

ANEXO O – Lista Referencial de Procedimentos de Assistência Domiciliar do 2º BEC para contratos de credenciamento



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
2º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE CONSTRUÇÃO
(BATALHÃO HERÓIS DO JENIPAPO)**

LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

1. APRESENTAÇÃO

1.1 - Este documento discrimina as tabelas, índices e valores, e conceituações necessárias, dos serviços hospitalares objeto dos Credenciamentos de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, com o 2º Batalhão de Engenharia de Construção.

1.2 - Os serviços e respectivos valores estão apresentados na forma de pacotes contidos neste Anexo de Custos de Serviços de Saúde. Os serviços não empacotados terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nas Tabelas referenciados no Edital de Credenciamento neste Anexo:

1A	13,59	5C	317,88	10B	1.052,43
1B	27,18	6A	346,41	10C	1.167,03
1C	40,76	6B	380,37	11A	1.236,24
2A	54,34	6C	415,70	11B	1.355,78
2B	73,35	7A	449,66	11C	1.446,81
2C	86,94	7B	497,20	12A	1.541,89
3A	119,46	7C	588,22	12B	1.657,38
3B	152,14	8A	635,78	12C	2.030,94
3C	173,88	8B	665,66	13A	2.234,71
4A	207,85	8C	706,43	13B	2.452,11
4B	228,21	9A	753,95	13C	2.711,56
4C	256,75	9B	821,89	14A	3.022,65
5A	277,12	9C	904,76	14B	3.287,56
5B	298,87	10A	971,33	14C	3.627,19

1.3 - A composição dos pacotes será discriminada dentro das respectivas Tabelas, sendo que, de forma geral contempla todos os recursos necessários à realização do atendimento.

1.4 - Para todos os serviços aqui acordados se faz necessária, para sua cobrança, a anexação da guia de autorização emitida pelo FUSEx acrescida nos casos de urgência/emergência, da solicitação homologada e autorizada pelos auditores do Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC.

1.5 – Aplica-se ao presente anexo, de forma complementar, as disposições contidas na legislação emanadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA e Conselhos de Classe pertinentes.

1.6 – O Referencial de custos de serviço de saúde deste anexo utiliza como parâmetro as tabelas próprias constantes neste anexo e os preços calculados com base nas cotações, Classificação Brasileira e Hierarquizada dos Procedimentos Médicos (CBHPM), Revista Brasíndice, revista SIMPRO e as recomendações do Colégio brasileiro de Radiologia.

2. CONCEITOS E TABELAS.

2.1 - PROCEDIMENTOS MÉDICOS

2.1.1 - HONORÁRIOS MÉDICOS - pagamento do procedimento executado pelo profissional responsável pelo atendimento do paciente. A Hierarquização de Procedimentos (CBHPM 5º ED) foi elaborada para servir de referência e estabelecer faixas de valoração dos atos médicos/Portes, sendo que os Portes, ao lado de cada procedimento, estabelecem comparação entre diversos atos médicos realizados, com base em critérios técnicos, complexidade e tempo de execução.

2.1.2 - A tabela de referência para o **pagamento dos honorários médicos** é a CBHPM 5ª ED, **sem deflator**. Segue abaixo os valores dos Portes dos Procedimentos Médicos e a Unidade de Custo Operacional - UCO = R\$ 14,58

2.1.3 - Nas intervenções por **diferentes vias de acesso** será adicionado ao Porte da cirurgia principal o valor equivalente a **70% do Porte** de cada um dos demais atos praticados.

2.1.4 - Nas intervenções de **mesma via de acesso** será adicionado ao Porte da cirurgia principal o valor equivalente a **50% do Porte** de cada um dos demais atos praticados.

2.1.5 - Os honorários do anestesista mantêm correspondência com os Portes dos atos cirúrgicos. O **ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada**, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal, instalações de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que o paciente tenha indicação de segmento em UTI.

2.1.6 - Os honorários dos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos serão pagos se efetivamente prestarem o serviço, sendo que o pagamento pelos serviços prestados poderá ser feito de forma independente dos honorários do cirurgião principal (temporalidade). São fixados nas seguintes proporções:

2.1.6.1 - Primeiro auxiliar: **30%** do ato cirúrgico praticado pelo cirurgião;

2.1.6.2 - Segundo e terceiro auxiliares: **20%** quando o ato exigir.

2.1.7 - A **comprovação da participação de auxiliares** deverá ser realizada por meios dos documentos de registro do ato cirúrgico tais como Descrição de Cirurgia, Ficha de Anestesia, Relatório de Sala e Relatório de Auditoria Concorrente FUSEx, por meio de assinatura legível e carimbo, bem como complementada através de contato com o paciente, o acompanhante ou os familiares. Havendo ausência ou divergências de registro, inclusive com outra caligrafia, os honorários não serão pagos.

2.1.7.1 - Segundo o Código de Ética Médica, **constitui dolo** a cobrança de auxílio cirúrgico sem a presença do(s) auxiliar (es).

2.1.8 - Quando for realizado mais de um procedimento cirúrgico, o número de auxiliares será igual ao previsto para cada procedimento, conforme parametrizado na Tabela CBHPM 5ª ED.

2.1.9 - Quando um **ato cirúrgico for parte integrada do outro** (atenção para vias de acesso que não podem ser pagas), **será valorado pelo FUSEx o ato principal** e não o somatório do conjunto.

2.1.10 - O atendimento do intensivista plantonista em UTI será remunerado por plantão de 12h.

2.1.11 - Estão incluídos nos Portes do plantonista de UTI: prescrição, evolução, intercorrências, intubação, monitorização, clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação, cardioversão, cardioscopia, assistência respiratória e punção de acesso venoso Central.

2.1.12 - Os pareceres médicos realizados em pacientes internados serão remunerados no mesmo código e valor da consulta..

2.1.13 - Medicamentos: Os valores dos medicamentos serão cobrados conforme publicados no Guia Farmacêutico Brasíndice atualizado, não havendo PMC, será cobrado sobre o Preço de Fábrica, acrescido de 20%, caso tenha as duas referências PMC e PF, será paga a de menor valor.

2.1.13.1 Existindo o medicamento da linha genérica o Sistema FUSEx/PASS pagará o de menor valor deste.

2.1.14 - Os Materiais descartáveis serão pagos conforme acordos negociados (PACOTES) sobre tabela do fornecedor ou valores cobrados conforme publicados nas Revistas BRASINDICE E SIMPRO.

2.1.15 - Os exames/ procedimentos laboratoriais não constantes na CBHPM 5ª ED e no pacote constante do Anexo “L”, deverão ser cobrado pela CBHPM 2014 com redutor de 20% para porte e UCO.

2.1.16 - Procedimentos diagnósticos laboratoriais terão os custos previstos na Tabela de Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 5ª ED), sem redutor para o PORTE e a UCO.

2.1.17 - Procedimentos diagnósticos radiológicos terão os custos previstos na Tabela de Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 5ª ED), com o redutor de 10% para o porte e o redutor de 20% para UCO. Para filmes será aplicado o valor de **R\$ 36,88 (trinta e seis reais e oitenta e oito centavos)**.

2.1.17.1 - Se houver necessidade de incidências adicionais deverá ser encaminhada justificativa médica junto com a fatura. A quantidade de contraste radiológico a ser cobrada deverá estar em consonância com a tabela atual apresentada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

2.1.17.2 - Exames que não preveem o uso de contraste somente serão pagos à CREDENCIADA se prescrito e justificado na requisição médica, especificado se iodado ou não, e autorizado pelo médico auditor.

2.2 – CONSULTAS

2.11.1 - Consulta: atendimento em consultório ou pronto socorro.

2.11.2 - Procedimentos médicos (consultas, visitas a pacientes internados, sessões de terapia, exames complementares, procedimentos cirúrgicos, etc.): serão cobrados em conformidade com a Tabela de Honorários da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 5ª ED, **sem redutor e portes conforme Tabela FUSEx.**

2.11.3 - Retorno de consulta ambulatorial: em caso de retorno de consulta ambulatorial não será cobrado nova consulta, desde que o beneficiário procure o prestador de serviço para **agendar consulta de retorno em até 30 (trinta) dias** após a consulta inicial. O período de 30 dias deverá ser contado da data do atendimento inicial até a data que o beneficiário procurar a OCS/PSA para agendar o retorno, independentemente de a OCS ter ou não vaga disponível naquele dia. A princípio, o agendamento para o atendimento do retorno deve ser feito no dia do atendimento inicial.

2.11.4 - 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. Destina-se à manutenção dos cuidados e continuação da assistência prestada ao paciente.

2.11.4.1 - Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer e/ou acompanhamento do especialista. Nos casos de internações para procedimentos cirúrgicos de qualquer espécie, autorizados pela CREDENCIANTE, as visitas hospitalares do médico assistente serão pagas conforme previsto na CBHPM 5ª ED, **sem redutor e portes conforme Tabela FUSEx.**

2.11.5 - Ginecologia: Fazem parte da consulta os seguintes procedimentos: anamnese e exame de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos e inspeção direta do colo uterino, por meio do espéculo vaginal.

2.11.6 - Nutrição: Essa assistência é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico ambulatorial e **está limitada a uma consulta a cada 30 dias.** Estão incluídas na consulta as sessões de revisão e de controle.

2.11.7 - Oftalmologia: a consulta oftalmológica inclui: anamnese, refração, inspeção e exame de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático. A **tonometria** é paga somente na primeira consulta em pacientes acima de 40 anos ou se justificado por relatório médico e autorizado pela auditoria em pacientes mais jovens ou a cada seis meses para um mesmo paciente. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica.

2.11.8 - Psiquiatra: Limita-se a 2 (duas) sessões em um período de 30 (trinta) dias, podendo, em casos excepcionais, ser autorizada a realização de 4 (quatro) sessões no mesmo período, mediante justificativa formalizada do profissional prestador do serviço, desde que homologada por médico do FUSEx, conforme estabelece o Art. 38 da Portaria nº 048-DGP/2008.

2.11.8.1 - Em regime hospitalar há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação de internação contendo o diagnóstico, período de internação e nome do hospital.

2.11.8.1.1 - Estão previstas **até 03 (três) visitas hospitalares semanais para pacientes crônicos e até 01 (uma) vez por dia para pacientes graves.**

2.11.9 – Parecer: Opinião fundamentada sobre determinado assunto, emitida por especialista.

4. FISIOTERAPIAS, NUTRIÇÃO E CONSULTA MÉDICA.

4.1 - Os procedimentos serão remunerados conforme as seguintes:

4.2 – FISIOTERAPIAS EM GERAL:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101222	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento em Ambulatório ou domiciliar.	59,18
500251039	Sessão de Fisioterapia Motora – Ambulatorial	45,03
500251021	Sessão de Fisioterapia Respiratória - Ambulatorial	45,03
500251076	Sessão de Fisioterapia hospitalar (motora) em pacientes internados	18,01
500251076	Sessão de Fisioterapia domiciliar (motora)	51,46
500251078	Sessão de Fisioterapia hospitalar (respiratória) em pacientes internados	18,01
500251078	Sessão de Fisioterapia domiciliar (respiratória)	51,46
500251028	Fisioterapia para reabilitação cardíaca (paciente internado) – Ambulatorial	18,01

4.3 – FISIOTERAPIAS ESPECIALIZADAS:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101222	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial para inicial o tratamento	59,18
500251033	Drenagem Linfática Manual - Ambulatorial	46,80

500251039	Fisioterapia Mastológica - Ambulatorial	59,18
500251015	Fisioterapia Neurológica - Ambulatorial	59,18
500251046	Fisioterapia Neurológica - Domiciliar	71,02
500251041	Fisioterapia Obstétrica - Ambulatorial	43,74
500251021	Fisioterapia para Reabilitação Cardíaca - Ambulatorial	59,18
50025019	Fisioterapia Traumatológica - Ambulatorial	45,03
500251041	Fisioterapia Uroginecológica (masculina e feminina) - Ambulatorial	59,18
500251041	Fisioterapia Uropediátrica - Ambulatorial	59,18
500251063	Quiropraxia	108,00
500251062	Osteopatia	108,00
50025116	Sessão de Hidroterapia - Ambulatorial	43,74
500251060	Sessão de Pilates - Ambulatorial	62,35
500251080	Sessão de RPG – Ambulatorial	72,90
20103646	Reabilitação perineal com biofeedback	102,60
90204005	Sessão de Fisioterapia TEA para terapia método ABA	140,10
500251074	Fisioterapia ocular - Ambulatorial	93,47

4.4 - FONOAUDIOLOGIA:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
40312184	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento em Ambulatório ou domiciliar.	59,63
40312183	Sessão de Fonoterapia Ambulatorial	46,66
40312183	Sessão de Fonoterapia hospitalar em pacientes internados.	31,58
40312184	Sessão de Fonoterapia domiciliar	54,92
40312184	Sessão de Fonoterapia de Deglutição - domiciliar	59,18
40312183	Sessão de Fonoterapia de Cabine	46,66
90204005	Sessão de Fonoterapia TEA para terapia método ABA	140,10

4.5 - PSICOTERAPIA:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101205	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento	73,88
20104309	Sessão de Psicologia -Ambulatorial	73,88
10101205	Sessão de Psicologia – Hospitalar	46,66
10101020	Sessão de Psicologia domiciliar	77,77
90204005	Sessão de Psicoterapia TEA para terapia método ABA	140,10

4.6 - TERAPIA OCUPACIONAL:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101193	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento	59,63
10101193	Sessão individual ambulatorial	59,04
10101193	Musicoterapia	86,40
90204016	Integração Sensorial	129,60
90204006	Equoterapia	129,60
90204005	Sessão de Terapia Ocupacional TEA para terapia método ABA	140,10

4.7 - TERAPIA PSICOPEDAGÓGICA:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
20104287	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento	59,63

20104287	Sessão individual ambulatorial	55,75
90204005	Sessão de Psicopedagogia TEA para terapia método ABA	140,10

4.8 - ACUPUNTURA

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101155	Avaliação Inicial do tratamento	63,15
31601014	Sessão (estando incluso o material)	63,15

4.9 – ORIENTAÇÕES

As sessões em regime hospitalar há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação e justificativa técnica do médico assistente do paciente.

4.10 – NUTRIÇÃO

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101300	Consulta para avaliação nutricional ambulatorial	63,15
10101020	Atendimento domiciliar	82,36

4.11 – CONSULTAS MÉDICAS

Cód/DGP	Procedimento	Valor (R\$)
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta em pronto socorro.	R\$ 126,84
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta ambulatorial para as diversas especialidades (compreende a anamnese, o exame e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessário, e prescrição terapêutica, pode ser concluído ou não com o médico no momento).	R\$ 150,00
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta alergologista/imunologista, Angiologista, Arritmologista, Cardiologista, Cardiologista (Parecer cardiológico), Cirurgião cardiovascular, Cirurgião de aparelho digestivo, Cirurgião de cabeça e pescoço, Cirurgião geral, Cirurgião plástico, Cirurgião torácico, Cirurgião vascular, Endocrinologista, Endocrinologista (Grupo de apoio ao diabético), Gastroenterologista, Geriatria, Hematologista, Hepatologista, Infectologista, Nefrologista, Neurocirurgião, Neurologista, Neuropsicólogo, Pediatra, Pneumologista, Consulta Psiquiatra.	R\$ 180,25
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta odontológica (Dentística), Consulta odontológica (Endodontia), Consulta odontológica (Exame clínico + Planejamento), Consulta odontológica (Implantodontia), Consulta odontológica (Odontopediatria), Consulta odontológica (Ortodontia), Consulta odontológica (Periodontia), Consulta odontológica (Prevenção), Consulta odontológica (Prótese) e Consulta odontológica (Urgência).	R\$ 60,97
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta odontológica (Cirurgia oral e traumatológica).	R\$ 120,11
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta ambulatorial Subespecialidades da PEDIATRIA	R\$ 250,59

4.12 – OBSERVAÇÃO

A consulta compreende a anamnese, o exame e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessário, e prescrição terapêutica, podendo ser concluído ou não com um médico no momento. Para realizar procedimentos ABA, os profissionais que iram atuar com essas terapias, devem ser portadores de cursos superior com pós graduação, especialização e ou mestrado ou doutorado em terapia ABA. Sessão com duração mínima de 40min. Referência Portaria DGP nº 186 IR10.007 de 16 de agosto de 2019

7.1.11 – Gasoterapia

As Taxas de Gasoterapias serão remuneradas conforme a seguinte tabela deste Anexo:

Descrição	Valor (R\$)
Ar comprimido (Cada Hora)	19,21
Argônico (Cada Hora)	33,26

Gás Carbônico (Cada Hora)	16,96
Nebulização com Oxigênio (Cada Aplicação)	6,90
Nebulização sem Oxigênio (Cada Aplicação)	5,24
Nitrogênio/Óxido Nitroso (Cada Hora)	23,08
Oxigênio (Cada Hora)	28,30
Protóxido de Azoto (Cada Hora)	27,18
Observação: Quando for usado concomitantemente o oxigênio com ar comprimido será pago somente 50% (cinquenta por cento) do valor de cada gás.	

7.1.11.1 - A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme anotação em prontuário, sendo unificado um mesmo valor para todas as classes de prestador. Está sendo usado como **referência** o valor equivalente à **uma hora de consumo, podendo a hora ser divisível e calculada de forma fracionada**.

7.1.11.2 - A nebulização com oxigênio compreende o uso de oxigênio ou ar comprimido, máscara, o serviço de enfermagem, os materiais, soluções e medicamento broncodilatadores (atrovent e berotec). Serão remunerados separadamente os corticóides e fluidificantes, quando prescrito pelo médico.

8. TAXAS EM GERAL

8.1 - As **Taxas de Utilização de Equipamentos** serão remuneradas, conforme a seguinte tabela deste Anexo:

Discriminação	Fator	Preço (R\$)
Balão intra-aórtico/instalação	Instalação	241,60
Balão intra-aórtico/uso	Hora	8,57
Berço Aquecido	Dia	37,73
Bisturi Alta Frequência	Uso	43,11
Bisturi elétrico Bipolar (fora do CC e Hemodinâmica)	Uso	32,35
Bomba de infusão (A partir da 4ª)	Dia	15,49
Bomba de infusão fora da UTI e CC	Dia	14,90
Camino (Aparelho de pressão craniana)	Uso	142,81
Capinógrafo	Uso	25,67
Cardioestimuladortranseofágico	Uso	146,07
Colchão de ar ou de água	Dia	5,49
Colchão Térmico	Dia	8,25
Cpap/Bpap	Dia	16,47
Craneótomo	Sessão	21,36
Desfibrilador (p/ aplicação)	Sessão	38,44
Drill cirúrgico	Uso	110,18
Fibra Ótica	Sessão	35,58
Fototerapia	Dia	14,29
Incubadora s/ oxigênio (até 2 h)	Hora	2,90
Incubadora s/oxigênio (2 a 24 h)	Hora	43,83
Intensificador de imagens (Exceto Hemodinâmica)	Uso	103,53
Litotripsia	Sessão	583,41
Marca-passo externo (temporário)	Uso	116,68
Mediastinoscópio	Uso	97,47
Microscópio Cirúrgico	Uso	60,93
Microscópio de alta resolução	Uso	106,52
Monitor cardiorespiratório(Apt e Enf)	Dia	28,36
Monitorização pressão intracraniana	Dia	101,31
Nebulização aquec. s/ O2 p/ 24h	Dia	24,25
Nebulização aquec. s/ O2 p/ aplic.	Sessão	3,99
Perfurador elétrico	Uso	41,37
Respirador de pressão (BIRD)	Dia	31,61
Respirador de volume	Dia	51,36
Sondagem gástrica (exclui materiais e medicamentos) externo	Uso	22,83
Sondagem Retal (exclui materiais e medicamentos) externo	Uso	22,83
Sondagem Vesical (exclui materiais e medicamento) externo	Uso	19,22
Taxa de bomba de circulação extracorpórea	Uso	205,06
Taxa de serra elétrica	Uso	28,29

Vídeo Cirurgia: Nasal/Abdominal/Articular/Uterina/Urológica/Otorrino (inclui material reciclável+insumos+trocater permanente+kit Instrumental do Vídeo, incluindo Capa e Fibra Ótica).	Sessão	679,51
Vídeo diagnóstico: Abdominal/Articular/Uterina/Urológica/Otorrino (inclui material reciclável+insumos).	Sessão	142,68

11. TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE OCS CREDENCIADAS

11.1 - Quando houver necessidade de transferência de um paciente entre diferentes serviços hospitalares, esta deverá ser comunicada ao Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC e deverá ocorrer quando esgotarem-se as possibilidades Diagnósticas/ Terapêuticas do serviço de origem, sendo o paciente removido para um serviço de maior complexidade.

11.1.1 -A comunicação deverá ser enviada ao FUSEx previamente por e-mail, para análise do Auditor FUSEx/PASS, onde o mesmo avaliará a pertinência da transferência.

11.1.1.1 – Em se tratando da necessidade de transferência em razão de emergência, cabe à OCS comunicar ao FUSEx no prazo de **até 12 (doze) horas**.

11.1.2 – A conta de um paciente transferido para outra OCS, sem justificativa técnica que caracterize a intercorrência, não será reconhecida pelo FUSEx e, conseqüentemente, será glosada totalmente.

11.1.3 - Junto com o pedido de transferência, deverá constar anexado com relatório do médico assistente o quadro clínico e a intercorrência que justifique tecnicamente o pedido de autorização, para a transferência do paciente para outra OCS com serviços de maior complexidade.

11.1.4 - A remoção do paciente de uma OCS credenciada para outra só poderá ocorrer por motivo de intercorrência que indique a necessidade de o paciente ser transferido para outra OCS, com recursos de assistência médica de maior complexidade que vise atender a demanda vinculada à intercorrências que dê origem à transferência.

11.1.5 - Os custos para a transferência entre OCS credenciados, caso seja autorizado pelo Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC, será por conta da OCS onde o paciente estiver inicialmente internado.

19. TABELA DE MOTIVOS DE GLOSA

Ord	Motivos
1	Atendimento não caracterizando a urgência
2	Acomodação acima da autorizada
3	Atendimento por médico militar
4	Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais
5	Cobrança de 30% não caracterizando urgência ou emergência
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico
8	Data de atendimento fora da sequência na planilha
9	Data de atendimento fora da competência
10	Diagnóstico ilegível
11	Diárias em excesso
12	Diárias fora da tabela acordada
13	Documento sem assinatura/carimbo do médico assistente
14	EPI de responsabilidade do prestador
15	Especialidade não autorizada
16	Evento incluso no pacote acordado
17	Evento que não comporta cobrança
18	Exame não prevê cobrança de contraste
19	Exame sem laudo
20	Exames/procedimentos não requisitados
21	Falta de discriminação dos serviços executados
22	Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem
23	Fatura sem separar (FUSEx – PASS – Fator de Custo)
24	Filme-cobrança em desacordo com CBR
25	Guia/Ofício de Encaminhamento ilegível
26	Guia de Encaminhamento (GE) emitida/autorizada para outra OCS/PSA credenciada
27	Guia/Ofício de Encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável
28	Guia de Encaminhamento fora da validade

29	Guia não autorizada pelo FUSEx
30	Guia autorizada para outro beneficiário
31	Guia autorizada para outro procedimento
32	Guia sem o carimbo de autorização do médico ou gestor do FUSEx
33	Guia/Ofício de Encaminhamento carbonados ou fotocopiados
34	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso
35	Justificar cobrança
36	Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério
37	Material acima do preço de mercado
38	Material de alto custo sem nota fiscal e etiqueta (quando for o caso)
39	Material em excesso
40	Material fixo
41	Material incluso no procedimento
42	Material ou procedimento cobrado separadamente, quando faz parte do pacote.
43	Material não coberto (ver relação anexa)
44	Material não justificado para o caso
45	Material não utilizado
46	Material reutilizável – pagamento parcial
47	Medicação não considerada de urgência
48	Medicação em desacordo com a prescrição
49	Medicação em excesso
50	Medicação não justificada para o caso
51	Medicação não prescrita
52	Medicação não utilizada
53	Medicamento acima do preço de mercado
54	Medicamento não coberto
55	Medicamento suspenso
56	Paciente não é beneficiário FUSEx/PASS
57	Prescrição médica com rasura ou ilegível
58	Prestador descredenciado
59	Procedimento/exames em excesso
60	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico
61	Procedimento/exame em duplicidade ou não autorizados formalmente pelo FUSEx
62	Procedimento/exame não cobertos pelo FUSEx
63	Procedimento/exame não realizados
64	Prontuário/ficha/boletim ilegíveis
65	Prontuário/ficha/boletim rasurados
66	Retorno de consulta
67	Sem autorização prévia para o procedimento ou exame
68	SADT/exames fora da tabela acordada
69	Sem diagnóstico
70	Sem guia/ofício de encaminhamento
71	Solicitação médica com data rasurada ou ilegível
72	Solicitação ou prescrição médica com data posterior ao exame ou procedimento realizado
73	Prescrição médica com data vencida a mais de 60 dias em relação à data da emissão
74	Solicitação médica sem data, assinatura e/ou carimbo.
75	Soma (cálculo) errada
76	Soma da fatura divergente da soma da planilha de detalhamento dos procedimentos
77	Taxas fora da tabela acordada
78	Taxas indevidas ou em excesso
79	Visita hospitalar em duplicidade
80	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
81	Visita de especialista sem autorização prévia
82	Poderá haver glosa total ou parcial com base em análise técnica e/ou administrativa do FUSEx
83	Procedimentos ou exames de pacientes internados, cuja realização são objeto de pedido prévio de autorização ao FUSEx e a OCS não comprovar formalmente que a solicitação foi deferida (autorizada) formalmente pelo médico auditor do FUSEx (cópia do pedido e da autorização junta à fatura).
84	Outros motivos, conforme regulamentação do FUSEx no decurso da vigência do contrato.
85	Número do Cartão de Beneficiário Inválida ou validade vencida
86	Número da Declaração Provisória de Beneficiário Inválida ou validade vencida
87	A admissão do beneficiário na OCS ocorreu antes da inclusão do mesmo como beneficiário do FUSEx/PASS
88	Atendimento anterior à inclusão como beneficiário do FUSEx/PASS
89	Atendimento após o desligamento do beneficiário, ou seja, após a perda da condição de beneficiário.

90	Assinatura divergente da existente no cadastro, ou seja, da carteira de identidade.
91	Beneficiário com pagamento em aberto.
92	Assinatura do titular ou responsável inexistente.
93	Identificação do beneficiário não consistente, ou seja, não corresponde aos dados existentes no cadastro ou está incompleto.
94	Serviço profissional hospitalar não é coberto pelo FUSEx
95	Cadastro do beneficiária com problemas na aprovação do cadastramento
96	Idade do beneficiário acima da idade limite
97	Beneficiário com atendimento suspenso
98	Data de validade vencida no cartão ou na declaração Provisória
99	Nome do titular inválido
100	Dados do titular incompletos
101	Atendimento fora da vigência do contrato com o credenciado
102	Admissão anterior à inclusão do credenciado na rede
103	Admissão após o desligamento do credenciado da rede
104	Solicitação anterior à data da admissão
105	Solicitação após a data da alta hospitalar
106	Assinatura/carimbo do credenciado inexistente
107	Atendimento/Referência fora da vigência o contrato
108	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento
109	Especialidade não cadastrada
110	Especialidade não cadastrada para o prestador
111	Tipo de Guia de Encaminhamento inválido
112	Não Existe o número da Guia principal informado
113	Cobrança em Guia indevida
114	Item pago em outra Guia
115	Número da Guia de Encaminhamento invalido
116	Guia já apresentada em outra fatura
117	Procedimento contatado não está de acordo com o tipo de Guia utilizado
118	Serviço do tipo Cirúrgico e invasivo. Equipe médica não informada na Guia
119	Prestador executante não informado
120	Prestador contratado não informado
121	Guia com rasura
122	Guia sem assinatura e/ou carimbo do médico ou gestor do FUSEx
123	Guia sem data/hora do atendimento
124	Guia com código de serviço preenchido incorretamente
125	Guia sem assinatura do assistido
126	Identificação do assistido incompleta
127	Validade da Guia expirada
128	Procedimento não autorizado
129	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento
130	Não existe Guia de autorização relacionada
131	Número da Senha informada diferente do liberado
132	Serviço solicitado não possui cobertura
133	Quantidade solicitada acima da autorizada
134	Quantidade serviço solicitado acima coberto
135	Serviço solicitado em carência
136	Solicitante não informado
137	Procedimento não autorizado para o beneficiário
138	Solicitante não cadastrado
139	Solicitante não habilitado
140	Solicitante Suspenso
141	Serviço solicitado já autorizado
142	Serviço solicitado fora da cobertura
143	Serviço solicitado é de pré-existência
144	Especialidade não cadastrada para o solicitante
145	Quantidade solicitada acima da quantidade permitida
146	Quantidade autorizada acima da quantidade permitida
147	Necessita pré-autorização do FUSEx
148	Não autorizado pela auditoria médica
149	Necessidade de auditoria medica
150	Tipo de doença inválido
151	Caráter de internação inválido
152	Regime de internação inválido

153	Tipo de internação inválido
154	Urgência não aplicável
155	Código CID não informado
156	Código CID inválido
157	Reincidência no atendimento
158	Tipo de atendimento inválido ou não informado
159	Tipo de consulta inválido
160	Pagamento conforme relatório de auditoria concorrente
161	Urgência não aplicável
162	Internação anterior à Admissão
163	Final de intervenção anterior ao início da intervenção
164	Alta Hospitalar anterior ao final da intervenção
165	Alta anterior à data de internação
166	Motivo de saída inválido
167	Óbito mulher inválido
168	Intervenção anterior à internação
169	Serviço não pode ser realizado no local especificado
170	Consulta não autorizada
171	Serviço ambulatorial não autorizado
172	Internação não autorizada
173	Cobrança fora do prazo de validade
174	Cobrança de procedimento em duplicidade
175	Honorário do atendimento não está na faixa de urgência/emergência
176	Valor apresentado a maior
177	Quantidade superior a descrita em prontuário
178	Não existe valor para o procedimento realizado
179	Falta prescrição médica
180	Falta evolução de Enfermeira
181	Procedimento pertence a um pacote acordado e já cobrado
182	Assinatura do Médico responsável pelo exame inexistente
183	Faturamento Inválido
184	Valor do serviço inferior ao valor da tabela
185	Percentual de redução/ acréscimo fora dos valores definidos em tabela
186	Procedimentos inválido
187	Procedimento incompatível com o sexo do beneficiário
188	Idade do beneficiário incompatível com o procedimento
189	Números de dias liberados / sessões autorizadas não informadas
190	Valor total do procedimento diferente do valor processado
190	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
191	Procedimento médicos duplicados
192	Procedimento não conforme com o CID
193	Cobrança de procedimento não executado
194	Cobrança de procedimento não solicitado pelo médico
195	Procedimento sem registro de execução
196	Cobrança de procedimento não correlacionado ao relatório específico
197	Cobrança de procedimento sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
198	Cobrança de procedimento com data de autorização posterior a do atendimento
199	Procedimento não autorizado
200	Cobrança de procedimento em quantidade incompatível com o procedimento / evolução clínica
201	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
202	Cobrança de procedimento com história clínica / hipótese diagnóstica não compatível
203	Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida / autorizada
204	Cobrança de procedimento não compatível com a idade
205	Cobrança de procedimento com ausência de resultado ou laudo técnico
206	Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa técnica adequada.
207	Procedimento cobrado não corresponde ao exame executado
208	Cobrança de procedimento ambulatorial com data de autorização posterior a do atendimento
209	Acomodação informada não está de acordo com acomodação CREDENCIADA
210	Permanência hospitalar incompatível com a evolução clínica
211	Permanência hospitalar incompatível com o procedimento autorizado
212	Quantidade de diárias deve ser maior que zero
213	Acomodação não informada
214	Quantidade UTI não prevista para o procedimento

215	Usuário não possui cobertura de UTI
216	Acomodação não autorizada
217	Cobrança de diárias em locais de acomodações diferentes, no mesmo dia.
218	Permanência hospitalar para investigação injustificada
219	Evolução clínica não compatível com a permanência em UTI
220	Código de diária incompatível com local de atendimento
221	Cobrança de diária em quantidade incompatível com a permanência hospitalar
222	Mudança de acomodação sem comunicação ao paciente, familiar ou acompanhante, ou sem solicitação destes.
223	Cobrança de diárias de UTI incompatível com diagnóstico e evolução clínica
224	Material sem cobertura para atendimento ambulatorio
225	Material não especificado
226	Material sem nota fiscal do fornecedor
227	Fracionamento de contas com mais de uma Guia de Encaminhamento (fracionando as guias em contas separadas)
228	Material informado não coberto
229	Cobrança de material em quantidade incompatível com a permanência
230	Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado
231	Quantidade de material superior à quantidade coberta
232	Cobranças de materiais inclusos nas taxas
233	Cobrança de material incluso no pacote negociado
234	Cobrança de material incompatível no relatório técnico
235	Cobrança de material em permanência hospitalar não autorizado
236	Cobrança de material não utilizado
237	Ficha de Plano de Tratamento Oncológico (PTO) com os dados solicitados pelo FUSEx sendo informados incompletos
238	Medicamento sem cobertura para atendimento ambulatorial
239	Medicamento não especificado
240	Medicamento sem nota fiscal do fornecedor
241	Quantidade de medicamentos deve ser maior que zero
242	Medicamento informado não coberto
243	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência
244	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com o procedimento realizado
245	Quantidade de medicamento superior à quantidade coberta
246	Cobrança de medicamento incluso nas taxas
247	Cobrança de medicamento incluso no pacote negociado
248	Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico
249	Cobrança de medicamento em permanência hospitalar não autorizada
250	Cobrança de medicamento não autorizado
251	No espelho da Fatura com constam registradas todas as guias correspondentes à conta do paciente. Exemplo: a conta contém 03 (três guias: Honorários, Taxas e Mat/Med), sendo que a OCS soma todos os valores para uma única guia e lança somente esta no espelho, omitindo as demais o espelho.
252	OPME sem cobertura para atendimento ambulatorial
253	OPME sem nota fiscal do prestador
254	Quantidade de OPME deve ser maior que zero
255	OPME informado não coberto
256	OPME informado não autorizado
257	Cobrança de OPME não utilizado
258	Cobrança de OPME no item material e medicamentos
259	Cobrança de OPME em desacordo com relatório técnico
260	Cobrança de OPME em quantidade incompatível com o procedimento realizado
261	Cobrança de OPME inclusa no pacote
262	Transferência de paciente de uma OCS para outra sem autorização
263	Cobrança de oxigeno terapia sem prescrição médica
264	Cobrança de oxigenoterapia com quantitativo de uso em divergência / pago valor corrigido
265	Cobrança de oxigênio incluso na taxa de nebulização especificada
266	Cobrança de oxigenoterapia em uso prolongado sem justificativa de uso (entrada e saída)
267	Cobrança de gases em quantidade superior ao período de permanência
268	Cobrança de CO2 nas cirurgias Videolaparoscópica
269	Cobrança de ar comprimido sem registro no boletim anestésico e duração de uso
270	Cobrança de gases incompatível com o utilizado / prescrito
271	Entregar as faturas fora do prazo
272	Taxa / aluguel inválido
273	Cobrança de taxa por uso de equipamento incompatível com o procedimento realizado / uso previsto no procedimento
274	Cobrança de taxa de uso de bomba de infusão em paciente internado na UTI
275	Cobrança de outras taxas associadas / inclusas na cobrança da taxa de sala prevista

276	Cobrança de mais de uma taxa de sala de cirurgia, por conta do número de procedimentos realizados no mesmo tempo cirúrgico.
277	Cobrança indevida de taxa de sala por administração de medicamentos
278	Cobrança de taxas, de serviços realizados em ambientes incompatíveis com o uso de equipamentos.
279	Cobrança de taxas em quantidade superior ao tempo de permanência hospitalar
280	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro com permanência menor que o período estipulado
281	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro sem registro de permanência
282	Cobrança de taxa de sala de recuperação anestésica não justificada para o procedimento
283	Cobrança de taxa inclusa no pacote negociado
284	Cobrança de taxa de equipamento em concomitância com a cobrança de taxa para o procedimento
285	Taxa exige informação do valor da Guia
286	Cobrança de taxa de recuperação para pacientes com pós-operatório imediato realizado na UTI/CTI
287	Cobrança de taxa de recuperação anestésica sem a presença do anestesista
288	Cobrança de taxa da sala incompatível com o procedimento
289	Cobrança de taxa de observação por atendimento que gerou uma internação
290	Cobrança de taxa de sala cirúrgica com pacote anestésico diferente do procedimento autorizado/realizado
291	Cobrança de taxa em quantidade incorreta
292	Cobrança de taxa por uso de equipamentos de uso obrigatório na sala de cirurgia, cuja taxa de sala cirúrgica já inclui seu uso.
293	Cobrança de taxa de equipamentos de uso obrigatório no local de atendimento
294	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação
295	Cobrança de material sem pertinência técnica para o ato cirúrgico
296	Procedimento em serie inválido
297	Cobrança de duas avaliações fisioterápicas
298	Cobrança de psicoterapia individual, quando o aplicado é a cobrança de psicoterapia em grupo.
299	Quantidade de sessões cobradas não condiz com as assinaturas no controle de tratamento seriado
300	O código autorizado está incompatível com a prescrição medica solicitada
301	Cobrança de sessões sem o devido plano de tratamento e, ou, com o prazo de pagamento expirado.
302	Cobrança do procedimento seriado incompatível com o quando clínico
303	Cobrança do procedimento seriado em número de sessões acima da quantidade estabelecida
304	Ausência de evolução do prontuário médico do tratamento seriado realizado
305	Cobrança de sessões de fisioterapia em desacordo com as evoluções do prontuário médico
306	Cobrança do tratamento seriado sem justificativa clínica / técnica
307	Serviço não contratado para o prestador
308	Local de atendimento inadequado
309	Quantidade cobrada diferente da realizada
310	Codificação incorreta / inadequada do procedimento
311	Cobrança de honorários inclusos no procedimento principal
312	Cobrança de honorários sem registro da efetiva participação do profissional
313	Procedimento principal não requer equipe medica
314	Não cabe pagamento do honorário integral por ser a mesma via de acesso cirúrgico
315	Cobrança do honorário em local de atendimento incorreto (inexistente)
316	Cobrança de honorário em duplicidade
317	Cobrança de consulta indevida, quando o procedimento principal já está sendo remunerado.
318	Local de atendimento não informado
319	Procedimento inválido
320	Cobrança de exame não solicitado pelo médico
321	Exame sem registro de execução
322	Cobrança de exame não correlacionado ao relatório específico.
323	Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
324	Cobrança de procedimento/exame com data de autorização posterior à do atendimento.
325	Exame não autorizado
326	Cobrança de exame em quantidade incompatível com o procedimento / evolução clinica
327	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
328	Cobrança de exame que exige autorização previa
329	Cobrança de exame com história clínica / hipótese diagnostica não compatível
330	Cobrança de exame em quantidade acima da máxima permitida / autorizada
331	Cobrança de exame não compatível com a idade
332	Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico
333	Exame realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
334	Exame cobrado não correspondente ao exame executado
335	Cobrança de exame ambulatorio com data de autorização posterior à do atendimento
336	Exame não justificado caráter de urgência

337	Cobrança de material não coberto pelo FUSEx
338	Pacote inválido
339	Pacote incompatível com o sexo do beneficiário
340	Idade do beneficiário incompatível com o pacote
341	Valor total do pacote diferente do valor processado
342	Valor do pacote superior ao valor dos itens
343	Cobrança de pacote não executado
344	Cobrança de pacote não solicitado pelo médico
345	Pacote sem registro de execução
346	Cobrança de pacote não correlacionado ao relatório específico
347	Cobrança de pacote sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
348	Cobrança de pacote com data de autorização posterior à do atendimento
349	Pacote não autorizado
350	Cobrança de pacote em quantidade incompatível com o procedimento / evolução clínica
351	Itens de composição do pacote não realizados
352	Cobrança do pacote exige autorização prévia
353	Cobrança de pacote com história clínica / hipótese diagnóstica não compatível
354	Cobrança de pacote em quantidade acima da máxima permitida / autorizada
355	Cobrança de pacote não compatível com a idade
356	Cobrança de pacote com ausência de resultado ou laudo técnico
357	Pacote realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado. Sem justificativa adequada.
358	Pacote cobrado não corresponde exame executado
359	Cobrança de pacote ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento
360	Glosa Total da conta
361	Revisão de glosa inválida
362	Glosa mantida
363	Pedido de revisão sem justificativa
364	Mais de um recurso de glosa para a mesma guia / protocolo
365	A guia não é de revisão
366	Número de guia inválido
367	Glosa Parcial da conta
368	Boletim de Atendimento de Urgência com pelo um campo não preenchido
369	Prescrição médica sem data e/ou assinatura do médico
370	Dieta sem especificação e posologia
371	Destinatário não identificado
372	Mensagem inconsistente ou incompleta
373	Guia de Encaminhamento lançada na fatura pela OCS/PSA contendo anotações, rasuras, carimbos, assinaturas, etc, não previstas nem autorizadas pelo FUSEx
374	Sem o registro da equipe de enfermagem
375	Boletim de Atendimento de Urgência contendo emenda ou rasuras.
376	Prescrição médica com emendas ou rasuras
377	Ausência de data e assinatura no Boletim Cirúrgico
378	Ausência de data e assinatura no Boletim Anestésico
379	Intervalo de códigos destinados às mensagens particulares de cada entidade tendo a apresentação de descrição obrigatória
380	Outros (conforme regulação administrativa e notificação prévia à OCS/PSA durante a vigência do contrato)

20. CONSIDERAÇÕES

O não cumprimento dos requisitos contidos neste Termo de Referência de Custos, no Edital de Credenciamento e no Termo de Contrato torna o serviço prestado pela OCS/PSA inválido para processamento e o pagamento das despesas decorrentes, causando glosa, consequentemente, por caracterizar realização de procedimento que exige prévia solicitação formal de autorização, de acordo com as regras do CONTRATANTE, sem que a autorização tenha sido dada formalmente pelo Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC