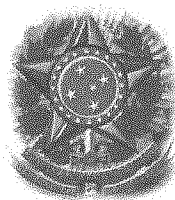


ANEXO I à Minuta de Contrato para Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

CMS – 3ª REGIÃO MILITAR

9º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO

REGIMENTO TUIUTI

POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO DE PELOTAS

Lista – Índice de GlosaSERVIÇO DE AUDITORIA DE CONTAS MÉDICAS
TABELA REFERENCIAL DE GLOSAS

1. Diárias e Taxas	
Cód.	Descrição
G1.1	Em desacordo com o contrato
G1.2	Promulgação não regularizada
G1.3	Diárias ou taxas em excesso
G1.4	Item incluso no valor do Pacote contratado
G1.5	Parte de curativo incompatível com o realizado
G1.6	Valor acima do contrato
G1.7	Atendimento não justifica taxa ambulatorial
G1.8	Desacordo com autorização e/ou realizado
G1.9	Taxa de observação inclusa na diária
G1.10	Ausência de registro de gases
G1.11	Registro de gases acima do utilizado
G1.12	Sem cobertura pelo convênio
G1.13	Cobrança de taxa de curativo na sala operatória

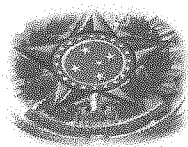
2. Materiais	
Cód.	Descrição
G2.1	Preço/percentual acima do valor do mercado
G2.2	Material de alto custo sem nota fiscal
G2.3	Sem cobertura pelo plano
G2.4	Quant. acima do previsto para o procedimento
G2.5	Não previsto para procedimento
G2.6	Incluso em outra taxa
G2.7	Em desacordo com Pacote contratado
G2.8	Filme RX com valor acima do contratado
G2.9	Sem solicitação ou autorização prévia
G2.10	Não utilizado
G2.11	Reutilizável (pagamento parcial)
G2.12	Adquirido pela família a seu critério
G2.13	Doutros

3. Medicamentos	
Cód.	Descrição
G3.1	Preço/percentual acima do Brásindice
G3.2	Ausência ou rasura de prescrição médica
G3.3	Não compatível com atendimento de urgência
G3.4	Cobrança em desacordo com a prescrição
G3.5	Ausência do horário de checagem pela enfermagem
G3.6	Incluso em outra taxa
G3.7	Ausência de laudo justificado

4. Documentação	
Cód.	Descrição
G4.1	Matrícula (PREC CP / SIAPE) incorreta ou inexistente
G4.2	Sem identificação / assinatura e carimbo do médico
G4.3	Data inexistente ou rasurada
G4.4	Sem assinatura do paciente e/ou segurado
G4.5	Sem descrição do serviço realizado
G4.6	Em no valor apresentado
G4.7	Ausência de valor na relação de mal / med utilizado
G4.8	Documento sem condição de análise técnica
G4.9	Ausência de relação discriminada de mal / med utilizado
G4.10	Documentos com rasuras
G4.11	Ausência de cópias de documentos solicitados
G4.12	Internação não regularizada
G4.13	Documentação com irregularidade (especificar)
G4.14	Ausência de solicitação médica
G4.15	Autorização posterior à data de realização
G4.16	Formulário próprio
G4.17	Ausência de dados clínicos na solicitação
G4.18	Quantidade de procedimentos maior que permitido pelo plano
G4.19	Doutros

5. Honorários / Procedimentos	
Cód.	Descrição
G5.1	Visitas Médicas inclusas no procedimento
G5.2	Retorno cobrado como consulta
G5.3	Exame incluso no parasitológico (até 3 métodos)
G5.4	Atendimento por médico militar
G5.5	Ausência de laudo médico que justifique o exame
G5.6	Ausência de solicitação de especialista para parecer
G5.7	Ausência de laudo anátomo-patológico
G5.8	Honorário não previstos, incompatível com procedimento
G5.9	Consulta com procedimento sem laudo de avaliação
G5.11	Laudo com insuficiência de dados para caráter de urgência
G5.12	Participação de profissional sem comprovação
G5.13	Procedimento inerente ao ato principal
G5.14	Sem justificativa para acréscimo/mudança de procedimento
G5.15	Código inexistente / incorreto na tabela de honorários
G5.16	Data e hora ou tipo de acomodação não prevê acréscimo
G5.17	Cobrança não corresponde ao realizado e/ou autorizado
G5.18	Sem laudo médico que justifique o procedimento/consulta
G5.19	Procedimentos múltiplos - desacordo com normas da tabela
G5.20	Visitas médicas incompatíveis com tempo de permanência
G5.21	Atendimento ambulatorial cobrado no internamento
G5.22	Em desacordo com as normas da tabela vigente
G5.23	Procedimento requer autorização prévia
G5.24	Sem guia para honorários
G5.25	Cobrança em duplicidade
G5.26	Em desacordo com o contrato
G5.27	Procedimento incompatível com a idade e/ou sexo
G5.28	Exame incluso na consulta
G5.29	Prestados descredenciado
G5.30	Doutros

ANEXO II à Minuta de Termo de Contrato para Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar
TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DA GUIA DE ENCAMINHAMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS – 3ª REGIÃO MILITAR
9º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
REGIMENTO TUIUTI
POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO DE PELOTAS

Nome do titular do FUSEx: _____
Nome do dependente (paciente): _____
PrecCp: _____
Especialidade atendida: _____ Hora de emissão: ____/____/____
Data de atendimento: ____/____/____
Telefone de contato do responsável: _____
Declaro que fui atendido(a), em caráter de URGÊNCIA e ou EMERGÊNCIA pelo Hospital _____, e me comprometo a providenciar em até 48 (quarenta e oito) horas ou 2 (dois) dias úteis, a contar da data do atendimento, a Guia de Encaminhamento (Autorização).
Estou ciente que o não cumprimento deste termo acarretará o pagamento integral das despesas realizadas, conforme Capítulo III da Urgência e Emergência previstas nas Instruções Reguladoras para Assistência Médico Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (IR 30-38):

“Art. 20. O FUSEx não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não comprovada a urgência e (ou) a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências previstas nos arts. 18 e 19 da IR 30-38.”

Assinatura do beneficiário ou responsável

A ser preenchido pela Organização Civil de Saúde /OCS Horário limite para a troca do tempo para a Guia autorizada do FUSEx _____ Srs. Beneficiários, a troca somente será realizada dentro do prazo e horários estabelecidos acima. Assinatura da recepcionista responsável pelo atendimento (legível) OBS: O hospital ficará com o termo original e o responsável pelo paciente ficará com a cópia a ser trocada.
--