx, mediante apresentação de 03 (três) orçamentos, respeitando item específico deste Edital.

2.4. Observação, não será remunerada a assistência ao trabalho de parto, se o mesmo ocorrer na primeira hora, após o início da assistência.

### 3. Tabela com os valores dos Pacotes de Gastroenterologia:

PACOTES DE GASTROENTEROLOGIA		
<b>Inclui:</b> consulta, materiais, medicamentos, equipamentos e taxa de sala.		
<b>Exclui:</b> honorários médicos		
PACOTE DE PROCEDIMENTO	Forma de cobrança	Valor Solicitado (RS)
Endoscopia	exame	600,00
Colonoscopia	exame	1.500,00

PACOTE DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA		
Descrição	Forma de cobrança	Solicitado (RS)



<p>Incluso: honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamento, materiais e medicamentos. Excluídos: OPME e anestesia. Qualquer intercorrência não enquadrada neste pacote será cobrada separadamente, ou seja, seus custos não compõem o valor do pacote.</p>	<p>Pacote</p>	<p>CBHPM 2014 (Conta aberta)</p>
---	---------------	----------------------------------

4. Tabela com os valores dos Pacotes de Oftalmologia:

<p><b>PACOTES OFTALMOLÓGICOS - I</b></p>		
<p><b>Incluído:</b> honorários do médico cirurgião, materiais, medicamentos, taxas diversas e day clinic.</p>		
<p><b>Excluído:</b> honorários anestesiológicos.</p>		
<p><b>Descrição</b></p>	<p><b>Forma de cobrança</b></p>	<p><b>Valor Solicitado (R\$)</b></p>
<p>Triquiase com diatermo coagulação; Sondagem das vias lacrimais; Reconstituição dos pontos lacrimais; Retinopexia Profilática; Ciclodiatomia de corpo ciliar; Criocicloterapia de corpo ciliar.</p>	<p>POR ATO</p>	<p>374,19</p>
<p>Calázio</p>	<p>POR ATO</p>	<p>523,57</p>
<p>Sutura de conjuntiva; Sutura de Esclera; Exérese de tumor de conjuntiva; Paracentese; Exérese de tumor de esclera; Biópsia de corpo ciliar; Biópsia de músculos; Blefarorrafia definitiva; Simblefáro; Sutura de pálpebra; Xantelasma; Tarsorrafia; Retinopexia Pneumática; Dacriocistectomia; Epicanto; PTOSE.</p>	<p>POR ATO</p>	<p>587,33</p>
<p>Fechamento de pontos lacrimais</p>	<p>POR ATO</p>	<p>603,24</p>
<p>Exérese de tumor de pálpebra</p>	<p>POR ATO</p>	<p>625,11</p>
<p>Entrópio e/ou Ectrópio</p>	<p>POR ATO</p>	<p>619,17</p>
<p>Exérese de Pterígio</p>	<p>POR ATO</p>	<p>684,23</p>
<p>Exérese de pterígio com transplante conjuntival</p>	<p>POR ATO</p>	<p>691,21</p>
<p>Recobrimento Conjuntival</p>	<p>POR ATO</p>	<p>909,42</p>
<p>Coloboma com Plástica</p>	<p>POR ATO</p>	<p>937,22</p>
<p>Remoção de hifema; Retirada de corpo estranho de câmara anterior; Capsulotomia cirúrgica; Corpo estranho imantável no vítreo; Corpo estranho imantável não no vítreo; Virectomia anterior; Iridectomia anterior; Iridocicletomia.</p>	<p>POR ATO</p>	<p>1.176,45</p>
<p>Facectomia sem implante; enucleação ou evisceração sem implante; descompressão da órbita; sutura ou reconstituição de vias lacrimais com veia safena ou outro material.</p>	<p>POR ATO</p>	<p>1.587,19</p>
<p>Hérnia de Iris</p>	<p>POR ATO</p>	<p>1.812,53</p>
<p>Evisceração com implante (Incluso a prótese)</p>	<p>POR ATO</p>	<p>2.190,22</p>
<p>Implante secundário de lente intra ocular</p>	<p>POR ATO</p>	<p>2.087,96</p>
<p>Cirurgias antiglaucomatosas</p>	<p>POR ATO</p>	<p>2.094,77</p>
<p>Estrabismo</p>	<p>POR ATO</p>	<p>2.107,39</p>
<p>Reconstituição do globo ocular com lesão das estruturas intra oculares: Exenteração; Exérese de tumor de órbita; Reconstituição de paredes orbitárias; Dacriocistorrinostomia.</p>	<p>POR ATO</p>	<p>2.219,44</p>
<p>Facectomia extracapsular com implante</p>	<p>POR ATO</p>	<p>2.589,66</p>
<p>Retinopexia com introflexão escleral</p>	<p>POR ATO</p>	<p>4.276,39</p>
<p>Facectomia com implante de lente com facoemulsificador</p>	<p>POR ATO</p>	<p>4.294,37</p>

MDEF  
FI nº 93  
RUBR

Facectomia + Trabeculectomia	POR ATO	5.833,24
Retinopexia com introflexão escleral + vitrectomia + endofotocoagulação	POR ATO	5.634,27
Vitrectomia via pars plana	POR ATO	7.549,17

PACOTES OFTALMOLÓGICOS - II		
<b>Inclui:</b> todas as taxas, materiais descartáveis, medicamentos, materiais especiais necessários ao procedimento, OPME, diárias hospitalares.		
<b>Exclui:</b> honorários médicos.		
<b>OBS.:</b> Quando forem utilizados simultaneamente 2 (dois) pacotes, remunerar-se-a plenamente o de maior valor e 50% do pacote de menor valor.		
Ambulatório (infiltração sub-conjuntival; retirada de corpo estranho de córnea; injeção retro bulbar)	POR ATO	RS 34,00
Ambulatório (Retinografia simples; cauterização de úlcera de córnea, abscesso de pálpebra)	POR ATO	RS 77,19
Curva tensional diária (em regime de internamento)	POR EXAME	RS 115,77
Angiofluoresceinografia	POR EXAME	RS 176,67
Ambulatório (capsulotomia com laser, fototrabeculoplastia com laser, iridectomia com laser, fotocoagulação com laser (por sessão, biópsia de palpebral.)	POR ATO	RS 270,09
Delaminação Corneana com Fotoablação estromal - LASIK	POR ATO	RS 2.437,22
Fotoablação de Superfície Convencional – PRK	POR ATO	RS 2.438,22
Implante Intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada.	POR ATO	RS 6.433,25
Tratamento ocular quimioterápico com anti-angiogênico. Programa de 24 meses. Uma sessão por mês Lucentis ou Eylia.	POR SESSÃO	RS 4.627,33

4.1. No pacote Facectomia com LIO está incluso o fornecimento da lente intra-ocular nacional.

Quartel em São Gabriel-RS, 27 de maio de 2024.

  
**CARIANE SOUTO FONTANELLA – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**IVONIR GONÇALVES LEHER – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**FABRICIO DE ALMEIDA ZANCHI – 2º Sgt**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

## ANEXO II - D



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
6º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE  
BATALHÃO TEN CEL JOSÉ CARLOS DE CARVALHO



REFERENCIAL DE CUSTOS GERAL-BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE DE OCS E PSA

1. APRESENTAÇÃO

Este documento discrimina as Tabelas, Índices, Valores e Conceituações necessárias dos serviços na área de saúde, objeto do credenciamento de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para o 6º Batalhão de Engenharia de Combate, São Gabriel-RS.

Os procedimentos que não constam no rol da Agência Nacional de Saúde (ANS), assim como os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelas respectivas sociedades, sem registro no Ministério da Saúde e sem licença da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), não tem cobertura pelo SAMMED/FUSEx/SAMEx-Cmb e PASS.

2. TABELAS, ÍNDICES E VALORES

2.1. CONSULTAS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

2.1.1. CONSULTA MÉDICA AMBULATORIAL, EM PRONTO SOCORRO/EMERGÊNCIA E VISITA MÉDICA (VISITA, PARECER MÉDICO DE PACIENTE INTERNADO)

2.1.1.1. Para fins de remuneração dos honorários (consultas, avaliações e procedimentos ambulatoriais) será utilizado CHBPM 2014 plena com a Unidade de Custo Operacional (UCO) R\$ 16,15.

2.1.1.2. Para procedimentos não constantes na CBHPM 2014 - Plena serão utilizadas suas atualizações e acordos, a serem negociados entre as partes, com os mesmos parâmetros previstos nestes acordos.

2.1.1.3. Para os honorários médicos os portes serão remunerados conforme tabela a seguir:

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

*[Assinaturas manuscritas]*

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

MDEF  
 FI nº 95  
 RUBRICA  
 6º BE

## 2.1.2. HORÁRIOS DIFERENCIADOS

2.1.2.1. Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades: no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte e em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

2.1.2.2. A regra acima **não** se aplica às visitas médicas de rotina aos pacientes internados.

## 2.1.3. RETORNO DE CONSULTA AMBULATORIAL

Será considerado retorno e, portanto, **sem emissão** de nova (GE) Guia de Encaminhamento, as consultas ambulatoriais realizadas apenas **para entrega e avaliação de exames complementares requeridos pelo próprio médico solicitante**, desde que o beneficiário procure o referido médico para agendar a consulta de retorno em **até 20 (vinte)** dias da consulta originária. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos, ou o motivo de retorno seja distinto do já referenciado, será considerada nova consulta e, portanto, será necessário a emissão de nova GE. **Não existe retorno e acompanhamento ambulatorial** nos atendimentos em Pronto Socorro.

## 2.1.4. VISITA HOSPITALAR

Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado ao Médico Auditor, para autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deverá solicitar e justificar, em prontuário, a necessidade de avaliação e parecer e/ou acompanhamento do especialista.

## 2.1.5. GINECOLOGIA

O honorário da consulta do médico ginecologista contempla os seguintes atos: anamnese e exames de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos, bem como inspeção direta do colo uterino por meio do espéculo vaginal, se houver necessidade clínica. **O atendimento em Pronto Socorro não deverá fazer as vezes de ambulatório para avaliação periódica/accompanhamento gestacional, em qualquer tempo da gestação.**

## 2.1.6. NUTRIÇÃO

A assistência pelo profissional nutricionista deverá ser prestada para fins de **acompanhamento dietoterápico** e está limitada a **uma consulta a cada 30 (trinta) dias**. Estão incluídas na consulta a revisão e controle do tratamento. Os exames laboratoriais solicitados pelo PSA deverão ser analisados e seguir autorização de acordo com encaminhamento do médico militar assistente.

*[Handwritten signatures]*



### 2.1.7. OFTALMOLOGIA

A consulta oftalmológica deverá incluir anamnese, refração, inspeção e exames de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático. A **tonometria é paga somente na primeira consulta ou a cada seis meses para um mesmo paciente**. Quaisquer outros exames, com indicação clínica assistente, deverão estar prescritos com justificativa para análise do médico militar assistente.

### 2.1.8. PSIQUIATRIA

A assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar, sendo necessária autorização prévia do Oficial Auditor de Contas Médicas, mediante solicitação de internação em relatório contendo diagnóstico, história clínica, previsão inicial do período de internação e nome da OCS.

### 2.1.9. REMUNERAÇÕES DOS PORTES ANESTÉSICOS:

2.1.9.1. Para fins de remuneração dos honorários do médico anestesologista será utilizado a CBHPM 2014- Plena, conforme tabela a seguir:

PORTES	VALORES (RS) CBHPM 2014 + 30%	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO
0*	Sem remuneração	Sem remuneração
1	R\$ 192,66	R\$ 288,99
2	R\$ 281,99	R\$ 422,99
3	R\$ 415,05	R\$ 622,58
4	R\$ 613,65	R\$ 920,48
5	R\$ 949,23	R\$ 1.423,85
6	R\$ 1.324,58	R\$ 1.986,87
7	R\$ 1.884,57	R\$ 2.826,86
8	R\$ 2.486,30	R\$ 3.729,45

\*Porte anestésico "0" significa não participação do anestesista.

### 2.2. SADT – SERVIÇO DE ATENDIMENTO DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS

2.2.1. Serão remunerados em conformidade com a CBHPM 2014, UCO de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos) e o valor a ser pago por metro quadrado do filme será de R\$ 25,79 (vinte e cinco reais com setenta e nove centavos), de acordo com o parametrizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), em 2016. Para exames e/ou procedimentos não constantes na CBHPM 2014 deverão ser utilizadas suas atualizações e/ou negociações entre as partes.

### 2.2.2. SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E RADIOTERAPIA

2.2.2.1. A ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética contemplam respectivamente: ultrassonografia diagnóstica e intervencionista, tomografia computadorizada diagnóstica e intervencionista, tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (Pet Scan) e ressonância magnética diagnóstica e intervencionista.

MDEF  
Fl nº 97  
RUBRICADO

2.2.2.2. A radioterapia contempla: radioterapia externa e radioterapia intervencionista. Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa à Seção de Auditoria e Lisura do Posto Médico de Guarnição (PMGU) do 6º BE Cmb para solicitar autorização. Exames que não preveem o uso de contraste somente o terão remunerado se prescrito na requisição médica e autorizado por Oficial Auditor.

### **2.2.3. RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

2.2.3.1. Serão remunerados em conformidade com CBHPM 2014, UCO de R\$ 16,15 (dezesseis reais e quinze centavos) e o valor a ser pago por metro quadrado do filme será de R\$ 25,79 (vinte e cinco reais com setenta e nove centavos)

### **2.3. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS E HORMONIOTERAPIA**

Serão remunerados conforme tabela CMED atualizada (PMC ou PF + 12%). Na falta do referencial CMED fazer uso do SIMPRO (sem inflator e sem deflator), e na falta da SIMPRO, serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal + 12%. Os quimioterápicos com estabilidade deverão ser pagos de acordo com o uso, fracionados.

### **2.4. MATERIAIS DESCARTÁVEIS**

Serão remunerados pela tabela própria de valores. Na falta do referencial serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal + 12%. (os materiais classificados como especiais deverão ter deflator de 25%).

### **2.5. DIETA**

Serão remuneradas referentes a tabela de valores do Hospital de Alegrete – RS. Na falta do referencial serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal + 12%.

### **2.6. ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)**

Para atos cirúrgicos eletivos deverão ser apresentadas 03 cotações de orçamentos a serem analisados por auditoria prévia. O valor do OPME autorizado não poderá ultrapassar o valor de 70% dos referenciais CMED e/ou SIMPRO. Admite-se taxa de comercialização de 12% condicionada a apresentação de NF. Em atos cirúrgicos de urgência deverá ser enviada listagem/relatório de dispensação dos OPME prescritos e utilizados.

### **2.7. GASOTERAPIA**

A gasoterapia ambulatorial e/ou hospitalar será remunerada conforme o Anexo II-A.

### **2.8. TAXAS DE SALAS**

As taxas de salas (salas de procedimentos e salas cirúrgicas) serão remuneradas conforme o Anexo II-A

### **2.9. TAXA PELO USO DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR**

2.9.1. As taxas pelo uso de equipamentos médico-hospitalares serão remuneradas conforme o Anexo II-A.

2.9.2. As taxas pelo uso de equipamentos médico-hospitalares serão remuneradas conforme o Anexo II-A.

### **2.10. DIÁRIAS HOSPITALARES**

As diárias hospitalares serão remuneradas conforme o Anexo II-A.

## 2.11. ACOMODAÇÕES

Os BENEFICIÁRIOS têm direito aos padrões de acomodações hospitalares na seguinte prioridade:

### I - para oficiais e seus dependentes

- a) quarto privativo e
- b) quartos semi-privativos

### II - para subtenentes e sargentos e seus dependentes

- a) quartos privativos;
- b) quartos semi-privativos; e
- c) enfermaria de até seis leitos.

### III - para cabos e soldados

- a) enfermaria de até três leitos; e
- b) enfermarias gerais.

### IV - para dependentes de cabos e soldados

- a) quartos semi-privativos; e
- b) enfermaria de até seis leitos.

### V - para ex-combatentes e seus dependentes

- a) quarto privativo;
- b) quarto semi-privativo; e
- c) enfermaria de até seis leitos.

### VI - para servidores civis e seus dependentes

O padrão a que fazem jus, é definido pela correlação estabelecida na Portaria Cmt Ex Nr 396, de 16 Jun 08, alterada pela Portaria Nº 226 de 14 Mar 16:

Cargos ou funções de Servidores Civis	Padrão de Acomodação
-Consultor Jurídico do Comando do Exército	Correspondente ao de <b>Oficiais (I)</b> - Oficial General, Coronel, Tenente-Coronel, Major, Capitão, 1º Tenente, 2º Tenente e Asp a Oficial.
-Cargo em Comissão - Direção e Assessoramento Superior (DAS- 100)	
-Cargo de Nível Superior - Classe "C" e Especial	
-Professor de Ensino Superior - Titular e Associado	
-Professor de Ensino Fundamental e Médio - Classe "E" e Especial	
-Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico - Classe Titular	
-Ciência e Tecnologia - Pesquisador Associado e Titular	
-Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Pleno III e Sênior	
-Advogado da União - Categoria Especial e Primeira Categoria	
-Cargo de Nível Superior - Classes "A" e "B"	

*[Handwritten signatures and initials]*

MDEF  
 Fi nº 99  
 RUBR  
 6º BE

-Professor de Ensino Superior - Adjunto, Assistente e Auxiliar -Professor de ensino Fundamental e Médio - Classe "C", "D" -Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico - Classes "DI", "DII", "DIII", e "DIV". -Ciência e Tecnologia - Pesquisador Assistente e Adjunto. -Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Júnior e Plenos I e II -Advogado da União - Segunda Categoria	
-Cargos de Nível Intermediário - Classes "A", "B", "C" e Especial -Ciência e Tecnologia - Técnico I, II e III -Ciência e Tecnologia - Assistente I, II e III	Correspondente ao de Subtenentes e sargentos (II).
- Cargos de Nível Auxiliar – Classes "A", "B", "C" e Especial.	Correspondente ao de Cabos (III).

## 2.12. FISIOTERAPIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR E DOMICILIAR

2.12.1. Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário. A fisioterapia domiciliar contempla fisioterapia respiratória e fisioterapia motora, concomitantemente e na mesma remuneração, se houver indicação clínica. O atendimento domiciliar será **limitado à São Gabriel-RS**, após liberação expressa do CREDENCIANTE, que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

2.12.2. No atendimento de fisioterapia hospitalar em **apartamento ou enfermaria** será permitida a cobrança de até **02 (duas)** sessões de fisioterapia respiratória e **01 (uma)** sessão de fisioterapia motora por dia, compatíveis com a patologia. Em **UTI adulto e pediátrico** (maior de 1 ano) será permitida a cobrança de até **3 (três)** sessões de fisioterapia respiratória e até **1 (uma)** sessão de fisioterapia motora por dia. Para paciente neonatal será permitida **apenas** fisioterapia respiratória.

2.12.3. As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme tabela abaixo:

SERVIÇO	VALOR SOLICITADO (RS)
Consulta Fisioterapêutica Hospitalar	34,18
Consulta Fisioterapêutica Ambulatorial	34,18
Consulta Fisioterapêutica Domiciliar	44,18
Atendimento fisioterapêutico domiciliar (respiratória e/ou motor)- sessão.	51,27
Atendimento fisioterapêutico hospitalar respiratório- sessão.	27,69
Atendimento fisioterapêutico hospitalar motor- sessão.	27,69
Atendimento fisioterapêutico ambulatorial respiratório- sessão.	27,69
Atendimento fisioterapêutico ambulatorial motor- sessão.	27,69
Fisioterapia Aquática (Hidroterapia) – Individual- sessão.	38,76
Reeducação Postural Global (RPG)- sessão.	38,76

*[Handwritten signatures]*

### 2.13. TERAPIA OCUPACIONAL AMBULATORIAL, HOSPITALAR E DOMICILIAR

2.13.1. Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário. O atendimento domiciliar será **limitado à São Gabriel-RS**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

2.13.2. No atendimento hospitalar em apartamento ou enfermaria será permitido até **01(uma)** sessão a cada 3 dias. Em UTI até **01(uma)** sessão a cada 2 dias, se houver indicação clínica.

2.13.3. As sessões de Terapia Ocupacional serão remuneradas conforme tabela abaixo:

SERVIÇO	VALOR SOLICITADO (RS)
Consulta Hospitalar do Terapeuta Ocupacional	42,89
Consulta Ambulatorial do Terapeuta Ocupacional	42,89
Consulta Domiciliar do Terapeuta Ocupacional	52,89
Terapia Ocupacional Hospitalar- sessão	42,89
Terapia Ocupacional Ambulatorial- sessão	42,89
Terapia Ocupacional em Atendimento Domiciliar- sessão	51,77

### 2.14. FONOAUDIOLOGIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR E DOMICILIAR

2.14.1. Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário. O atendimento domiciliar será **limitado à São Gabriel-RS**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

2.14.2. No atendimento hospitalar em apartamento ou enfermaria será permitido até **1(uma)** sessão a cada 2 dias, se apresentar indicação clínica. Em UTI até **1(uma)** sessão por dia, se apresentar indicação clínica.

2.14.3. O atendimento na área de Fonoaudiologia será remunerado conforme abaixo:

SERVIÇO	VALOR SOLICITADO (RS)
Consulta Hospitalar	45,01
Consulta Ambulatorial	45,01
Consulta Domiciliar	62,89
Sessão Hospitalar	45,03
Sessão Ambulatorial	45,03
Sessão Domiciliar	60,02

### 2.15. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO AMBULATORIAL, HOSPITALAR E DOMICILIAR

2.15.1. Será autorizada **1 (uma)** avaliação mensal ambulatorial a critério e encaminhada pelo profissional médico assistente militar. Em caso de atendimento

MDEF  
F nº 107  
GUBER  
RS

domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário. O atendimento domiciliar será **limitado à Região de São Gabriel**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

2.15.2. Não haverá remuneração para o atendimento hospitalar do profissional nutricionista.

2.15.3. O atendimento na área de Nutrição será remunerado conforme abaixo:

SERVIÇO	VALOR SOLICITADO (R\$)
Consulta Ambulatorial	51,01
Consulta em Domicílio	71,01

## 2.16. SERVIÇOS DE PSICOLOGIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR E DOMICILIAR

2.16.1. Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário. O atendimento domiciliar será **limitado à Região de São Gabriel-RS**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

2.16.2. O atendimento na área de Psicologia será remunerado conforme abaixo:

SERVIÇO	VALOR SOLICITADO (R\$)
Consulta Hospitalar	57,02
Consulta Ambulatorial	57,02
Consulta Domiciliar	57,02
Sessão Hospitalar	42,89
Sessão Ambulatorial	42,89
Sessão em Domicílio	65,02
Psicopedagogia (Sessão)	42,89

## 2.17. ODONTOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Os procedimentos em cirurgia buco-maxilo-facial serão remunerados conforme a **CBHPM 2014 - Plena**, UCO de R\$ 16,15 (dezesseis reais e quinze centavos). Para exames e/ou procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações e negociações entre as partes.

## 2.18. RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

2.18.1. Os procedimentos em Radiologia odontológica serão remunerados conforme o Anexo II- F.

2.18.2. Para a realização de exames por imagem será necessário a solicitação **assinada e carimbada pelo profissional assistente, com CRO e identificação legíveis, para análise do dentista militar.**

2.18.3. Exames que **não permitam a boa visualização** do caso e/ou com **baixa qualidade de processamento** serão glosados.

2.18.4. No caso de necessidade de Auditoria, enviar **todas as radiografias para o Auditor.**

2.18.5. As **Guias de Encaminhamento** deverão ser encaminhadas para a lisura na Seção de Auditoria e Lisura do CREDENCIANTE, obrigatoriamente, com o **pedido do exame em anexo.**

**2.19. PACOTES PARA PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS**

PROCEDIMENTO	Forma de Cobrança	Valor solicitado (R\$)
Endoscopia <b>Incluso:</b> consulta, materiais e medicamentos inerentes a realização do procedimento, taxa de sala.	Exame	600,00
Colonoscopia <b>Incluso:</b> consulta, materiais e medicamentos inerentes a realização do procedimento, taxa de sala.	Exame	1.500,00

**3. RELAÇÃO DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS E MEDICAMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE**

Nr ORDEM	ITEM
1	Abaixador de língua
2	Absorvente higiênico
3	Shampoo
4	Água oxigenada
5	Álcool absoluto
6	Álcool iodado
7	Álcool swab
8	Algodão
9	Aquecedor e manta térmica
10	Azul de metileno
11	Bacia plástica
12	Band-aid
13	Bandeja para raquianestesia
14	Blusas descartáveis
15	Bolsa de água quente
16	Bom ar
17	Bomba para ordenha
18	Borracha de silicone
19	Borracha para aspirador
20	Cabo bipolar
21	Cadeira de apoio para banho

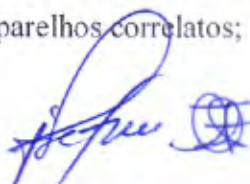
*[Handwritten signatures and marks]*

22	Calçados ortopédicos
23	Camisa para microcâmara
24	Campo cirúrgico (operatório) descartável
25	Caneta injetora de insulina e refil correspondente.
26	Caneta para bisturi descartável
27	Cânula de Guedel
28	Clorexidina degermante
29	Clorexidina solução antisséptica
30	Clorexidina tintura alcoólica
31	Colutório bucal
32	Cotonete (exceto procedimento oftalmológico).
33	Dermoprotetores em cremes
34	Dermoprotetores em loção
35	Detergentes enzimáticos
36	Éter
37	Fitoterápicos
38	Formol
39	Medicamentos efervescentes, pastilhas e comprimidos mastigáveis.
40	Produtos com finalidade higiênica e cosmética.
41	PVPI degermante
42	PVPI tópico
43	Sindax (exceto para pacientes comprovadamente em uso de Betabloqueador nas últimas 24 horas e Insuficiência Cardíaca Congestiva que não respondeu a nitrato e diuréticos).
44	Tintura de benjoim
45	Turbeculostáticos (medicamento distribuído pelo Programa de Dispensação do Governo Federal).
46	Vacinas, Imunobiológicos (refere-se aqueles do Programa de Imunização do Ministério da Saúde).

#### 4. RELAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE

4.1. Não serão cobertos pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos médicos-cirúrgicos:

- a. Cirurgia plástica estética de embelezamento de qualquer natureza;
- b. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- c. Utilização de artigos importados quando houver similar nacional de boa qualidade;
- d. Aquisição de óculos e aparelhos correlatos;





- e. Cirurgias não-éticas, inclusive interrupção de gestação;
- f. Cirurgias não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e outros Conselhos
- e. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- h. Internação para rejuvenescimento e obesidade com finalidade estética;
- i. Tratamentos de infertilidade, fecundação e fertilização;
- j. Teste de DNA e implante hormonal;
- k. Internação para CHECK-UP, investigação diagnóstica de caráter eletivo ou para realização de exames meramente ambulatoriais.

4.2. Além dos atendimentos médicos cirúrgicos elencados no item anterior, não serão cobertos pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos médicos cirúrgicos aos usuários da PASS (Portaria Nº 117-DGP, de 19 de MAIO de 2008):

- a. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- b. Tratamentos em centros de saúde pela água (SPA), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- c. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- d. Fornecimento de medicamentos nacionais ou nacionalizados, exceto durante a internação hospitalar do beneficiário;
- e. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- g. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- h. Aplicação de vacinas preventivas;
- i. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- j. Aparelhos ortopédicos;
- k. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- l. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- m. Despesas hospitalares extraordinárias tais como telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização de danos;
- n. Enfermagem em caráter particular;
- o. Avaliações pedagógicas;
- p. Orientações vocacionais;
- q. Psicoterapia com objetivos profissionais;
- r. Diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém-nascido patológico;
- s. Asilamento de idosos;
- t. Tratamentos ortodônticos ou de implantodontia;



- u. Próteses odontológicas de qualquer tipo;
- v. Transplantes ósseos e implantes;
- w. Restaurações utilizando porcelana; e
- x. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos; e
- y. Aquisição de artigos por importação.

4.3. As seguintes despesas e procedimentos médico-odonto-hospitalares não serão cobertos nem financiados pelo SAMEx-Cmb, sendo vedada a sua implantação (Nota Informativa Nº 001 - DSau, de 13 de outubro de 2011):

- a. Atendimento neonatal a filho(a) de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto quando se tratar de beneficiário previsto o número 6) da alínea b, do item 4, da Nota referida), após a alta da mãe;
- b. Avaliação psicológica para manutenção do registro e autorização de porte de arma de fogo;
- c. Tratamentos e manutenção ortodônticos, ortopedia funcional dos maxilares, cirurgia ortognática eletiva e implantodontia, inclusive próteses odontológicas ligadas a estes;
- d. Procedimentos e componentes odontológicos em geral realizados em laboratórios ortodônticos ou de prótese odontológicas (exemplo: prótese e aparelho ortodôntico);
- e. Tratamento nas áreas de reabilitação, exceto psicoterapia, além do limite de 8 sessões em um período de 30 dias;
- f. Tratamento na área de psicoterapia, além do limite de 4 sessões em um período de 30 dias;
- g. Tratamento na área de reabilitação que ultrapasse o limite de 200 sessões para o total do tratamento, dentro de cada área;
- h. Procedimento de natureza estética, inclusive cirurgia plástica estética de embelezamento;
- i. Aquisição de artigos por importação, quando houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento;
- j. Aquisição de óculos e artigos correlatos;
- k. Hospitalização que objetive, especificamente, os tratamentos de portadores de necessidades educativas especiais, exceto quando acometidos por patologias comuns à população em geral;
- l. Tratamento médico ou odontológico cuja eficiência não seja reconhecida pelos conselhos federais de medicina e odontologia;
- m. Elemento odontológico a ser implantado e material para enxertia;
- n. Aquisição de Órteses e Próteses importadas ou por meio de importação, mesmo registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- o. Implante hormonal;
- p. Teste de DNA;
- q. Tratamento de infertilidade, fecundação e fertilização; e
- r. E outros a critério do Chefe do Departamento Geral do Pessoal (DGP), ouvida a Diretoria de Saúde (D Sau).

MDEF  
FI nº 106

4.4. Os gastos extraordinários com refeições extras para o acompanhante, refrigerantes, jornais, revistas, lavagem de roupas, telefonemas, enfim, tudo o que não for pago pelo CREDENCIANTE, serão cobrados pelo CREDENCIADO diretamente do paciente ou seu responsável, sem que o CREDENCIADO seja interveniente.

4.5. A cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos será autorizada para:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos;
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);

Quartel em São Gabriel-RS, 27 de maio de 2024.

**CARIANE SOUTO FONTANELLA – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

**IVONIR GONCALVES LEHER – 2º Ten**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

**FABRICIO DE ALMEIDA ZANCHI – 2º Sgt**  
Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

ANEXO II - E



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
6º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE  
BATALHÃO TEN CEL JOSÉ CARLOS DE CARVALHO



**REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DAS OCS DE ALTA COMPLEXIDADE**

**1. APRESENTAÇÃO**

1.1. Este documento discrimina as Tabelas, Índices, Valores e Conceituações necessárias dos serviços na área de saúde, objeto do credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para o 6º Batalhão de Engenharia de Combate, São Gabriel-RS.

1.2. Os procedimentos que não constam no rol da Agência Nacional de Saúde (ANS), assim como os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelas respectivas sociedades, sem registro no Ministério da Saúde (MS) e sem licença da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), não tem cobertura pelo SAMMED/ FUSEx/SAMEx-Cmb e PASS.

**2. TABELAS, ÍNDICES E VALORES**

**2.1. CONSULTAS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS**

**2.1.1. CONSULTA MÉDICA HOSPITALAR, EM PRONTO SOCORRO/ EMERGÊNCIA E INTERNAMENTO**

2.1.1.1. Para fins de remuneração dos honorários (consultas, avaliações e procedimentos ambulatoriais) será utilizado Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos 2014 (CBHPM), plena, com a Unidade de Custo Operacional (UCO) RS 16,15.

2.1.1.2. Para procedimentos não constantes na CBHPM 2014- Plena serão utilizadas suas atualizações e acordos, a serem negociados entre as partes, com os mesmos parâmetros previstos nestes acordos.

2.1.1.3. Alguns honorários médicos e procedimentos são remunerados, atualmente por valores diferenciados e autorizados pela Diretoria de Saúde e não pela regra geral de CBHPM 2014.

2.1.1.4. Algumas especialidades cirúrgicas e procedimentos apresentarão proposta de valoração diferenciadas da regra geral proposta de CBHPM 2014.

HONORÁRIOS MÉDICOS DIFERENCIADOS	Valor Autorizado (RS)
Consulta médica domiciliar	119,14
Mastologia	CBHPM 2014 + 20%
Ortopedia	CBHPM 2014 + 20%
Colocação nefroscópica de duplo J unilateral	CBHPM 2014+ 20%
Tumor vesical - ressecção endoscópica - por lesão	CBHPM 2014 + 20%

Prostatectomia a céu aberto	CBHPM 2014 + 20%
Ressecção endoscópica da próstata	CBHPM 2014 + 20%
Vasectomia unilateral	CBHPM 2014 + 20%
Biópsia endoscópica de bexiga (inclui cistoscopia)	CBHPM 2014 + 20%
Uretrotomia interna – por segmento	CBHPM 2014 + 20%
Postectomia	CBHPM 2014 + 20%
Pieloplastia laparoscópica unilateral	CBHPM 2014 + 20%
Prostatovesiculectomia radical	CBHPM 2014 + 20%
Nefrectomia radical unilateral	CBHPM 2014 + 20%
Nefrectomia total unilateral por videolaparoscopia	CBHPM 2014 + 20%

2.1.1.5. Para os honorários médicos os portes serão remunerados conforme tabela a seguir:

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

### 2.1.2. HORÁRIOS DIFERENCIADOS

Os atos médicos praticados em caráter de urgência/emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades: no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte e em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados. A regra acima não se aplica às visitas médicas de rotina aos pacientes internados.

### 2.1.3. REAPLICAÇÃO

Nos procedimentos de litotripsia extracorpórea, ureterolitotripsia extracorpórea e cistolitotripsia extracorpórea, considera-se reaplicação quando o procedimento ocorre em até 3 meses após a primeira aplicação, conforme prescrito na CBHPM.

**2.1.4. VISITA HOSPITALAR**

Nos casos de internação, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar a cada 12H, para diária em apartamento, enfermaria e/ou UTI. Em casos de internação em UTI será remunerado, também, o médico intensivista diarista com Registro de Qualificação de Especialista na área (RQE). Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deverá solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer e/ou acompanhamento do especialista.

**2.1.5. GINECOLOGIA**

O honorário da consulta do médico ginecologista contempla os seguintes atos: anamnese e exames de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos, bem como inspeção direta do colo uterino por meio do espéculo vaginal, se houver necessidade clínica. **O atendimento em Pronto Socorro não deverá fazer as vezes de ambulatório para avaliação periódica/acompanhamento gestacional, em qualquer tempo da gestação.**

**2.1.6. NUTROLOGIA**

Será remunerada a visita avaliativa do profissional Nutrólogo, 1 (uma) a cada 3 dias, para clientes internados e em uso de dieta enteral e/ou parenteral.

**2.1.7. OFTALMOLOGIA**

A consulta oftalmológica deverá incluir anamnese, refração, inspeção e exames de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático. **A tonometria é paga somente na primeira consulta ou a cada seis meses para um mesmo paciente.** Quaisquer outros exames, com indicação clínica assistente, deverão estar prescritos com justificativa para análise do médico militar.

**2.1.8. PSIQUIATRIA**

A assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar, sendo necessário autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação de internação em relatório contendo diagnóstico, história clínica, previsão inicial do período de internação e nome da OCS.

**2.1.9. REMUNERAÇÕES DOS PORTES ANESTÉSICOS**

PORTES	VALORES (RS) CBHPM 2014 + 30%	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO
0*	Sem remuneração	Sem remuneração
1	R\$ 192,66	R\$ 288,99
2	R\$ 281,99	R\$ 422,99
3	R\$ 415,05	R\$ 622,58
4	R\$ 613,65	R\$ 920,48
5	R\$ 949,23	R\$ 1.423,85

*(Handwritten signatures and initials)*

6	R\$ 1.324,58	R\$ 1.986,87	Fi nº 119
7	R\$ 1.884,57	R\$ 2.826,86	RUBRI
8	R\$ 2.486,30	R\$ 3.729,45	60 pp
Consulta pré-anestésica	R\$ 119,14	R\$ 178,71	

\*Porte anestésico "0" significa não participação do anestesista.

## 2.2. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO- SADT

2.2.1. Serão remunerados em conformidade com a CBHPM 2014, UCO de R\$ 16,15 (dezesseis reais e quinze centavos) e o valor a ser pago por metro quadrado do filme será de R\$ 25,79 (vinte e cinco reais com setetenta e nove centavos), de acordo com o parametrizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), em 2016. Para exames e/ou procedimentos não constantes na CBHPM 2014 deverão ser utilizadas suas atualizações e/ou negociações entre as partes.

### 2.2.2. SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E RADIOTERAPIA

2.2.2.1. A ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética contemplam respectivamente: ultrassonografia diagnóstica e intervencionista, tomografia computadorizada diagnóstica e intervencionista, tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (Pet Scan) e ressonância magnética diagnóstica e intervencionista.

2.2.2.2. A radioterapia contempla: radioterapia externa e radioterapia intervencionista. Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa à Seção de Auditoria e Lisura do Posto Médico de Guarnição (PMGU) do 6º BECmb para solicitar autorização. Exames que não preveem o uso de contraste somente o terão remunerado se prescrito na requisição médica e autorizado por Oficial Auditor.

### 2.2.3. RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Serão remunerados em conformidade com a CBHPM 2014, UCO de R\$ 16,15 (dezesseis reais e quinze centavos) e o valor a ser pago por metro quadrado do filme será de R\$ 25,79 (vinte e cinco reais com setetenta e nove centavos), de acordo com o parametrizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), em 2016. No valor remuneratório total dos exames acima deverá ser aplicado o **deflator de 10,00%** no valor total do exame por imagem.

### 2.2.4. SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DE MEDICINA LABORATORIAL

A Medicina Laboratorial contempla: Bioquímica, Coprologia, Hematologia Laboratorial, Endocrinologia Laboratorial, Imunologia, Líquidos (*Cefalorraqueano* – Líquor – *Seminal, Amniótico, Sinovial* e *outros*), Microbiologia, Urinálise, Toxicologia / Monitorização Terapêutica, Biologia Molecular e Diversos.

### 2.2.5. SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

Para procedimentos de anatomia patológica com análise de mais de 01 (um) fragmento o CREDENCIADO deverá remeter à Seção de Auditoria e Lisura do CREDENCIANTE relatório detalhado que comprove a realização dos fragmentos excedentes.

### 2.2.6. MATERIAIS RADIOLÓGICOS

Serão remunerados em conformidade com CBHPM 2014, UCO de R\$ 16,15 (dezesseis reais e quinze centavos) e o valor a ser pago por metro quadrado do filme será de R\$ 25,79 (vinte e cinco reais com setenta e nove centavos)



### **2.3. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS E HORMONIOTERAPIA**

Serão remunerados conforme tabela CMED atualizada (PMC ou PF + 12%). Na falta do referencial CMED fazer uso do SIMPRO (sem inflador e sem deflator), e na falta da SIMPRO, serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal + 12%. Os quimioterápicos com estabilidade deverão ser pagos de acordo com o uso, fracionados.

### **2.4. MATERIAIS DESCARTÁVEIS**

Serão remunerados pela tabela própria de valores. Na falta do referencial serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal + 12%. (os materiais classificados como especiais deverão ter deflator de 25%).

### **2.5. DIETA**

Serão remuneradas referentes a tabela de valores do Hospital de Alegrete - RS. Na falta do referencial serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal + 12%.

### **2.6. ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)**

Para atos cirúrgicos eletivos deverão ser apresentadas 03 cotações de orçamentos a serem analisados por auditoria prévia. O valor do OPME autorizado não poderá ultrapassar o valor de 70% dos referenciais CMED e/ou SIMPRO. Admite-se taxa de comercialização de 12% condicionada a apresentação de NF. Em atos cirúrgicos de urgência deverá ser enviada listagem/relatório de dispensação dos OPME prescritos e utilizados.

### **2.7. GASOTERAPIA**

A gasoterapia ambulatorial e/ou hospitalar será remunerada conforme o Anexo II-A.

### **2.8. TAXAS DE SALAS**

As taxas de salas (salas de procedimentos e salas cirúrgicas) serão remuneradas conforme o Anexo II-A.

### **2.9. TAXA PELO USO DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR**

As taxas pelo uso de equipamentos médico-hospitalares serão remuneradas conforme o Anexo II-A. **Não será permitida a cobrança de taxa de sala para Serviço Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para tratamentos especializados realizados à beira do leito.**

### **2.10. DIÁRIAS HOSPITALARES**

As diárias hospitalares serão remuneradas conforme o Anexo II-A.

### **2.11. ACOMODAÇÕES**

Os BENEFICIÁRIOS têm direito aos padrões de acomodações hospitalares na seguinte prioridade:

**I - para oficiais e seus dependentes**

- a) quarto privativo e
- b) quartos semi-privativos

**II - para subtenentes e sargentos e seus dependentes**

- a) quartos privativos;
- b) quartos semi-privativos; e



c) enfermaria de até seis leitos.

**III - para cabos e soldados**

a) enfermaria de até três leitos; e

b) enfermarias gerais.

**IV - para dependentes de cabos e soldados**

a) quartos semi-privativos; e

b) enfermaria de até seis leitos.

**V - para ex-combatentes e seus dependentes**

a) quarto privativo;

b) quarto semi-privativo; e

c) enfermaria de até seis leitos.

**VI - para servidores civis e seus dependentes**

O padrão a que fazem jus, é definido pela correlação estabelecida na Portaria Cmt Ex Nr 396, de 16 Jun 08, alterada pela Portaria Nº 226 de 14 Mar 16:

Cargos ou funções de Servidores Civis	Padrão de Acomodação
-Consultor Jurídico do Comando do Exército -Cargo em Comissão - Direção e Assessoramento Superior (DAS-100) -Cargo de Nível Superior - Classe "C" e Especial -Professor de Ensino Superior - Titular e Associado -Professor de Ensino Fundamental e Médio - Classe "E" e Especial -Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico - Classe Titular -Ciência e Tecnologia - Pesquisador Associado e Titular -Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Pleno III e Sênior -Advogado da União - Categoria Especial e Primeira Categoria -Cargo de Nível Superior - Classes "A" e "B" -Professor de Ensino Superior - Adjunto, Assistente e Auxiliar -Professor de ensino Fundamental e Médio - Classe "C", "D" -Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico - Classes "DI", "DII", "DIII", e "DIV". -Ciência e Tecnologia - Pesquisador Assistente e Adjunto. -Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Júnior e Plenos I e II -Advogado da União - Segunda Categoria	<b>Correspondente ao de Oficiais (I)</b> - Oficial General, Coronel, Tenente-Coronel, Major, Capitão, 1º Tenente, 2º Tenente e Aspa a Oficial.
-Cargos de Nível Intermediário - Classes "A", "B", "C" e Especial -Ciência e Tecnologia - Técnico I, II e III -Ciência e Tecnologia - Assistente I, II e III	<b>Correspondente ao de Subtenentes e sargentos (II).</b>
- Cargos de Nível Auxiliar - Classes "A", "B", "C" e Especial.	<b>Correspondente ao de Cabos (III).</b>

**2.12. FISIOTERAPIA HOSPIT**

2.12.1. No atendimento de fisioterapia hospitalar em **apartamento ou enfermaria** será permitida a cobrança de até 02 (**duas**) sessões de fisioterapia respiratória e 01

(uma) sessão de fisioterapia motora por dia, compatíveis com a patologia. Em UTI **adulto e pediátrico** (maior de 1 ano) será permitida a cobrança de até **3 (três)** sessões de fisioterapia respiratória e **1 (uma)** sessão de fisioterapia motora por dia. Para paciente neonatal será permitida **apenas** fisioterapia respiratória.

2.12.2. As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme tabela abaixo:

SERVIÇO	VALOR SOLICITADO (RS)
Consulta Fisioterapêutica	34,18
Atendimento fisioterapêutico hospitalar respiratório- sessão.	27,69
Atendimento fisioterapêutico hospitalar motor- sessão.	27,69

### 2.13. TERAPIA OCUPACIONAL HOSPITALAR

2.13.1. No atendimento hospitalar em apartamento ou enfermaria será permitido até 01(uma) sessão a cada 3 dias. Em UTI até 01(uma) sessão a cada 2 dias, se houver indicação clínica.

2.13.2. As sessões de Terapia Ocupacional serão remuneradas conforme tabela abaixo:

SERVIÇO	VALOR SOLICITADO (RS)
Consulta do Terapeuta Ocupacional	42,89
Terapia Ocupacional - sessão	42,89

### 2.14. FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR

2.14.1. No atendimento hospitalar em apartamento ou enfermaria será permitido até 1(uma) sessão a cada 2 dias, se apresentar indicação clínica. Em UTI até 1(uma) sessão por dia, se apresentar indicação clínica.

2.14.2. O atendimento na área de Fonoaudiologia será remunerado conforme abaixo:

SERVIÇO	VALOR SOLICITADO (RS)
Consulta Hospitalar	45,01
Sessão Hospitalar	45,03

### 2.15. PSICOLOGIA HOSPITALAR

2.15.1. Para a remuneração da assistência de psicologia deverá haver solicitação médica, registrada em prontuário, da avaliação com a psicologia. Será remunerada 1(uma) consulta por internamento e poderá ser remunerada até 2 sessões por semana.

2.15.2. O atendimento na área de Psicologia será remunerado conforme abaixo:

SERVIÇO	VALOR SOLICITADO (RS)
Consulta Hospitalar	57,02
Sessão Hospitalar	42,89

### 2.16. ODONTOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

2.16.1. Os procedimentos em cirurgia bucomaxilofacial serão remunerados conforme a **CBHPM 2014 - Plena, UCO de RS 16,15V** (dezesseis reais e quinze centavos). Para exames e/ou procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações e negociações entre as partes.

MDEF  
 FI nº 114  
 RUBRICADO  
 8º 90

## 2.17. TAXAS DE SALA CIRÚRGICA

2.17.1. As taxas de sala serão remuneradas conforme Anexo II-A.

## 2.18. PACOTES E OUTROS SERVIÇOS

PROCEDIMENTOS	FORMA DE COBRANÇA	VALOR SOLICITADO (RS)
Teste do olhinho	Exame	50,44
Pet-CT	Pacote	4.235,27
Oxigênoterapia Hiperbárica	Sessão de 2 horas	486,53
Implante de catéter peritoneal <b>incluso:</b> OPME, materiais especiais, caso necessário, materiais, medicamentos, equipamentos e taxa de sala	Procedimento	1314,42
Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) 9 dias – treinamento <b>incluso:</b> materiais, medicamentos, equipamentos e taxa de sala	9 dias	2.869,15
Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) mês – treinamento <b>incluso:</b> OPME, materiais especiais, caso necessário, materiais, medicamentos, equipamentos e taxa de sala	Mensal	7.917,42
Broncoscopia ambulatorial <b>incluso:</b> materiais, medicamentos, equipamentos e taxa de sala	Procedimento	1.100,04
Broncoscopia internação, incluso 01 diária “day clinic” <b>incluso:</b> materiais, medicamentos, equipamentos e taxa de sala	Procedimento	1.299,67

### 2.18.1. PACOTE DE PET CT

PROCEDIMENTOS	FORMA DE COBRANÇA	VALOR SOLICITADO (RS)
Pet Dedicado Oncológico Incluso: honorários médicos, taxa de sala, taxas de equipamentos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento, insumo radioativo inerente ao procedimento, filme. Excluso: diárias de internação (se necessário)	Pacote	4.235,27

### 2.18.2. PACOTES DE INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTOS PARA CÂNCER

Descrição	Forma de cobrança	VALOR SOLICITADO (RS)

MDEF  
 CEX  
 Fl nº 115  
 RUBRICA  
 6º DE F. 117

Radioterapia com IMRT (+1GRT) (DEVERÁ SER SUBSTITUÍDA POR: Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe IMRT. Inclui: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores da área a ser tratada, filmes de verificação, colimação individual.)	SESSÃO	23.800,00
Radioterapia Tridimensional (DEVERÁ SER SUBSTITUÍDA POR: Radioterapia Conformada Tridimensional RCT-3D. Inclui: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores da área a ser tratada, filmes de verificação, colimação individual.)	SESSÃO	18.300,00
Radioterapia Convencional (Inclui: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores da área a ser tratada, filmes de verificação, colimação individual.)	SESSÃO	13.917,22
Mielograma		CBHPM 2014
Cariótipo de medula		656,83
Cariótipo de sangue		656,83
Cariótipo de sangue-pesquisa de marcadores tumorais		656,83
Cariótipo para pesquisa de instabilidade cromossômica		656,83
Imunohistoquímica		CBHPM 2014

**1. 3. RELAÇÃO DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS E MEDICAMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE**

Nr ORDEM	ITEM
1	Abaixador de língua
2	Absorvente higiênico
3	Shampoo
4	Água oxigenada
5	Alcool absoluto
6	Alcool iodado
7	Algodão
8	Aquecedor e manta térmica
9	Azul de metileno
10	Bacia plástica
11	Band-aid
12	Bandeja para raquianestesia
13	Blusas descartáveis
14	Bolsa de água quente
15	Desodorizado de ambiente
16	Bomba para ordenha

*[Handwritten signatures and marks]*

17	Borracha de silicone
18	Borracha para aspirador
19	Cabo bipolar
20	Cadeira de apoio para banho
21	Calçados ortopédicos
22	Camisa para microcâmara
23	Campo cirúrgico (operatório) descartável
24	Caneta injetora de insulina e refil correspondente
25	Cânula de Guedel
26	Clorexidina degermante
27	Clorexidina solução antisséptica
28	Clorexidina tintura alcoólica
29	Cotonete (exceto procedimento oftalmológico)
30	Detergentes enzimáticos
31	Éter
32	Fitoterápicos
33	Formol
34	PVPI degermante
35	PVPI tópico
36	Sindax (exceto para pacientes comprovadamente em uso de Betabloqueador nas últimas 24 horas e Insuficiência Cardíaca Congestiva que não respondeu a nitrato e diuréticos)
37	Tintura de benjoim
38	Tuberculostáticos (medicamento distribuído pelo Programa de Dispensação do Governo Federal)
39	Vacinas, Imunobiológicos (refere-se aqueles do Programa de Imunização do Ministério da Saúde)

#### 4. RELAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE

4.1. Não serão cobertos pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos médicos-cirúrgicos:

- a. Cirurgia plástica estética de embelezamento de qualquer natureza;
- b. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- c. Utilização de artigos importados quando houver similar nacional de boa qualidade;
- d. Aquisição de óculos e aparelhos correlatos;
- e. Cirurgias não-éticas, inclusive interrupção de gestação;
- f. Cirurgias não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e outros Conselhos e, Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;





- g. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- h. Internação para rejuvenescimento e obesidade com finalidade estética;
- i. Tratamentos de infertilidade, fecundação e fertilização;
- j. Teste de DNA e implante hormonal;
- k. Internação para CHECK-UP, investigação diagnóstica de caráter eletivo ou para realização de exames meramente ambulatoriais.

4.2 Além dos atendimentos médicos cirúrgicos elencados no item anterior, não serão cobertos pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos médicos cirúrgicos aos usuários da PASS (Portaria N° 117-DGP, de 19 de MAIO de 2008):

- a. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- b. Tratamentos em centros de saúde pela água (SPA), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- c. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- d. Fornecimento de medicamentos nacionais ou nacionalizados, exceto durante a internação hospitalar do beneficiário;
- e. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- g. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- h. Aplicação de vacinas preventivas;
- i. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- j. Aparelhos ortopédicos;
- k. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- l. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- m. Despesas hospitalares extraordinárias tais como telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização de danos;
- n. Enfermagem em caráter particular;
- o. Avaliações pedagógicas;
- p. Orientações vocacionais;
- q. Psicoterapia com objetivos profissionais;
- r. Diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém-nascido patológico;
- s. Asilamento de idosos;
- t. Tratamentos ortodônticos ou de implantodontia;
- u. Próteses odontológicas de qualquer tipo;
- v. Transplantes ósseos e implantes;
- w. Restaurações utilizando porcelana; e

- x. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos; e
- y. Aquisição de artigos por importação.

4.3 As seguintes despesas e procedimentos médico-odonto-hospitalares não serão cobertos nem financiados pelo SAMEX-Cmb, sendo vedada a sua implantação (Nota Informativa Nº 001 - DSau, de 13 de outubro de 2011):

- a. Atendimento neonatal a filho(a) de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto quando se tratar de beneficiário previsto o número 6) da alínea b, do item 4, da Nota referida), após a alta da mãe;
- b. Avaliação psicológica para manutenção do registro e autorização de porte de arma de fogo;
- c. Tratamentos e manutenção ortodônticos, ortopedia funcional dos maxilares, cirurgia ortognática eletiva e implantodontia, inclusive próteses odontológicas ligadas a estes;
- d. Procedimentos e componentes odontológicos em geral realizados em laboratórios ortodônticos ou de prótese odontológicas (exemplo: prótese e aparelho ortodôntico);
- e. Tratamento nas áreas de reabilitação, exceto psicoterapia, além do limite de 8 sessões em um período de 30 dias;
- f. Tratamento na área de psicoterapia, além do limite de 4 sessões em um período de 30 dias;
- g. Tratamento na área de reabilitação que ultrapasse o limite de 200 sessões para o total do tratamento, dentro de cada área;
- h. Procedimento de natureza estética, inclusive cirurgia plástica estética de embelezamento;
- i. Aquisição de artigos por importação, quando houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento;
- j. Aquisição de óculos e artigos correlatos;
- k. Hospitalização que objetive, especificamente, os tratamentos de portadores de necessidades educativas especiais, exceto quando acometidos por patologias comuns à população em geral;
- l. Tratamento médico ou odontológico cuja eficiência não seja reconhecida pelos conselhos federais de medicina e odontologia;
- m. Elemento odontológico a ser implantado e material para enxertia;
- n. Aquisição de Órteses e Próteses importadas ou por meio de importação, mesmo registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- o. Implante hormonal;
- p. Teste de DNA;
- q. Tratamento de infertilidade, fecundação e fertilização; e
- r. E outros a critério do Chefe do Departamento Geral do Pessoal (DGP), ouvida a Diretoria de Saúde (D Sau).

4.4. Os gastos extraordinários com refeições extras para o acompanhante, refrigerantes, jornais, revistas, lavagem de roupas, telefonemas, enfim, tudo o que não for pago pelo

MDEF CEX  
Fl nº 119  
ROBRICIA  
6º BE C.M.P.

CRENCIANTE, serão cobrados pelo CRENCIADO diretamente do paciente ou seu responsável, sem que o CRENCIADO seja interveniente.

4.5. A cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos será autorizada para:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos;
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);

Quartel em São Gabriel-RS, 27 de maio de 2024.

**CARIANE SOUTO FONTANELLA – 2º Ten**

Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

**IVONIR GONÇALVES LEHER – 2º Ten**

Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

**FABRÍCIO DE ALMEIDA ZANCHI – 2º Sgt**

Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

## ANEXO II - F



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
6º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE  
BATALHÃO TEN CEL JOSÉ CARLOS DE CARVALHO



## REFERENCIAL DE PREÇOS DE PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE ODONTOLOGIA

PROCEDIMENTO	Valor Solicitado
<b>URGÊNCIA</b>	<b>Valor Solicitado (RS)</b>
URGÊNCIA (QUALQUER HORÁRIO) - SAB, DOM, FERIADOS	180,00
URGÊNCIA NOTURNA	180,00
URGÊNCIA DIURNA	90,00
<b>DIAGNÓSTICO - EXAME CLÍNICO</b>	<b>Valor Solicitado (RS)</b>
CONSULTA INICIAL: EXAME CLÍNICO E PLANO DE TRATAMENTO	180,00
TESTE DE RISCO DE CÁRIE, PH, CAPAC. TAMPÃO, FLUXO SALIVAR	56,89
<b>DIAGNÓSTICO - PREVENÇÃO</b>	<b>Valor Autorizado (RS)</b>
APLIC. TÓPICA DE FLÚOR (EXCLUINDO PROFILAXIA)	47,34
CONTROLE DE PLACA BACTERIANA POR SESSÃO	46,97
PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO (4 HEMIARCADA)	82,93
TRATAMENTO DE GENGIVITE - TERAPÊUTICA	108,62
<b>RADIOLOGIA</b>	<b>Valor Autorizado (RS)</b>
FOTOGRAFIA - UNIDADE	14,15
INTERPROXIMAL (BITE-WING)	15,29
MODELOS ORTODÔNTICOS	79,79
OCLUSAL	34,24
PANORÂMICA	68,44
PERIAPICAL	15,29
RX DA ATM SÉRIE COMPLETA (TRÊS INCIDÊNCIAS)	144,19
RX DA MÃO E PUNHO	81,94
RX PÓSTRO-ANTERIOR	75,37
SLIDES	14,47
TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	91,56
TELERRADIOGRAFIA SEM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	75,34

MDEF CEX  
 Fl nº 121  
 RUBRICA  
 BE  
 CM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE UMA REGIÃO	239,70
<b>ODONTOPEDIATRIA</b>	<b>Valor Autorizado (RS)</b>
ADEQUAÇÃO MEIO BUCAL IONÔMERO DE VIDRO (P/HEMIARC)	96,40
ADEQUAÇÃO MEIO BUCAL COM IRM (P/HEMIARC)	96,17
APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO 1 SESSÃO (4 HEMIARCADAS)	47,91
APLICAÇÃO DE SELANTE (POR ELEMENTO)	52,33
APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA (POR ELEMENTO)	61,33
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR - VERNIZ (4 HEMIARCADAS)	50,40
COROA AÇO	182,48
DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA (P/ELEMENTO, 4 SESSÕES)	47,91
EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS	65,36
FRENECTOMIA LINGUAL	183,90
MANTENEDOR DE ESPAÇO	304,13
PLACA DE MORDIDA	254,20
PLANO INCLINADO	257,50
PULPOTOMIA	114,05
REMINERALIZAÇÃO - FLUORTERAPIA (QUATRO SESSÕES)	47,55
RESTAURAÇÃO DE IONÔMERO (1 a 4 faces)	86,31
RESTAURAÇÃO PREVENTIVA (IONÔMERO + SELANTE)	87,67
RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA	67,50
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DECÍDUOS	208,24
ULECTOMIA	114,21
ULOTOMIA	106,22

Quartel em São Gabriel-RS, 27 de maio de 2024.

  
**CARIANE SOUTO FONTANELLA – 2º Ten**  
 Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**IVONIR GONÇALVES LEHER – 2º Ten**  
 Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**FABRÍCIO DE ALMEIDA ZANCHI – 2º Sgt**  
 Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

## ANEXO II - G



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
6º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE  
BATALHÃO TEN CEL JOSÉ CARLOS DE CARVALHO



## TABELA DE VALORAÇÃO DIFERENCIADA

Os itens abaixo estão valorados de maneira diferenciada e solicitado autorização pela Diretoria de Saúde (DSau) do Exército Brasileiro e não pela regra geral de CBHPM 2014. Os itens não descritos abaixo seguem a valoração estipulada na CBHPM 2014.

HONORÁRIOS MÉDICOS	Valor autorizado
Mastologia	CBHPM 2014 + 20%
Ortopedia	CBHPM 2014 + 20%
3.11.02.06-9 Colocação nefroscópica de duplo J unilateral	CBHPM 2014 + 20%
3.11.03.45-6 Tumor vesical – ressecção endoscópica – por lesão	CBHPM 2014 + 20%
3.12.01.12-1 Prostatectomia a céu aberto	CBHPM 2014 + 20%
3.12.01.13-0 Ressecção endoscópica da próstata	CBHPM 2014 + 20%
3.12.05.04-6 Vasectomia unilateral	CBHPM 2014 + 20%
3.11.03.03-0 Biópsia endoscópica de bexiga (inclui cistoscopia)	CBHPM 2014 + 20%
3.11.04.22-3 Uretrotomia interna – por segmento	CBHPM 2014 + 20%
3.12.06.22-0 Postectomia	CBHPM 2014 + 20%
3.11.01.52-6 Pieloplastia laparoscópica unilateral	CBHPM 2014 + 20%
3.12.01.11-3 Prostatovesiculectomia radical	CBHPM 2014 + 20%
3.11.01.18-6 Nefrectomia radical unilateral	CBHPM 2014 + 20%
3.11.01.58-5 Nefrectomia total unilateral por videolaparoscopia	CBHPM 2014 + 20%

OCS/PSA	
Descrição	Valor autorizado
Consulta médica domiciliar	119,14
Consulta ambulatorial com Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional	44,18
Consulta ambulatorial com Fonoaudiólogo	45,01
Consulta ambulatorial com Nutricionista	51,01
Consulta ambulatorial com Psicólogo	57,02
Sessão (hospitalar, ambulatorial e clínica) de fisioterapia*, terapia ocupacional*, RPG* e hidroterapia* (*qualquer área, técnica, categoria, método, tipo e especialidade)	42,89
Sessão ambulatorial de fonoaudiologia	45,03
Sessão ambulatorial de Psicologia	42,89
Sessão ambulatorial de Pilates	38,22
Sessão de acupuntura	58,12
Sessão domiciliar de Fisioterapia	51,27

MDL. CEX  
 Fi nº 123  
 RUBRICA

Sessão domiciliar de terapia ocupacional	51,77
Sessão domiciliar de fonoaudiólogo	60,02
Sessão domiciliar de psicólogo	65,02
Consulta domiciliar de terapia ocupacional	52,89
Consulta domiciliar de fonoaudiólogo	62,89
Consulta domiciliar de psicólogo	57,02
Consulta domiciliar de nutricionista	71,01

DIÁRIAS		
Descrição	Forma de cobrança	Valor autorizado
Quarto Privativo	DIA	583,00
Quarto Semi-privativo	DIA	438,54
Enfermaria com Alojamento Conjunto (até 6 leitos)	DIA	102,62
Unidade de Terapia Intensiva (com plantonista)	DIA	1.335,00

Descrição	Valor Solicitado
Medicamentos	PMC ou PF + 12%
Medicamentos Quimioterápicos e Hormonioterapia	Serão remunerados conforme tabela CMED atualizada (PMC ou PF + 12%). Na falta do referencial CMED fazer uso do SIMPRO (sem inflador e sem deflator), e na falta da SIMPRO, serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal - 12%. Os quimioterápicos com estabilidade deverão ser pagos de acordo com o uso, fracionados
Materiais descartáveis	Serão remunerados pela tabela própria de valores. Na falta do referencial serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal + 12%, (os materiais classificados como especiais deverão ter deflator de 25%).
Material radiológico	Serão remunerados em conformidade com CBHPM 2014, UCO de R\$ 16,15 (dezesseis reais e quinze centavos) e o valor a ser pago por metro quadrado do filme será de R\$ 25,79 (vinte e cinco reais com setetenta e nove centavos)
OPME	Para atos cirúrgicos eletivos deverão ser apresentadas 03 cotações de orçamentos a serem analisados por auditoria prévia. O valor do OPME autorizado não poderá ultrapassar o valor de 70% dos referenciais CMED e/ou SIMPRO. Admite-se taxa de comercialização de 12% condicionada a apresentação de NF. Em atos cirúrgicos de urgência deverá ser enviada listagem/relatório de dispensação dos OPME prescritos e utilizados.
Dieta	Serão remuneradas referentes a tabela de valores do Hospital de Alegrete - RS. Na falta do referencial serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal + 12%.

TAXAS DE SALAS CIRÚRGICAS
<b>Inclui:</b> assistência de enfermagem, oxímetro, capnógrafo, aspirador, bisturi elétrico, monitor cardíaco, ventilador mecânico, desfibrilador e carro de anestesia. (Serão remuneradas de acordo com o Porte Anestésico atribuído pela CBHPM 2016, conforme instruções gerais).

*[Handwritten signatures and marks]*

MDEF  
 CEX  
 Filo nº 124  
 SUB  
 CA  
 F. C. M. D.

Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Cistoscopia, Laparoscopia, Colonoscopia	USO	Será remunerado de acordo com o porte anestésico do ato diagnóstico/terapêutico.
Porte 8	USO	R\$ 1.159,17
Porte 6-7	USO	R\$ 886,42
Porte 4-5	USO	R\$ 568,83
Porte 1-2-3	USO	R\$ 330,68
Sala Parto Cesárea	USO	Incluso no valor do parto (pacote)
Sala Parto Normal	USO	Incluso no valor do parto (pacote)
Recuperação Pós-Anestésica	USO	R\$ 94,85

TAXAS DE SALAS AMBULATORIAIS		
<b>Incluí:</b> assistência de enfermagem, oxímetro, aspirador, monitor cardíaco e desfibrilador.		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Taxa de Sala para Pequena Cirurgia Ambulatorial (primeira hora)	POR 6 HORAS	R\$ 115,97
Taxa de sala para Cirurgia Ambulatorial (hora subsequente)	HORA	R\$ 14,79
Sala de Observação - Ambulatorial/ Pronto Socorro - Primeiras 02 horas	PERÍODO	R\$ 100,00
Sala de Observação - Ambulatorial/ Pronto Socorro - Hora subsequente ou fração	HORA	R\$ 24,83
Sala para Colocação de Gesso (incluso a retirada do aparelho gessado e retirada de imobilizações provisórias ou não gessada)	UNIDADE	R\$ 34,88
Sala de Atendimento na emergência	USO - Exceto quando houver taxa de observação	R\$ 92,99
Sala para Diálise Peritoneal	SESSÃO	R\$ 120,47
Sala para Endoscopia	SESSÃO	Incluso no valor do pacote
Sala para Colonoscopia	SESSÃO	Incluso no valor do pacote
Sala para Hemodiálise- sessão	SESSÃO - Incluí: taxa de sala, materiais, medicamentos e honorários médicos.	734,21

*[Handwritten signatures and stamps]*

	Excluí: capilar.	
Sala para Quimioterapia	SESSÃO	127,19

MDE  
CEX  
125  
SUB  
CMB

**PACOTES PARA HEMODINÂMICA**

**Incluí:** taxa de sala, taxa dos equipamentos, materiais descartáveis, medicamentos (inclusive contraste e edição de filmes) e materiais especiais.

**Excluí:** honorários médicos, OPME e diárias. Quando realizados simultaneamente mais de um ato cirúrgico, deverá ser cobrada 100% da taxa de sala de maior porte e 50% da taxa de sala dos procedimentos subsequentes e de menor porte.

**Observação:** Deverá ser feita a cobrança, inicialmente, pelos pacotes abaixo, de forma separada. O que não tiver especificado separadamente, seguirá a cobrança da Taxa de Sala de Hemodinâmica.

Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Taxa de Sala de Hemodinâmica	USO	4.495,24
Angioplastia e/ou valvuloplastia	SESSÃO	4.137,02
Cateterismo cardíaco	SESSÃO	3.112,27
Angiografia digital arterial e/ou arteriografia	SESSÃO	2.450,41
Angiografia digital arterial e/ou arteriografia subsequente ao cateterismo cardíaco	SESSÃO	2.450,41
Estudo eletrofisiológico diagnóstico	SESSÃO	3.813,88
Estudo eletrofisiológico terapêutico e ablação	SESSÃO	5.084,00
Intervenção em Neuro Radiologia até 01(uma) hora	SESSÃO	3.671,50
Intervenção em Neuro Radiologia superior à 1(uma) hora	SESSÃO	5.727,54

**PACOTE DE CATETERISMO CARDÍACO**

**Incluí:** 01 (uma) diária de apartamento/enfermaria, taxa de sala cirúrgica e/ou taxa de sala de hemodinâmica, materiais e medicamentos utilizados na sala cirúrgica e na acomodação de internação (inclusive contraste e edição de filmes); oxigênio, taxas de equipamentos e OPME relacionados abaixo. **Excluí:** honorários médicos. Quando forem utilizados simultaneamente 2 ou mais pacotes, remunerar-se em 100% o de maior valor e 50% o de menor valor. O uso de outros OPME, não contemplados abaixo, e/ou acréscimo de forma quantitativa, serão cobrados extra pacote.

**Observação:** Se for necessário maior permanência em ambiente hospitalar, acréscimo de diárias, será remunerada extra pacote, bem como todos os materiais e medicamentos relativos a diárias excedentes.

Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Cateterismo	POR ATO	4.730,08
<b>OPME</b>		
Cateter pigtail		Quant 01
Cateter judkins		Quant 02
Cateter ampratz		Quant 01
Cateter mamária		Quant 01

*[Handwritten signatures and initials]*

MDEF  
CEX  
Fl. nº 126  
REBRICA

Cateter multipurorse ou counand	Quant 01
Agulha para cateter	Quant 02
Guia 0,35 teflonado ou hidrofílico	Quant 01
Conector de pressão	Quant 01
Extensor de Bomba	Quant 01
Manifold	Quant 01
Tradutor de pressão	Quant 01

GASOTERAPIA		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Nebulização com Oxigênio	SESSÃO	21,00
Oxigênio	HORA Por hora indivisível	28,25
Ar Comprimido	HORA Por hora indivisível	9,03
Óxido nitroso	HORA	48,14
Dióxido de Carbono	HORA	76,30
Óxido Nítrico	HORA	21,18

PORTES ANESTÉSICOS	
Descrição	Valor solicitado
Portes Anestésicos	CBHPM 2014 +30%

SERVIÇOS ESPECIAIS		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Curativo Especial - Queimado	UNIDADE	R\$ 52,47
Curativo ginecológico episiotomia	UNIDADE	Incluso na diária
Curativo Pequeno	UNIDADE	R\$ 20,77
Curativo Médio	UNIDADE	R\$ 24,92
Curativo Grande	UNIDADE	R\$ 33,23
Intubação Endo ou Nasotraqueal	SESSÃO	41,23 *remunerar apenas em PS / ambulatório
Nebulização (oxigênio e medicamento à parte)	SESSÃO	10,37 *Oxigênio e medicamento à parte
Irrigação contínua	DIA	Incluso na diária
Lavagem de ouvidos	SESSÃO	Incluso na diária
Lavagem e aspiração traqueal	SESSÃO	Incluso na diária
Lavagem gástrica	SESSÃO	Incluso na diária
Lavagem genital externa	SESSÃO	Incluso na diária
Lavagem intestinal (enteroclistma)	SESSÃO	Incluso na diária
Lavagem peritonial	SESSÃO	Incluso na diária
Lavagem vesical	SESSÃO	Incluso na diária
Preparo de alimentação enteral	DIA	Incluso na diária
Preparo de alimentação parenteral	DIA	Incluso na diária

*[Handwritten signatures and initials]*

MDL  
 F nº 127  
 SUBSCRIÇÃO

Preparo de Quimioterapia	DIA	14,87
Alimentação Acompanhante	UNIDADE	26,64
Taxa de Berçário (dia)	DIA	Deverá estar incluso na diária de UTI neonatal e/ou UTSI.
Taxa de Incubadora sem Oxigênio (até 4 horas)	USO	Deverá estar incluso na diária de UTI neonatal e/ou UTSI.
Taxa de Incubadora sem Oxigênio (até 12 horas)	USO	Deverá estar incluso na diária de UTI neonatal e/ou UTSI.
Taxa de Incubadora sem Oxigênio (após 12 horas)	USO	Deverá estar incluso na diária de UTI neonatal e/ou UTSI.
Taxa de Necrotério	USO	89,58

TAXAS DE EQUIPAMENTOS		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Aspiração/Irrigação (catarata)	SESSÃO	122,22
Aspirador Elétrico	USO Fora Centro Cirúrgico e UTI	45,18
Berço Aquecido (FORA DO AMBIENTE DE UTI/UTSI NEONATAL)	USO	28,49
Bisturi Elétrico (FORA DO AMBIENTE DE CC)	SESSÃO	64,58
Bisturi eletrônico microprocessado/argônio (FORA DO AMBIENTE DE CC)	USO	64,58
Bisturi ultrassônico (SUBSTITUIR POR: Pinça Seladora Ultrassônica)	USO	95,69
Bomba de Circulação Extracorpórea	USO	RS 284,46
Bomba de Infusão até 2(duas) bombas dia (FORA DO CC/UTI)	DIA	RS 74,25/dia fora do CC/UTI
Bomba de Sucção (EM APARTAMENTO/UTI)	USO	6,57
Broncoscópio sem vídeo	USO	74,20
Broncoscópio flexível ou rígido com fibra óptica e fonte de luz	USO	304,89
Botas Pneumáticas (Perneiras)	USO	RS 110,00
Campímetro Computadorizado	USO	42,41
Capnógrafo (FORA DE CC)	USO	79,70
Cardiotocógrafo	USO	55,37
Desfibrilador FORA DE UTI/SEMI/CC/PS)	USO	RS 68,28
Doppler	USO	75,59
Ecocardiógrafo (A cores)	USO	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.

*[Handwritten signatures and marks]*

MDE. CEX  
 nº 128  
 UBRISA  
 DE CUBA

Ecocardiógrafo (Preto e Branco)	-	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Ecógrafo Oftálmico	-	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Eletrocardiógrafo	-	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Eletroconvulsor	-	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Eletroencefalógrafo	-	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Endoscópio Cistoscópico	USO	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Endoscópio Coledoconefroscópico	USO	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Endoscópio Colonoscópico	USO	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Endoscópio Digestivo	USO	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Endoscópio Duodenoscópico	USO	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Endoscópio Ginecológico (histeroscópio)	USO	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Endoscópio Laparoscópico	USO	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.

*[Handwritten signatures and stamps]*

Equipamento para Anestesia	USO (Remunera quando anestesia geral).	62,76
Fibra Ótica	USO	100,48
Garrote pneumático	USO	R\$ 40,25
Holter Contínuo	-	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Laser	USO	147,27
Laser de Argônio	USO	135,11
Lipoaspirador -hora	USO	139,95
Máquina de Cardioplegia	USO	129,45
Marca Passo Temporário	DIA	18,30
Microscópio Cirúrgico	USO	R\$ 151,83
Microscópio Oftalmológico	USO	R\$ 186,92
Microscópio Oftalmológico com Luz Fria	USO	R\$ 186,92
Monitor de Pressão Intracraniana	DIA	R\$ 83,07
Monitor de Pressão Invasiva (fora UTI/SEMI/CC)	USO	R\$ 51,15
Monitor em apartamento ou enfermaria	DIA	77,52
Monitor BIS	USO	53,82
PAM (acuidade visual a laser)	SESSÃO	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO. Não remunera taxa do equipamento.
Perfurador Elétrico	USO	69,88
Pressão Arterial Invasiva	HORA	Incluso na diária da UTI
Monitor de PANI (FORA DO CC E UTI)	HORA	14,81
Respirador Micro Processado (BIPAP)	USO	39,57
Respirador Micro Processado	HORA	18,51
Respirador por pressão	USO	Incluso na diária UTI
Respirador de volume	USO	Incluso na diária UTI
Retinógrafo	USO	R\$ 137,09
Rim Artificial p/ Hemodiálise	SESSÃO	228,22
Raio X na Sala de Cirurgia	USO	76,33
Raio X na sala cirurgia com intensificador de imagem	USO	217,39
Serra Elétrica para Cirurgia (Cardiaca/neuro)	USO	102,99
Videógrafo/Vitreógrafo	USO	125,16
Yag Laser	USO	Deverá ser remunerado de acordo com a UCO ou pacote.
Gasometria Arterial	SESSÃO	CBH1PM 2014 *Não remunerar nas internações
Campimetria computadorizada monocular	Exame	90,54
Ceratoscopia computadorizada monocular	Exame	108,47
Curva tensional diária- binocular	Exame	121,85

MDEF  
FI 129  
RUBEN  
87

*[Handwritten signatures and marks]*

MDEF  
 FI nº 130  
 RUBRIC  
 6º DE

Gonioscopia binocular	Exame	29,20
Mapeamento de retina oftalmoscopia indireta monocular	Exame	52,28
Microscopia especular de cornea monocular	Exame	131,84
Potencial de acuidade visual monocular	Exame	18,98
Tonometria binocular	Exame	31,40
Biometria ultrasonica monocular	Exame	84,17
Paquímetria ultrasonica monocular	Exame	55,26
Oxímetro Digital (EXCETO EM CC E UTI)	USO	19,33
Monitorização Hemodinâmica Computada (realizada a Beira do Leito)	DIA	107,17

EQUIPAMENTO		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Equipamento - Qualquer Cirurgia Vídeo	USO	277,23
Doppler Transcraniano	USO	387,23
Monitorização por Doppler Transcraniano	USO	109,47

OUTROS		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Teste do Olhinho	EXAME	50,44

PACOTES		
<b>Incluí:</b> materiais, medicamentos, equipamentos e taxa de sala.		
<b>Excluí:</b> honorários médicos.		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Implante de Cateter Peritoneal. (Pacote acrescido de OPME-Materiais especiais, caso necessário).	PROCEDIMENTO	R\$ 1.314,42
Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) 9 dias - Treinamento	9 DIAS	R\$ 2.869,15
Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) Mês - Treinamento (Pacote acrescido de OPME-Materiais especiais, caso necessário).	MENSAL	7.917,42
Broncoscopia ambulatorial	PROCEDIMENTO	1.100,04
Broncoscopia Internação (Pacote acrescido de 01 diária "day clinic")	PROCEDIMENTO	1.299,67
Endoscopia (Pacote acrescido da consulta)	EXAME	600,00
Colonoscopia (Pacote acrescido da consulta)	EXAME	1.500,00

PACOTE DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado

<p>Incluso: honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamento, materiais e medicamentos.          Exclusos: OPME e Anestesia Qualquer intercorrência não enquadrada neste pacote será cobrada separadamente, ou seja, seus custos não compõem o valor do pacote.</p>	<p>PACOTE</p>	<p>CBHPM 2014 (cota aberta)</p>
--	---------------	---------------------------------

INDEF  
 FI nº 131  
 RUBRICADO

PACOTES DE INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO PARA O CÂNCER		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Radioterapia com IMRT (+IGRT) (DEVERÁ SER SUBSTITUÍDA POR: Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe IMRT. Inclui: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores da área a ser tratada, filmes de verificação, colimação individual.)	SESSÃO	23.800,00
Radioterapia Tridimensional (DEVERÁ SER SUBSTITUÍDA POR: Radioterapia Conformada Tridimensional RCT-3D. Inclui: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores da área a ser tratada, filmes de verificação, colimação individual.)	SESSÃO	18.300,00
Radioterapia Convencional (Inclui: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores da área a ser tratada, filmes de verificação, colimação individual.)	SESSÃO	13.917,22
Cariótipo de medula		656,83
Cariótipo de sangue		656,83
Cariótipo de sangue-pesquisa de marcadores tumorais		656,83
Cariótipo para pesquisa de instabilidade cromossômica		656,83

OUTROS		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Uso de material importado quando necessário	POR USO	3 orçamentos +NF + Autorização Prévia
Cirurgia com mais de um ato cirúrgico - OPME	POR ATO	3 orçamentos +NF + Autorização Prévia

PACOTES OFTALMOLÓGICOS		
<p><b>Inclui:</b> os honorários do médico cirurgião, materiais, medicamentos, taxas diversas e day clinic.  <b>Exclui:</b> Nos pacotes, apenas, os honorários anestesiológicos.</p>		
Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado

*[Handwritten signatures and stamps]*

MDEF  
 FI nº 132  
 RUBRICA  
 6º

Triquiase com diatermo coagulação; Sondagem das vias lacrimais; Reconstituição dos pontos lacrimais; Retinopexia Profilática; Ciclodiatomia de corpo ciliar; Criocicloterapia de corpo ciliar.	POR ATO	374,19
Calázio	POR ATO	523,57
Sutura de conjuntiva; Sutura de Esclera; Exérese de tumor de conjuntiva; Paracentese; Exérese de tumor de esclera; Biópsia de corpo ciliar; Biópsia de músculos; Blefarorrafia definitiva; Simblefaro; Sutura de pálpebra; Xantelasma; Tarsorrafia; Retinopexia Pneumática; Dacriocistectomia; Epicanto; PTOSE.	POR ATO	587,33
Fechamento de pontos lacrimais	POR ATO	603,24
Exérese de tumor de pálpebra	POR ATO	625,11
Entrópio e/ou Ectrópio	POR ATO	619,17
Exérese de Pterígio	POR ATO	684,23
Exérese de pterígio com transplante conjuntival	POR ATO	691,21
Recobrimento Conjuntival	POR ATO	909,42
Coloboma com Plástica	POR ATO	937,22
Remoção de hifema; Retirada de corpo estranho de câmara anterior; Capsulotomia cirúrgica; Corpo estranho imantável no vítreo; Corpo estranho imantável não no vítreo; Virectomia anterior; Iridectomia anterior; Iridocicletomia.	POR ATO	1.176,45
Facectomia sem implante; enucleação ou evisceração sem implante; descompressão da órbita; sutura ou reconstituição de vias lacrimais com veia safena ou outro material.	POR ATO	1.587,19
Hérnia de Iris	POR ATO	1.812,53
Evisceração com implante (Incluso a prótese)	POR ATO	2.190,22
Implante secundário de lente intra ocular	POR ATO	2.087,96
Cirurgias antiglaucomatosas	POR ATO	2.094,77
Estrabismo	POR ATO	2.107,39
Reconstituição do globo ocular com lesão das estruturas intra oculares: Exenteração; Exérese de tumor de órbita; Reconstituição de paredes orbitárias; Dacriocistorrinostomia.	POR ATO	2.219,44
Facectomia extracapsular com implante	POR ATO	2.589,66
Retinopexia com introflexão escleral	POR ATO	4.276,39
Facectomia com implante de lente com facoemulsificador	POR ATO	4.294,37
Facectomia + Trabeculectomia	POR ATO	5.833,24
Retinopexia com introflexão escleral + vitrectomia + endofotocoagulação	POR ATO	5.634,27
Vitrectomia via pars plana	POR ATO	7.549,17

*[Handwritten signatures and marks]*

MDEF  
133  
RUH

**PROCEDIMENTOS E EXAMES AMBULATORIAIS OFTALMOLÓGICOS E HEMODINÂMICOS**

**Inclui:** todas as taxas, materiais descartáveis, medicamentos, materiais especiais necessários ao procedimento, OPME, diárias hospitalares.

**Exclui:** honorários médicos.

**Observação:** Quando forem utilizados simultaneamente 2 (dois pacotes), remunerar-se-á plenamente o de maior valor e 50% (cinquenta por cento) do pacote de menor valor.

Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
Ambulatório (infiltração sub-conjuntival; retirada de corpo estranho de córnea; injeção retro bulbar)	POR ATO	RS 34,00
Ambulatório (Retinografia simples; cauterização de úlcera de córnea, abscesso de pálpebra)	POR ATO	RS 77,19
Curva tensional diária (em regime de internamento)	POR EXAME	RS 115,77
Angiofluoresceinografia	POR EXAME	RS 176,67
Ambulatório (capsulotomia com laser, fototrabeculoplastia com laser, iridectomia com laser, fotocoagulação com laser (por sessão, biópsia de palpebral.)	POR ATO	RS 270,09
Delaminação Corneana com Fotoablação estromal - LASIK	POR ATO	RS 2.437,22
Fotoablação de Superfície Convencional - PRK	POR ATO	RS 2.438,22
Implante Intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada.	POR ATO	R\$ 6.433,25
Tratamento ocular quimioterápico com anti-angiogênico. Programa de 24 meses. Uma sessão por mês Lucentis ou Eylea.	POR SESSÃO	RS 4.627,33
Angioplastia Coronariana Periférica com 01 STENT convencional (Inclui: além dos descritos acima, 02 diárias de apartamento/enfermaria, 01 diária de UTI. Exclui: honorários médicos).	POR ATO	RS 11.431,89
Angioplastia Coronariana Periférica com 02 STENT convencional (Inclui: além dos descritos acima, 02 diárias de apartamento/enfermaria, 01 diária de UTI. Exclui: honorários médicos).	POR ATO	RS 13.946,62
Angioplastia Coronariana Periférica com 03 STENT convencional (Inclui: além dos descritos acima, 02 diárias de apartamento/enfermaria, 01 diária de UTI. Exclui: honorários médicos).	POR ATO	R\$ 16.500,00
Angioplastia Coronariana com stent eluído em droga (TAXUS) (Inclui 01 STENT farmacológico e 02 diárias de apartamento/enfermaria, 01 diária de UTI. Exclui: honorários médicos).	POR ATO	RS 21.443,23

**SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DOMICILIAR**

Descrição	Forma de cobrança	Valor solicitado
-----------	-------------------	------------------

MDEF  
 FI nº 134  
 RUBI  
 6º BE

Internação Básica (Inclui: supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de remoção disponível. Mobiliário hospitalar, em regime de comodato, composto de aparelho de pressão, cama hospitalar, cadeira de higiene, suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, nobreak e aspirador de secreção.	DIÁRIA	30,36
Alta Complexidade (Inclui: os descritos na internação básica com acréscimo de serviço técnico de enfermagem 24 horas ininterruptas, 01 visita médica, por semana; 02 visitas de enfermeira, por semana; fisioterapia motora e respiratória, três vezes na semana; fonoterapia, três vezes na semana, se indicação clínica; 01 avaliação por nutricionista, quinzenalmente; uma sessão de psicólogo, por semana. Remoção para admissão e/ou internação hospitalar).	DIÁRIA	460,00
Média Complexidade (Inclui: os descritos na internação básica com acréscimo de serviço técnico de enfermagem 12 horas ininterruptas, 01 visita médica, por semana; 02 visitas de enfermeira, por semana; fisioterapia motora e respiratória, três vezes na semana; fonoterapia, três vezes na semana, se indicação clínica; 01 avaliação por nutricionista, quinzenalmente; uma sessão de psicólogo, por semana. Remoção para admissão e/ou internação hospitalar).	DIÁRIA	260,00
Baixa Complexidade (Inclui: os descritos na internação básica com acréscimo de serviço técnico de enfermagem 6 horas ininterruptas, 01 visita médica, por semana; 02 visitas de enfermeira, por semana; fisioterapia motora e respiratória, três vezes na semana; fonoterapia, três vezes na semana, se indicação clínica; 01 avaliação por nutricionista, quinzenalmente; uma sessão de psicólogo, por semana. Remoção para admissão e/ou internação hospitalar).	DIÁRIA	200,00
Consulta médica adicional	POR ATO	148,20
Consulta/Sessão psicológica adicional	POR ATO	71,00
Consulta com nutricionista adicional	POR ATO	71,00
Consulta/sessão de fisioterapia adicional (Remunerar de forma integrada a respiratória e a motora).	POR ATO	62,89
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	POR ATO	63,89
Consulta/sessão de fonoaudiologia adicional	POR ATO	63,89
Serviço técnico de enfermagem para procedimento pontual: curativo. ( Será remunerado para pacientes em internamento básico).	POR DIA	45,00
Oxigênio (O2)	HORA	28,25

*[Handwritten signatures and initials]*

Ventilador de volume LTV 1000	POR DIA	46,62	Fl nº 135
BiPAP	POR DIA	33,65	RUBR
CPAP	POR DIA	10,29	
Nebulizador	POR DIA	3,58	
Oxímetro de pulso	POR DIA	6,39	

REMOÇÃO		
Descrição	Forma de cobrança	Valor autorizado
Tipo A – ambulância para transporte	TRANSPORTE	170,00 – IDA 260,00 – IDA/VOLTA (dentro do perímetro urbano)
Tipo B – ambulância para suporte básico	TRANSPORTE	240,00 – IDA 360,00 – IDA/VOLTA (dentro do perímetro urbano)
Tipo D – ambulância para suporte avançado.	TRANSPORTE	Mediante contrato/autorização da 3ªRM

Quartel em São Gabriel-RS, 27 de maio de 2024.

  
**CARIANE SOUTO FONTANELLA – 2º Ten**  
 Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**IVONIR GONÇALVES LEHER – 2º Ten**  
 Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação

  
**FABRÍCIO DE ALMEIDA ZANCHI – 2º Sgt**  
 Integrante da Equipe de Planejamento da Contratação