

ANEXO III: MANUAL DE CREDENCIAMENTO MÉDICO, HOSPITALAR E ODONTOLÓGICO

Sumário

I. Disposições Gerais

- I.1. Apresentação
- I.2. Identificação do Usuário
- I.3. Canais de Atendimento
- I.4. Contratação e Alterações Cadastrais
- I.5. Procedimentos Não Cobertos

II. Processos de Atendimento e Autorização

- II.1. Autorização Prévia e Validade das Guias
 - II.1.1. Rol de Procedimentos e Acesso
 - II.1.2. Prazos para Autorização de Procedimentos
 - II.1.3. Regras de Assinatura das Guias
- II.2. Perícias Prévias
- II.3. Atendimento de Urgência e Emergência
 - II.3.1. Regras Gerais
 - II.3.2. Pacotes de Atendimento de Urgência
 - II.3.3. Especificidades para Cobranças em Urgência/Emergência
 - II.3.3.1. Medicamentos
 - II.3.3.2. Materiais Descartáveis
 - II.3.3.3. Taxas de Equipamentos e Serviços
 - II.3.3.4. Gás Medicinal
- II.4. Atendimento Ambulatorial
 - II.4.1. Consulta Médica Eletiva
 - II.4.2. Consulta Nutricional
 - II.4.3. Regras Gerais para Fluxo de Atendimento em Consultas Eletivas
 - II.4.4. Especificidades para Consulta Médica em Oftalmologia
- II.5. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)
 - II.5.1. Regras Gerais Específicas para Exames
 - II.5.2. SADT Eletivos/Ambulatoriais
 - II.5.3. SADT de Urgência/Emergência
 - II.5.4. SADT para Beneficiários Internados
- II.6. Procedimentos em Geral
 - II.6.1. Procedimentos de Urgência
 - II.6.2. Procedimentos Eletivos

III. Remuneração e Itens de Custo

- III.1. Honorários Profissionais



III.1.1. Regras Gerais para Honorários

III.1.2. Honorários do Plantonista Urgencista

III.1.3. Honorários do Anestesista

III.1.4. Honorários Médicos em Cirurgias e Atendimentoes Específicos

III.1.5. Honorários do Intensivista Plantonista e Diarista de UTI

III.2. Medicamentos

III.3. Materiais Descartáveis, Especiais e PME (Próteses e Materiais Especiais)

III.3.1. Definições

III.3.2. Solicitação de PME

III.4. Taxas

III.4.1. Taxas de Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação e Hemodinâmica/Angiografia

III.4.2. Taxas de Serviços

III.4.3. Taxas de Equipamentos

III.5. Gases Medicinais

III.6. Remoções

III.7. Serviços de Hemoterapia / Terapia Transfusional

IV. Terapias e Programas Especializados

IV.1. Terapias Seriadas e Atendimentoes por Profissionais de Nível Superior Não Médicos

IV.1.1. Fisioterapia Ambulatorial

IV.1.1.1. Fisioterapia no Beneficiário Internado

IV.1.2. Fonoaudiologia Ambulatorial

IV.1.2.1. Fonoaudiologia no Beneficiário Internado

IV.1.3. Psicologia

IV.1.4. Terapia Ocupacional

IV.2. Atendimento Global

IV.3. Tratamento do Câncer

IV.3.1. Tipos de Tratamento Sist mico do Câncer

IV.3.2. Tratamento Quimioterápico

IV.3.3. Tratamento Radioterápico

IV.4. Tratamento Dial tico

IV.4.1. Terapia Renal Substitutiva (TRS) na Insuficiência Renal Cr nica

IV.4.2. Terapia Renal Substitutiva: Atendimento no Formato de Pacote

IV.4.3. Hemodiafiltração

IV.4.4. Medicamentos Excepcionais para Tratamento Renal

IV.5. Litotripsia Extracorpórea

IV.6. Curativos

IV.6.1. Regra Geral



IV.6.2. Padrão de Curativo Simples

IV.6.3. Padrão de Produtos Industrializados (Protocolo Curativos Especializados)

IV.7. Terapia Nutricional Enteral e Parenteral

IV.8. Programa de Assistência Domiciliar (PAD)

IV.8.1. Objetivos Principais

IV.8.2. Regras do Programa de Assistência Domiciliar (PAD)

IV.8.3. Internamento Domiciliar (Home Care)

IV.8.4. Assistência Domiciliar Básica Especializada

IV.8.4.1. Fluxo de Alta do Programa de Assistência Domiciliar (PAD)

IV.8.4.2. Fluxo de Acompanhamento

IV.8.4.3. Fluxo de Liberação de Procedimentos e Medicações

IV.8.5. Carta Acordo (Modelo)

V. Internação

V.1. Atendimento Hospitalar em Regime de Internação

V.1.1. Normas Gerais Relacionadas à Internação

V.1.2. Itens Inclusos em Todo Atendimento Hospitalar e Diárias

V.1.3. Regras para Cobrança de Diárias Hospitalares

V.1.4. Prorrogações de Internações Hospitalares/Permanência

V.1.5. Modalidades de Diárias

V.1.5.1. Hospital Dia / Day Clinic

V.1.5.2. Diária Hospitalar (Geral)

V.1.5.3. Diária Global

V.1.5.4. Diária de Internamento – Cuidados Paliativos e Reabilitação

V.1.5.5. Diária de Acompanhante

V.1.6. Tabelas de Diárias (Completa)

VI. Eventos Adversos

VII. Odontologia

VII.1. Disposições Gerais e Obrigações do Credenciado

VI.1.1. Obrigações do Prestador Credenciado

VI.1.2. Identificação do Profissional e do Beneficiário

VII.2. Abrangência e Exclusões de Cobertura em Odontologia

VI.2.1. Procedimentos Odontológicos Cobertos

VI.2.2. Procedimentos Odontológicos Não Cobertos

VII.3. Remuneração, Cobrança e Auditoria Odontológica

VI.3.1. Glosas e Recursos

VI.3.2. Faturamento e Prazos

VII.4. Acesso e Autorização dos Serviços Odontológicos

VI.4.1. Perícias Odontológicas



VI.4.2. Autorização Prévia de Procedimentos Odontológicos

VII.5. Tipos de Serviços Odontológicos Específicos

VII.5.1. Consulta Inicial Odontológica

VII.5.2. Radiologia Odontológica

VII.5.3. Abandono de Tratamento

VII.5.4. Odontopediatria e Prevenção Específica

VII.5.4.1. Profilaxia e Aplicação Tópica de Flúor

VII.5.4.2. Aplicação de Selante (por elemento)

VII.5.4.3. Adequação do Meio Bucal

VII.5.4.4. Restauração de Ionômero de Vidro

VII.5.4.5. Restauração Preventiva

VII.5.4.6. Coroa de Aço

VII.5.4.7. Pulpotomia

VII.5.4.8. Tratamento Endodôntico de Decíduos

VII.5.5. Dentística

VII.5.5.1. Restauração de Amálgama

VII.5.5.2. Resina Fotopolimerizável

VII.5.5.3. Núcleo de Preenchimento

VII.5.6. Endodontia

VII.5.7. Periodontia

VII.5.7.1. Terapêutica Básica Periodontal

VII.5.7.2. Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite

VII.5.7.3. Desgaste Seletivo

VII.5.7.4. Odontosecção

VII.5.7.5. Amputação Radicular com ou sem Retro-obturação

VII.5.7.6. Manutenção do Tratamento Cirúrgico Periodontal

VII.5.8. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

VII.5.9. Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPME) em Odontologia

VII.5.9.1. Exodontia (permanentes)

VII.5.10. Urgência Odontológica

VII.6. Padronização e Ações do Clínico Promotor

VII.6.1. Levantamento Epidemiológico

VII.6.2. Novo Modelo Assistencial Odontológico

VII.6.2.1. Primeira Consulta com o Clínico Promotor (Pacientes até 14 anos)

VII.6.2.2. Consulta Clínico Promotor em Pacientes Adultos

VII.6.3. Disposições Finais do Clínico Promotor

VII.7. Formulários Odontológicos

VIII. Cobrança e Auditoria



VIII.1. Auditoria de Contas

VIII.2. Regras Gerais para Entrega, Cobrança e Pagamentos de Atendimentos
(Apresentação da Produção)

VIII.2.1. Entrega da Produção

VIII.2.2. Cobrança e Pagamento

I. Disposições Gerais

I.1. Apresentação

Este Manual é destinado aos prestadores de serviços de saúde credenciados ao Saúde Recife. Seu objetivo é **orientar** sobre os fluxos de autorização, os prazos para liberação de procedimentos e serviços de saúde, a sistemática de apresentação e pagamento das despesas, e as formas de acesso para o relacionamento com a equipe de gestão em saúde.

A Autarquia Municipal de Previdência e Assistência à Saúde dos Servidores é o órgão gestor do Saúde Recife, instituído pela Lei Nº 17.082/2005, alterada posteriormente pelas Leis 17.326/2007 e 17.527/2009, e regulamentado pelos Decretos nº 20.895 de 19 de janeiro de 2005 e nº 23.619 de 08 de maio de 2008 e resoluções normativas. Essas leis e decretos estabelecem regras de uso, benefícios e custeio, entre outras obrigatoriedades. Cabe ressaltar que o Saúde Recife é um sistema de autogestão regulado por Decreto Municipal, não estando subordinado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo fiscalizado pelo TCE/PE.

O sistema de saúde do Saúde Recife reger-se-á pelas normas, rotinas e tabelas constantes nos anexos deste manual para a solicitação, autorização e pagamento de serviços médico-hospitalares e odontológicos, prestados pelos serviços contratados. Qualquer tipo de solicitação não prevista neste manual será considerada nula e sem efeito. Este manual do credenciado é parte integrante do termo de credenciamento vigente, complementando as cláusulas do termo de credenciamento firmado entre as partes. Tem por objetivo normatizar as relações entre o Saúde Recife e sua rede credenciada, com a finalidade de estabelecer regras, normas, procedimentos operacionais e orientações ao credenciado quanto à autorização, atendimento, análise, auditoria de procedimentos e cobrança dos serviços prestados. **Sob hipótese alguma, este manual poderá ser invocado para negativa de atendimento médico-hospitalar ou odontológico.** Toda e qualquer alteração no presente manual, de acordo com cláusula contratual expressa constante do termo de credenciamento firmado entre o Saúde Recife e o contratado, ensejará a cada contratado o direito de não aceitar. Para tanto, o contratado terá o prazo de trinta dias corridos, a partir da data de publicação, para



manifestar-se. A não manifestação expressa e por escrito no prazo estabelecido pressupõe a plena aceitação das alterações implantadas.

I.2. Identificação do Usuário

A rede credenciada de saúde deverá solicitar a identificação do beneficiário para verificar sua elegibilidade para qualquer atendimento em saúde. É obrigatória a apresentação pelo beneficiário titular de documento de identidade com foto e o cartão do beneficiário ou seu número. No caso de dependente, além destes, o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do titular. Dessa forma, o beneficiário só poderá ser atendido após a verificação de sua regularidade cadastral no sistema pelo credenciado.

Para qualquer atendimento, o beneficiário deve apresentar o Cartão do Saúde Recife e um documento de identificação com foto.

I.3. Canais de Atendimento

Central de Atendimento Saúde Recife:

- 0800 300 2345: Fixo e celular
- 0800 281 2345: Fixo
- (81) 3771-0152: Fixo e celular

Telefones da Unidade de Rede Credenciada e Atenção à Saúde:

- (81) 3355-1633 ou 3355-1648, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas.

E-mail para informações gerais e credenciamento:

- gerenciaderelacionamentosr@recife.pe.gov.br

Os atendimentos para beneficiários e prestadores do Saúde Recife passam a obedecer às regras estabelecidas neste Manual.

I.4. Contratação e Alterações Cadastrais

A prestação de serviços será formalizada por meio de termo de credenciamento, a ser firmado entre o Saúde Recife e o prestador de serviços médicos ou odontológicos, seja pessoa física ou pessoa jurídica, do qual este anexo é parte integrante. A contratação dos serviços de saúde ocorrerá por credenciamento dos interessados, cuja documentação, informações e atualizações subsequentes estarão disponíveis no site: <https://portaldecompras.recife.pe.gov.br/app/Licitacoes.php>. Para acessar, clique em: “**Licitações em Andamento**” em seguida clique em Órgão licitante “**AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS SERVIDORES**”.

Para habilitar-se ao credenciamento, o interessado deverá requerê-lo, a partir da data informada para recebimento das propostas, preenchendo o formulário através do link <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeV9dSmeZhCjyxAgnedq8Xpblgu7es4>



[LLt_UganKuO1FZkM3A/viewform?usp=sharing&oid=103520379288530895026](https://llt_uganku01fzkM3A/viewform?usp=sharing&oid=103520379288530895026) e enviar a lista de documentos requeridos disponível no link acima.

O profissional/empresa somente poderá atender às especialidades previstas no objeto do termo de credenciamento firmado.   indispensável que o prestador comunique imediatamente ao Saúde Recife qualquer alteração em seus dados, como: razão social, endereço, telefone e corpo clínico, sob pena de ter seu cadastro suspenso por inconsistências cadastrais.

O Saúde Recife, por meio de Resolução Normativa, utiliza como padrão o **TISS – “Troca de Informações em Saúde Suplementar”** para as trocas de informações entre o Saúde Recife e seus prestadores de serviços. Este padrão, envolve padronização de forma e estrutura em formulários assistenciais e em conectividade.

I.5. Procedimentos Não Cobertos

Estão excluídos da Cobertura Assistencial do Saúde Recife, conforme regulamento próprio:

- Procedimentos não  ticos, experimentais, não reconhecidos pela prática médica, ou que não sejam respaldados pela Medicina Baseada em Evidências (“MBE”);
- Procedimentos com finalidade est tica, ou seja, que não visam restaurar função parcial ou total do órgão ou parte lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia cong nita, excetuando-se as cirurgias plásticas para reparação de limitações funcionais;
- Tratamento em clínicas de emagrecimento est tico, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Reversão de método contraceptivo cirúrgico (laqueadura, vasectomia, etc.);
- Inseminação artificial e procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos de apoio a esta técnica;
- Atendimento em especialidades, procedimentos e quaisquer produtos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Tratamento de enfermidades ou acidentes decorrentes de perturbações da ordem pública, atentados, operações militares, convulsões sociais e catástrofes públicas, quando declarados por autoridade competente;
- Remoções aéreas;
- Procedimentos e tratamentos realizados no exterior;
- Necropsia, preparação de corpo, taxa de morgue, velório e afins;
- Teste de paternidade;
- Sonoterapia;
- Escleroterapia de microvarizes;



- Terapia Ocupacional, em casos que não se enquadram em transtornos globais de desenvolvimento;
- Medicina ocupacional;
- Cirurgias refrativas (excimer laser), salvo para beneficiários com deficiência visual acima de 7 graus;
- Reabilitação Postural Global - RPG;
- Condicionamento físico;
- Órteses não implantadas cirurgicamente (óculos, lentes de contato, cintas abdominais, pernas mecânicas, cadeiras de rodas etc.);
- Bota e palmilha ortopédica;
- Lipoaspiração;
- Vacinação;
- Oxigenoterapia por hiperbárica;
- Cirurgias e exames complementares para realização de implantes odontológicos, reabilitação protética, ortodontia e exames correlatos.

II. Processos de Atendimento e Autorização

II.1. Autorização Prévia e Validade das Guias

II.1.1. Rol de Procedimentos e Acesso

O Rol de Procedimentos do SAÚDE RECIFE específica e abrange **exclusivamente** os procedimentos médico-hospitalares diagnósticos ou terapêuticos que possuem cobertura. Estes são definidos em Lei, Decretos reguladores e por deliberação do Conselho Deliberativo de Saúde.

Para a obtenção de senha e garantia de cobertura, são considerados **apenas os procedimentos expressamente listados neste Rol**, que se encontra disponível em: <https://portaldecompras.recife.pe.gov.br/app/Licitacoes.php>. Para acessar, clique em: “LICITAÇÕES”, “LICITAÇÕES EM ANDAMENTO”, “ÓRGÃO DEMANDANTE”, “AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDENCIA E ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES” e “**VISUALIZAR O EDITAL E ANEXOS**”.

Conforme o Rol específico, todos os procedimentos estão sujeitos à autorização prévia, exceto os atendimentos de urgência e emergência. Este processo é determinante para a aceitação posterior da cobrança e o consequente pagamento pelos serviços. O processo de solicitação prévia da senha deve ser efetuado mediante acesso à ferramenta autorizadora. Em caso de instabilidade do sistema, o prestador deverá contatar a Central de Atendimento para reportar a situação. O credenciado deverá informar ao beneficiário a senha numérica obtida na



solicitação prévia, juntamente com a descrição e codificação do procedimento pré-autorizado.

Para obtenção da autorização, o prestador deverá acessar o sistema autorizador, preencher todas as informações solicitadas e anexar os documentos exigidos. Após autorizada, a guia deverá ser impressa e assinada pelo beneficiário.

II.1.2. Prazos para Autorização de Procedimentos

Toda solicitação de procedimento ou serviço é submetida a uma análise técnica detalhada pela equipe de regulação. A concessão da autorização, bem como seus respectivos prazos, está condicionada ao cumprimento do período de carência aplicável e à conformidade com a cobertura estabelecida pelo Saúde Recife. Os prazos máximos para autorização variam conforme o tipo e a complexidade da solicitação, e estão discriminados a seguir:

PROCEDIMENTO	PRAZO (em dias)
Consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete) úteis
Consulta nas demais especialidades médicas	07 (sete) úteis
Consulta com fonoaudiólogo	07 (sete) úteis
Consulta com nutricionista	07 (sete) úteis
Consulta com psicólogo	07 (sete) úteis
Consulta com terapeuta ocupacional	07 (sete) úteis
Consulta com fisioterapeuta	07 (sete) úteis
Tratamento seriado (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional)	10 (dez) úteis
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07 (sete) úteis
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três) úteis
Demais serviços de diagnóstico em regime ambulatorial	10 (dez) úteis



PROCEDIMENTO	PRAZO (em dias)
Procedimentos de Alta Complexidade – PAC	10 (dez) úteis
Tratamentos oncológicos (quimioterapia e radioterapia)	10 (dez) úteis
Atendimento em regime de hospital dia (psiquiatria)	10 (dez) úteis
Atendimento em regime de internação 24h (psiquiatria)	Imediato
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um) úteis
Urgência e emergência	Imediato

II.1.3. Regras de Assinatura das Guias

A conformidade na assinatura das guias é fundamental para fins de controle, processamento e pagamento da produção.

As guias de atendimento deverão ser impressas pelo credenciado no momento do atendimento e assinadas pelo beneficiário que será atendido. Nos casos de crianças ou incapazes, além da assinatura da guia pelo acompanhante responsável, deverá constar a informação de próprio punho do grau de parentesco do acompanhante, número de documento de identidade e CPF. Uma vez que sobre estes atendimentos serão cobrados coparticipação do beneficiário.

Nunca, em hipótese alguma, a guia deverá ser assinada pelo credenciado. Caso este procedimento seja confirmado, as guias entregues com essa inconformidade serão motivo de glosa permanente, sem direito a recurso.

As guias autorizadas têm validade de até 60 (sessenta) dias para que os procedimentos/exames sejam realizados, a contar da data da autorização.

Apenas as guias de consultas/atendimentos/procedimentos devidamente assinadas de acordo com as orientações anteriores têm validade para fins de controle, processamento e pagamento da produção.

As guias impressas arquivadas deverão estar disponíveis na unidade para efeito de auditoria por um período de 05 anos, após o atendimento.

II.2. Perícias Prévias

Estão sujeitos a eventual perícia prévia pelo Saúde Recife, através de auditoria médica, os seguintes procedimentos:

- Cirurgias plásticas reparadoras em geral, tais como dermolipectomia, cirurgia de pálpebra, mama;



- Internações eletivas, procedimentos dermatológicos ou outros que a regulação considerar pertinente, a qualquer tempo.

A critério do Saúde Recife, as perícias presenciais poderão ser substituídas por laudos detalhados e documentação fotográfica.

Atenção: Nos casos de requisição de procedimentos que venham a necessitar de perícia, haverá o agendamento e realização em local determinado pelo Saúde Recife.

II.3. Atendimento de Urgência e Emergência

II.3.1. Regras Gerais

Considera-se atendimento de urgência/emergência o conjunto de ações empregado para recuperação de beneficiários cujos agravos à saúde, em decorrência de sintomas e sinais, devidamente justificados por médico assistente, mesmo que não caracterizem risco de morte iminente, necessitam de intervenção imediata, desde que realizados dentro da unidade de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento credenciada e devidamente caracterizado tecnicamente como tal.

Entende-se por **ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA** aquele realizado em áreas hospitalares que exija a atuação imediata do médico, face ao risco de morte, caracterizado pelos sinais e sintomas apresentados de modo agudo, progressivo e rapidamente fatal, devidamente justificados. O atendimento de urgência/emergência não está sujeito à autorização prévia e deverá ser registrado no sistema eletrônico do Saúde Recife, desde que o beneficiário seja elegível. Conforme Seção II.1.3, ao registrar o atendimento no sistema, a guia terá que ser impressa para a assinatura do beneficiário ou de seu responsável (menores, idosos ou incapazes), confirmando assim o atendimento. Nas urgências e emergências o acesso é exclusivamente por demanda espontânea e, de regra, compreende:

- a) Consulta;
- b) Observação clínica/repouso, até 6 (seis) horas a partir do primeiro atendimento na sala;
- c) Solicitação de exames compatíveis com este tipo de atendimento e com a condição de urgência/emergência do beneficiário para uma tomada de decisão quanto à conduta médica a ser adotada;
- d) Prescrição de terapia;
- e) Encaminhamento para procedimento cirúrgico ambulatorial;
- f) Orientação para realizar consulta em ambulatório eletivo, hospitalização no próprio hospital quando pertinente ou transferência para outro hospital compatível com o estado clínico do beneficiário;
- g) Após o atendimento, se for identificada a necessidade da realização de um procedimento ou internação, o prestador deverá solicitar autorização imediata;



- h) A documentação de registro em prontuário do atendimento de urgência/emergência deve estar devidamente preenchida e conter dados sobre:
 - Identificação do beneficiário;
 - Assistência prestada (motivo da consulta, anamnese, exame físico e resultado de exames);
 - Horário de atendimento (entrada e saída);
 - Cuidados instituídos;
 - Nos casos de observação/repouso deve constar ainda:
 - Prescrição e administração de medicamentos;
 - Evolução médica e de enfermagem;
 - Resultado de exames complementares (laudos ou registro médico);
 - Ficha/registro de anestesia (se houve);
 - Registro dos cuidados de enfermagem (controles, sondagens, administração de medicação, curativos, entre outros);
 - In cio e término do atendimento (alta).

A Taxa de Observação e Repouso em Pronto Socorro compreende a utilização de curta permanência no serviço, podendo ser remunerada na quantidade de 01 (uma) taxa, desde que a permanência seja de até 6 horas (limite máximo) a partir do primeiro atendimento, exclusivamente em ambiente próprio no Pronto Socorro, e desde que comprovados os requisitos descritos acima. A Taxa de Observação e Repouso em Pronto Socorro (máximo de 6 horas) inclui:

- Box;
- Cama com rouparia;
- Serviços de enfermagem, tais como: administração de medicação oral ou injetável, instalação de soro, controle de diurese, controle de glicemia, curativos, assepsia e higiene, sinais vitais, mudança de decúbito, sondagem nasogástrica, vesical e retal, entre outros;
- Materiais/equipamentos permanentes (suporte para soro, escada etc.);
- Vigilância médica da urgência/emergência, com reavaliação em prontuário;
- EPI.

Observação: Não se aplica a Taxa de Observação e Repouso na Urgência quando ocorrer internan  o hospitalar posterior à consulta de urgência, aplicação de medicamentos que não requeiram observação e espera de resultados de exames.



Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão, em seus portes, acréscimo de 30%, nas seguintes eventualidades:

- a) No período compreendido entre 19:00 horas e 07:00 horas, de segunda a sexta-feira;
- b) Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

Não estão sujeitos às condições deste item os procedimentos diagnósticos e terapêuticos (SADT), para os quais não há incidência de qualquer percentual, independentemente do dia ou horário em que seja realizado o procedimento de SADT. A solicitação de exames na urgência/emergência deve ser feita baseada em histórico clínico, exame físico, hipótese diagnóstica e medicação administrada, que justifiquem o exame solicitado. Nas situações de urgência e emergência, havendo necessidade de realização de parecer de especialista, a solicitação deve ser do médico plantonista, sendo de total responsabilidade do prestador onde o beneficiário está sendo assistido providenciar o profissional para realização deste, podendo ele fazer parte da rede credenciada do Saúde Recife ou não. O parecer do especialista deve ser registrado no prontuário clínico, com justificativa técnica pertinente, cabendo análise posterior do médico auditor do Saúde Recife. O parecer será remunerado no valor da tabela praticada pelo Saúde Recife e deve estar registrado no prontuário do beneficiário para verificação do médico auditor, que deverá opinar sobre a pertinência da solicitação do parecer. Qualquer situação fora desta condição terá que ser negociada entre o prestador e o Saúde Recife, cabendo o envio da solicitação consubstanciada.

II.3.2. Pacotes de Atendimento de Urgência

Observações Gerais para Pacotes:

- Quando realizada exclusivamente a consulta de urgência, sem nenhum serviço/procedimento agregado, deverá ser cobrada somente a consulta em pronto socorro.
- Quando houver indicação de permanência na observação em Pronto Socorro, de até o máximo de 6 horas, contadas a partir do primeiro atendimento, estará inclusa no pacote, que inclui também todos os serviços assistenciais.
- O atendimento de urgência que gerar internação, esta deverá ser solicitada de imediato.
- Nos casos de emergência com risco imediato de vida, a solicitação deverá ser realizada concomitantemente ao atendimento ou no máximo 2 horas após a finalização do atendimento no Pronto Socorro.

Pacote de Urgência Geral (Clínica Médica): Inclui:

- A consulta médica;



- Os materiais descartáveis e medicamentos de uso habitual nos serviços de urgência/emergência e compatíveis com a hipótese diagnóstica/diagnóstico e com a condição clínica de urgência/emergência do beneficiário;
- As taxas habitualmente previstas (ambiente, serviços, equipamentos);
- Permanência na observação/repouso em Pronto Socorro por período de até 6 horas (máximo) a partir do primeiro atendimento;
- O gás medicinal em quaisquer vazões;
- Com relação a exames, o pacote inclui os Raios-X simples (máximo de 02, quando em regiões anat micas diferentes e no máximo duas incidências).

Pacote de Urgência Pediátrica: Inclui:

- A consulta médica;
- Os materiais descartáveis e medicamentos de uso habitual nos serviços de urgência/emergência e compatíveis com a hipótese diagnóstica/diagnóstico e com a condição clínica de urgência/emergência do beneficiário;
- Permanência na observação/repouso em Pronto Socorro por período de até 6 horas (máximo), contadas a partir do primeiro atendimento;
- Taxas habitualmente previstas (ambiente, serviços, equipamentos);
- Gás medicinal em quaisquer vazões;
- Com relação a exames, o pacote inclui os Raios-X simples (máximo de 02, quando em regiões anat micas diferentes e no máximo duas incidências).

Pacote de Urgência Cardiológica: Inclui:

- Consulta médica;
- Os materiais descartáveis e medicamentos de uso habitual nos serviços de urgência/emergência e compatíveis com a hipótese diagnóstica/diagnóstico e com a condição clínica de urgência do beneficiário;
- Permanência na observação/repouso em Pronto Socorro por período de até 6 horas (máximo), contadas a partir do primeiro atendimento;
- Taxas habitualmente previstas (ambiente, serviços, equipamentos);
- Gás medicinal, em quaisquer vazões;
- Em relação a exames, o pacote inclui somente o ECG convencional.

Pacote de Urgência Ortopédica: Inclui:

- Consulta médica;
- Os materiais descartáveis e medicamentos de uso habitual nos serviços de urgência/emergência e compatíveis com a hipótese diagnóstica/diagnóstico e com a condição clínica de urgência do beneficiário;
- Permanência na observação/repouso em Pronto Socorro por período de até 6 horas (máximo), contadas a partir do primeiro atendimento;
- Taxas habitualmente previstas (ambiente, serviços, equipamentos);
- O gás medicinal em quaisquer vazões;



- Em relação a exames, o pacote inclui somente os raios-X simples (máximo 02, quando em regiões anatômicas diferentes e no máximo duas incidências).
- O pacote inclui os honorários médicos referentes aos procedimentos de instalação de aparelho gessado, exclusivamente para aqueles constantes da tabela do Saúde Recife.

Pacote de Urgência em Ginecologia/Obstetrícia: Inclui:

- Consulta médica;
- Os materiais descartáveis e medicamentos de uso habitual nos serviços de urgência/emergência e compatíveis com a hipótese diagnóstica/diagnóstico e com a condição clínica de urgência do beneficiário;
- Permanência na observação/repouso em Pronto Socorro por período de até 6 horas (máximo), contadas a partir do primeiro atendimento;
- Taxas habitualmente previstas (ambiente, serviços, equipamentos);
- O gás medicinal em quaisquer vazões;
- Com relação a exames, o pacote inclui os Raios-X simples (máximo de 02, quando em regiões anatômicas diferentes e no máximo duas incidências).

II.3.3. Especificidades para Cobranças em Urgência/Emergência

II.3.3.1. Medicamentos

- Medicamentos de uso em Pronto Socorro deverão estar prescritos pelo médico plantonista e com comprovação do uso em prontuário, conforme legislação vigente;
- Somente poderão ser objeto de cobrança os medicamentos relacionados aos atendimentos de urgência e compatíveis com a hipótese diagnóstica ou diagnóstico, condição clínica do beneficiário e com uso habitual em Pronto Socorro;
- Medicamentos prescritos eletivamente, para os quais o beneficiário busca a administração na rede credenciada, somente poderão ser realizados com a autorização prévia do Saúde Recife. Nestes casos, caberá a cobrança exclusiva do medicamento autorizado, do material utilizado para a referida aplicação e a taxa de repouso (desde que esteja dentro dos critérios estabelecidos para cobrança da taxa);
- O Saúde Recife só **cobre** medicamentos de uso oral em Pronto Socorro de acordo com o diagnóstico e condição clínica de urgência do beneficiário; e em situações absolutamente excepcionais, justificadas pelo médico urgentista.

II.3.3.2. Materiais Descartáveis

- Os materiais descartáveis utilizados deverão ter seu registro na ficha clínica do beneficiário, com comprovação de sua utilização;



- Caso haja indicação de utilização de material especial, este deve ser solicitado pelo médico assistente em prontuário com a justificativa da sua efetiva necessidade e eficácia. Sua utilização deverá ser registrada em prontuário (avaliação da condição do beneficiário, imagem, selo, código de barras, o que couber); para posterior avaliação da auditoria do Saúde Recife.
- A realização de procedimentos especiais em Pronto Socorro, como por exemplo o acesso vascular central por cateter, será passível de cobrança somente quando houver compatibilidade entre o quadro/morbididade do beneficiário que exija a realização de tal conduta;
- A utilização de materiais deve estar relacionada à pertinência das indicações e prescrição (adequação da quantidade).

II.3.3.3. Taxas de Equipamentos e Serviços

- Constituem a cobrança e pagamento por serviços prestados, uso de aparelhagem em ambiente hospitalar.
- O Saúde Recife **cobre** a Taxa de Observação e Repouso em Pronto Socorro, a Taxa de Sala Ambulatorial e a Taxa de Colocação de Aparelho Gessado, sujeitas ao cumprimento das regras estabelecidas neste documento. Assim, quaisquer outras taxas de serviços que não as constantes deste documento não poderão ser cobradas ao Saúde Recife sem prévia negociação/autorização entre as partes;
- O Saúde Recife **não cobre** Taxa de Observação e Repouso na Urgência/Emergência quando ocorrer internação hospitalar subsequente decorrente do atendimento inicial de Urgência/Emergência, uma vez que será paga a diária hospitalar correspondente (nestes casos, configura pagamento em duplicidade por acomodação do beneficiário), aplicação de medicamentos que não requeiram observação (IM, IV exclusivo, SC e VO) e, também, para espera de resultados de exames;
- O Saúde Recife **não cobre** TAXAS SUPERPOSTAS, seja pelo tipo do procedimento realizado, seja por ambiente. Exemplo: Se no mesmo atendimento o beneficiário realizar uma sutura e uma sondagem vesical, será paga apenas uma taxa, desde que negociada.
- O Saúde Recife **não cobre** TAXA PARA ACOMPANHAMENTO de beneficiário em Observação e Repouso em Pronto Socorro;
- O Saúde Recife **cobre** somente a Taxa de Sala para Colocação de Aparelho Gessado, que inclui os equipamentos/instrumental para colocação do gesso e o serviço técnico profissional. Não poderá ser cobrada para a retirada de aparelho gessado.

II.3.3.4. Taxas de Sala Ambulatorial

É coberta pelo Saúde Recife somente quando houver ambiente específico para tal e para a realização dos seguintes procedimentos:

- Cirurgia ambulatorial de pequeno porte (sem porte, portes 0 (zero) ou 1(um));
- Suturas passíveis de realização em ambulatório;
- Drenagem de abscesso.

Observações:

- Os insumos (material e medicamento) somente poderão ser cobrados na modalidade conta aberta;
- Não será permitida a cobrança de taxa de sala para procedimentos realizados no mesmo ambiente do consultório.

Itens Inclusos nas Taxas de Sala Ambulatorial:

- Equipamentos e instrumentais;
- Roup rias e EPI;
- Serviços de enfermagem inerentes ao procedimento realizado;
- Preparo integral do beneficiário;
- Carrinho de urgência devidamente equipado;
- Danos e reposições de instrumentais cirúrgicos definitivos.

II.3.3.5. Gás Medicinal

- A cobrança e o pagamento dos gases medicinais se d o por minuto/uso, mediante comprovação efetiva da indicação (prescrição médica), registro da utilização no documento de atendimento (prontuário, ficha anestésica ou outros), data e horário do início e término da aplicação dos mesmos registrados pelo profissional de enfermagem e evoluído no prontuário.
- Na utilização por hora/minuto de gasoterapia, nenhuma outra cobrança poderá ser adicionada, visto que estes valores já estão embutidos em seus custos (perda de gás pela tubulação, aquecimentos, manutenção de seus reservatórios – torpedos e/ou central – válvulas de pressão, borracha de látex para inalações e/ou quaisquer outras conexões etc.).
- No pagamento da nebulização por aplicação está incluso o material e os medicamentos: berotec, atrovent, soro fisiológico e oxigênio.

II.4. Atendimento Ambulatorial

II.4.1. Consulta Eletiva

Trata-se do atendimento prestado, com horário marcado, ao beneficiário do Saúde Recife em consultório, ambulatório de hospitais ou clínicas, com a realização da anamnese, do exame físico, emissão de parecer (diagnóstico/hipótese diagnóstica), instrução, opinião ou recomendação sobre a queixa, sintomas e



sinais do beneficiário, prescrevendo, quando necessário, exames complementares de diagnóstico e/ou tratamentos adequados.

A anamnese, o exame físico, a conclusão diagnóstica, o prognóstico e a prescrição terapêutica caracterizam, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período).

Nas consultas eletivas, não serão cobradas pelo credenciado taxas, materiais ou medicamentos. Nas especialidades praticadas e cobertas pelo Saúde Recife, para consultas eletivas, o limite inicial para efeitos de regulação é de até 02 (duas) consultas/beneficiário/mês em especialidades diferentes, que deverão ser solicitadas pelo prestador no sistema informatizado do Saúde Recife.

O prestador assistente que identificar a necessidade de o beneficiário realizar consultas eletivas extras deverá fornecer ao beneficiário o encaminhamento para a especialidade necessária, acompanhado de exames e justificativa. Estes documentos deverão ser anexados à solicitação de consulta no sistema, que terá o prazo de até 3 (três) dias úteis para fins de autorização. Para fins de cobrança, não serão remunerados os retornos de consultas eletivas para verificação de exames ou avaliação de procedimento(s) realizado(s) que caracterizem continuidade do atendimento ou consulta anterior. O retorno da consulta é o ato decorrente da necessidade de reavaliação diagnóstica, análise de exames e/ou terapêutica, dando continuidade ao ato médico inicial. Portanto, não havendo modificação de sinais e sintomas que alterem o quadro da consulta inicial, a consulta posterior, inferior a 30 (trinta) dias, será considerada subsequente e não uma nova consulta para efeito de remuneração. Não será considerado consulta, para fins de remuneração, os atendimentos para a emissão de declarações de comparecimento e atestados.

II.4.2. Consulta Nutricional

A consulta nutricional compreende a realização de atendimentos com o nutricionista, para que, por meio dos métodos objetivos e subjetivos aplicáveis, possam ser identificados distorções/distúrbios nutricionais, com vistas a possibilitar uma intervenção adequada, de forma a poder auxiliar a recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo, por meio da associação de vários indicadores para garantir a precisão e a acurácia do diagnóstico nutricional. A cobertura deste atendimento dar-se-á em observância aos requisitos a seguir listados:

- Caberá ao nutricionista planejar e organizar o Plano de Assistência em Nutrição, informando inclusive a periodicidade do atendimento (total de consultas e intervalos previstos), a sua efetividade e resolutividade para o beneficiário, estritamente de acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do beneficiário.



II.4.3. Regras Gerais para Fluxo de Atendimento em Consultas Eletivas

Todas as consultas eletivas, sejam de clínica básica ou especializadas, deverão ser solicitadas no sistema eletrônico do Saúde Recife, quer sejam originárias da procura direta ou encaminhadas por outros especialistas. O sistema informatizado verificará se o beneficiário atingiu o seu limite mensal de consultas eletivas para fins de regulação, de acordo com as normas do sistema Saúde Recife. Caso o limite mensal do beneficiário tenha sido atingido, o sistema emitirá uma mensagem informando sobre o impedimento para a realização de consulta eletiva naquele momento, pois o prestador não poderá imprimir a guia da consulta e, conseqüentemente, não haverá confirmação para pagamento da referida guia. Caso o prestador verifique no sistema a ocorrência de não liberação de consulta eletiva, deverá anexar o encaminhamento/justificativa/laudo da consulta extra. O Credenciado jamais deverá solicitar consulta extra por telefone ou outro meio de comunicação ao Saúde Recife. Caso haja a necessidade de consulta extra, esta solicitação deverá ocorrer antes da data de atendimento pelo prestador.

Portanto, torna-se obrigatório para a realização de consultas eletivas a solicitação destas no sistema informatizado do Saúde Recife para posterior atendimento, evitando assim desgastes entre beneficiário e credenciado, uma vez que sobre estes atendimentos serão cobrados coparticipação do beneficiário. O prazo para confirmação da consulta eletiva no sistema informatizado do Saúde Recife é de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da autorização e não da realização da consulta. Portanto, o credenciado só deverá solicitar as consultas no sistema se existirem vagas para atendimento do beneficiário dentro de um prazo máximo de 30 dias. Caso o credenciado não tenha disponibilidade de agenda dentro deste prazo, deverá informar ao beneficiário qual o período para retornar o contato e solicitar o agendamento.

A consulta médica psiquiátrica deverá ser solicitada por médico assistente para acompanhamento ambulatorial e/ou em casos de risco: fragilidades emocionais e psíquicas, realizadas por profissionais da rede credenciada, conforme regra de limite, destinada aos beneficiários com patologias psiquiátricas. A consulta de psicologia deverá ser solicitada por médico psiquiatra. A solicitação da consulta em nutrição deverá ser solicitada por médico assistente.

II.4.4. Especificidades para Consulta Médica em Oftalmologia

No atendimento ambulatorial, a consulta oftalmológica padrão inclui: anamnese; refração; exame das pupilas; acuidade visual; retinoscopia; ceratometria; fundoscopia; biomicroscopia do segmento anterior; exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático, não cabendo cobrança em separado. Para autorização dos exames oftalmológicos que não fazem parte da consulta eletiva inicial, o médico assistente deve encaminhar, acompanhado da solicitação, uma



justificativa para análise da regulação médica especializada, e o exame só deverá ser agendado e realizado quando o prestador verificar a autorização no sistema.

Em relação à realização dos exames oftalmológicos e pré-operatórios, serão considerados para fins de autorização somente aqueles constantes no rol do Saúde Recife e no protocolo de exames oftalmológicos e suas indicações, segundo a FECOOESO, SBO e a Resolução CFM nº 2.293/2021 e seu Art. 1º b - “admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas Sociedades Brasileiras de Especialidades em conjunto com a Associação Médica Brasileira”.

A reconsulta para acompanhamento do beneficiário diagnosticado com glaucoma, antes de 01 (um) ano, deve ser acompanhada de relatório do médico assistente com justificativa técnica detalhada. Para autorização de procedimentos/exames em oftalmologia que não fazem parte da consulta inicial eletiva é necessária a correlação entre a hipótese diagnóstica e a indicação absoluta, sendo necessária a solicitação no sistema para posterior realização deste, devendo estar de acordo com o protocolo de exames complementares em oftalmologia da FECOOESO, SOB. Para liberação dos procedimentos cirúrgicos é necessária a solicitação e a apresentação dos exames pré-operatórios, e estes devem estar de acordo com o protocolo de exames pré-operatórios por tipo de cirurgia oftalmológica.

A solicitação de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos deve ser realizada na guia de solicitação de procedimento do Saúde Recife, que deverá ser encaminhada no Sistema informatizado do Saúde Recife, acompanhada dos exames complementares e da justificativa médica para a solicitação do procedimento. Somente após a liberação/autorização da cirurgia/procedimento, pela perícia médica oftalmológica, no sistema, o credenciado poderá agendar a cirurgia/procedimento.

As autorizações dos procedimentos cirúrgicos eletivos seguem um cronograma de solicitação; portanto, procedimentos que necessitem de maior agilidade para análise da regulação médica devem ser acompanhados de justificativa do médico assistente.

II.5. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

Entende-se por SADT os procedimentos realizados como recurso diagnóstico, com o objetivo de fornecer subsídios para que o médico assistente possa firmar um diagnóstico e auxiliar na decisão do recurso terapêutico a ser utilizado na cura, remoção ou controle da patologia. Os exames auxiliares de diagnóstico e terapia têm como finalidade a comprovação de uma hipótese diagnóstica, fundamentada na análise clínica do beneficiário (complementares ao raciocínio clínico e não sendo uma forma de diagnóstico) ou podem ser utilizados para identificar determinada patologia.



A solicitação dos exames deverá estar subordinada a um objetivo clínico (indicação). O formulário de solicitação deverá ser devidamente preenchido com os dados do beneficiário e justificativas pertinentes. O profissional deverá justificar a indicação, através de relatório técnico (guia de solicitação de exames), para fins de análise e autorização da Central de Regulação do Saúde Recife.

Os exames complementares solicitados deverão ter relação com o quadro clínico real do beneficiário (eletivo ou de urgência/emergência), de modo a permitir o diagnóstico correto e as intervenções requeridas (conduta terapêutica, realização de procedimento, observação, encaminhamento, internação).

II.5.1. Regras Gerais Específicas para Exames (SADT)

- Nos exames que necessitem de utilização de contraste, deverá constar na requisição médica e deverá ser cobrado em separado de acordo com o valor do Brasíndice da competência da realização do procedimento, pelo preço de Fábrica e no volume recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.
- O radiofármaco, essencial na realização de qualquer procedimento de Medicina Nuclear, é considerado um insumo e não um material ou medicamento. Deve ser cobrado em separado de acordo com o valor do Brasíndice da competência da realização do procedimento, pelo preço de Fábrica e no volume recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.
- Os procedimentos complementares de diagnose e tratamento em que são utilizados contrastes, radioisótopos ou outros materiais especiais necessários à sua realização deverão estar descritos. O laudo deverá estar disponível para análise técnica e comprovação do uso do contraste, radioisótopos ou outros materiais especiais utilizados para fins de pagamento.
- Para utilizar contraste não iônico, a solicitação deverá estar justificada e deverá ser previamente autorizada pelo Saúde Recife.
- Os materiais especiais (seringas, equipos especiais, extensores, bombas de infusão etc.), necessários para a administração de medicamentos especiais, deverão ter sua indicação e justificativa comprovada por meio de bulas ou protocolos reconhecidos por entidades da área de Saúde.
- Para materiais com valor unitário a partir de R\$200,00, são necessárias a solicitação e a autorização prévia. O prestador deve encaminhar, para fins de cobrança, o original da solicitação/autorização e anexar uma cópia ao prontuário médico.
- É vetado o acréscimo de procedimentos e de materiais especiais sem prévia liberação. Qualquer alteração de procedimento/material especial, necessita, obrigatoriamente, de autorização prévia do Saúde Recife.



- No caso dos exames radiológicos, o pagamento dos honorários médicos cabe somente ao profissional especializado, ao radiologista.
- Não se paga taxa de sala para exames de Raios-X, Ultrassonografia (USG), Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM); A exceção é para a radiologia intervencionista, desde que o pagamento ocorra em conta aberta.
- USG Obstétrica em Gestação Múltipla paga-se por feto, aplicando 100% para um e 70% para os demais fetos, na regra de redutor.
- Quando realizado exames de USG, TC, RM em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o de maior valor em 100% do valor previsto, e em 70% do valor de cada um dos demais exames realizados.
- Para a realização de determinados exames, a participação do anestesista está condicionada à solicitação antecipada do médico assistente, devidamente justificada. Quando autorizada, a participação do anestesista deve ser gerada uma guia de acompanhamento anestésico, que somente pode ser confirmada e cobrada pelo prestador de serviço.
- Quando houver necessidade da participação de anestesista em procedimentos que não há obrigatoriamente o concurso do anestesista (na CBHPM ou no rol de Procedimentos do Edital Credenciamento – Saúde Recife), esta deverá ser solicitada ao Saúde Recife pelo médico assistente, devidamente justificada. Caso não esteja autorizada previamente, estará sujeita a glosa.
- Nos atos médicos que não tenham honorários especialmente previstos para o anestesista, inclusive nos de Porte 0, a remuneração deste especialista será equivalente ao Porte 3 de acordo com a parametrização no Rol de Procedimentos do Edital Credenciamento – Saúde Recife, acordado com o prestador de serviço, só uma vez, desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente e com registro no prontuário do ato anestésico.
- Para os procedimentos diagnósticos múltiplos, realizados em um único evento, os atos médicos praticados pelo anestesista, quando devidamente autorizado, serão pagos pela quantidade de procedimentos, ou seja, 100% para o 1º e 50% do valor para os demais.

II.5.2. SADT Eletivos/Ambulatoriais

- Todos os exames para apoio e diagnóstico e terapêutico (SADT) eletivos ambulatoriais realizados em clínica ou policlínicas, básicas ou especializadas ou ainda em hospitais, desde que eletivos, deverão ser solicitados no sistema eletrônico do Saúde Recife.



- Caso o prestador verifique no momento da solicitação no sistema a não liberação do exame/procedimento, deverá realizar contato com a central de atendimentos do Saúde Recife, através do 0800 2812345 ou 3771-0152, para verificação do impedimento.
- É obrigatória, para realização de exames/procedimentos eletivos, a autorização prévia no sistema informatizado do Saúde Recife, evitando assim desgastes entre beneficiário e credenciado.
- A validade da guia é de 60 (sessenta) dias, a contar da data da autorização.
- Os exames considerados como de rotina, deverão ser autorizados previamente, por parte da equipe técnica da Central de Regulação do Saúde Recife para sua realização, desde que esteja dentro do limite anual e periodicidade para fins de regulação. Estes exames/procedimentos podem ser gerados no próprio credenciado através do sistema informatizado do Saúde Recife.
- Para fins de regulação, a solicitação de exames será avaliada pela equipe médica especializada de acordo com a complexidade. O Prestador deverá encaminhar antecipadamente a solicitação e demais documentações necessárias, encaminhada pelo médico solicitante. O agendamento e realização só deverão ocorrer por parte do credenciado quando verificada a sua autorização no sistema do Saúde Recife.

Classificação dos procedimentos quanto à obrigatoriedade do envio dos documentos necessários para análise da regulação/perícia médica:

- **Complexidade I:** Baixo Risco (Solicitação Médica)
- **Complexidade II:** Justificativa clínica (Por justificativa clínica entende-se: hipótese diagnóstica e/ou quadro clínico)
- **Complexidade III:** Relatório médico detalhado (Por relatório médico detalhado entende-se: hipótese diagnóstica, quadro clínico e tratamento já realizado, que fundamente o procedimento solicitado.)
- **Complexidade IV:** Relatório médico detalhado + exames
- **Complexidade V:** Relatório médico detalhado + exames + solicitação de OPME, quando pertinente, em documento específico.

Exames/procedimentos: O sistema Saúde Recife considera para fins de regulação por tipo e/ou quantidade por período, por beneficiário, titular ou dependente, os exames/procedimentos de diagnóstico e terapia especiais abaixo, devendo estes, quando solicitados, serem acompanhados de justificativa do médico solicitante para análise pela perícia médica de regulação:

- Polissonografia, eletroneuromiografia e potenciais evocados: 01 (um/ano);
- Citogenética ou imuno-histoquímica: 02 (dois/ano);
- Tomografia computadorizada: 02 (duas/ano);



- Ressonância nuclear magnética: 02 (duas/ano);
- Mapeamento cerebral e eletroencefalograma computadorizado: 02 (dois/ano);
- Medicina nuclear: 02 (dois/ano);
- Endoscopia digestiva alta, colonoscopia, retossigmoidoscopia: 02 (duas/ano);
- Litotripsia por ondas de choque: 02 (duas/ano);
- Ultrassonografia, incluindo ecografia: 06 (seis/ano);
- Hemodiálise e CAPD;
- Quimioterapia.

Indicações de solicitação de suporte anestésico para exames de imagem realizados em atendimento ambulatorial:

- Menores de 18 anos de idade;
- Maiores de 60 anos;
- Beneficiários com necessidades especiais;
- Beneficiários com alergia a iodo, devidamente comprovados por teste alérgico, quando for utilizar contraste iodado (não se refere ao contraste paramagnético e contraste não iodado);
- Beneficiários com claustrofobia, de acordo com solicitação médica.

II.5.3. SADT de Urgência/Emergência

- Não deverão ser solicitados exames que não se coadunem com a real condição que caracteriza uma situação de urgência ou emergência do beneficiário, exames de caráter ambulatorial eletivo ou exames para realização de *check-up*. Esta situação pode ser passível de glosa total, após avaliação técnica e científica da auditoria médica;
- Devem ser emitidas solicitações legíveis, com a devida justificativa clínica, diagnóstico ou hipótese diagnóstica, para análise do médico regulador, evitando informações vagas;
- Os exames complementares solicitados nos serviços de urgência/emergência necessitam de autorização, devendo ser solicitados por meio do sistema informatizado do Saúde Recife;
- Caso o beneficiário retorne para o atendimento de urgência/emergência pela morbidade que gerou o primeiro atendimento dentro de 24 horas após o primeiro atendimento de urgência, vale referir que para o segundo atendimento não cabe cobrança de nova consulta.

Protocolo operacional para a realização de exames, solicitados no serviço de urgência/emergência:

- Se realizados no próprio local de atendimento, deverão ser inseridos na Solicitação Guia SP/SADT e Incluir Exames Simples.

- Quando realizados fora do serviço de urgência onde o beneficiário está sendo atendido, o serviço deverá fornecer ao Prestador que irá realizar o atendimento a Guia de Solicita o de Exames com o registro da requisita o médica. O Prestador que realizar o exame deverá solicitar Guia no sistema informatizado do Saúde Recife.

O Saúde Recife não cobre, para realiza o no atendimento de urgência/emergência, exames de caráter eletivo, tais como os listados a seguir:

- Colesterol Total, HDL e LDL;
- Triglicer dios;
- Lipidograma;
- Sorologias, incluindo para Dengue;
- Parasitológico de Fezes;
- Imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, IgE);
- Dosagem de hormônios T3, T4, TSH e Beta HCG;
- Urocultura;
- E outros equivalentes.

As autorizações poderão ser visualizadas diretamente no Sistema informatizado do Saúde Recife e quaisquer d vidas poderão ser esclarecidas diretamente na Central de Atendimento do Saúde Recife de segunda a domingo (7/24h).

II.5.4. SADT para Beneficiários Internados

- Todo exame para beneficiário internado deverá ser solicitado pelo médico que o atende de forma contínua (médico assistente clínico ou cirurg o) ou de forma provisória/complementar (especialistas, intensivistas, urgentistas).
- Em qualquer solicita o de exame o médico deverá justificar a indica o, através de relatório técnico, para análise e autoriza o dos médicos reguladores, preenchendo a Guia de Solicita o de Exames na sua completude e de forma legível.
- Todos os exames de medicina laboratorial, imagem e métodos gráficos solicitados devem ter indicações claras, de modo a permitir avaliar a real necessidade do exame.
- Em relação   frequência de realiza o de um mesmo exame(s), e independentemente do local de acomoda o do beneficiário (enfermaria ou UTI), a repeti o deles somente terá a cobrança diária acatada se guardar uma estreita relação com a morbidade e condi o clínica do beneficiário. A frequência mínima esperada para repeti o de exames de rotina é a cada 02 (dois) dias.
- Nos beneficiários internados, todos os exames deverão ser solicitados para a Central de Regula o do Saúde Recife para a realiza o, e s  deverão ser lançados no sistema eletrônico para cobrança após a autoriza o destes.



- US Obstétrica em Gestação Múltipla e beneficiário internado, paga-se por feto, aplicando o redutor (100% e 70%).
- A guia de acompanhamento anestésico em beneficiário internado somente poderá ser confirmada pelo prestador de serviço.

II.6. Procedimentos em Geral

Todo procedimento deverá ser solicitado em documento padronizado, o Formulário de Solicitação de Eventos disponível no site do Saúde Recife, contendo todas as informações solicitadas e legíveis, destacando a descrição clara e objetiva do quadro clínico (sinais e sintomas), resultado de exames complementares realizados e outros aplicáveis, que corroborem o diagnóstico ou hipótese diagnóstica.

Os procedimentos cobertos pelo Saúde Recife encontram-se listados no Rol de Procedimentos do Edital Credenciamento - Saúde Recife, vigente, com codificação CBHPM e valoração própria.

II.6.1. Procedimentos de Urgência

- Caso haja realização de procedimentos tais como pequenas cirurgias, suturas, colocação de aparelho gessado, drenagem de abscesso e outros necessários, eles terão que ser identificados e cobrados na guia SP/SADT, com descrição sumarizada do procedimento realizado.
- No caso de suturas, é obrigatória a descrição da extensão da lesão, tamanho e localização anatômica. As suturas plásticas reparadoras devem vir acompanhadas da descrição cirúrgica, e as tenorrafias e neurorrafias somente poderão ser realizadas em ambulatório por profissional devidamente qualificado.

II.6.2. Procedimentos Eletivos

A solicitação de qualquer procedimento coberto pelo Saúde Recife para realização em regime de internação deverá basear-se em dados clínicos consistentes, apoiados em resultados de exames complementares que os corroborem e na real necessidade do tratamento do beneficiário neste regime.

Todo procedimento eletivo solicitado deverá estar relacionado à especialidade do médico assistente do beneficiário. Os procedimentos clínicos ou cirúrgicos de **CARÁTER ELETIVO** deverão ser solicitados no Formulário de Solicitação de Eventos disponível no site do Saúde Recife e serão submetidos à avaliação da auditoria médica de regulação do Saúde Recife. O anexo da Guia solicitada no Sistema deverá conter solicitação do médico assistente, acompanhado de laudos, relatórios e resultados de exames complementares, para realização do processo regulatório de pré-autorização, que pode incluir perícia presencial. A solicitação tem a validade de 60 (sessenta) dias a partir da data de autorização.



A análise da regulação médica sobre a pertinência do procedimento solicitado ocorrerá de acordo com a data de inclusão da solicitação no sistema, e o resultado desta análise será informado no sistema.

O prestador que realizará o procedimento/exame deve verificar a autorização deste no sistema para realizar o agendamento. Somente após esta verificação e na data da realização, o prestador deverá solicitar a assinatura do beneficiário na Guia autorizada, que deverá ser impressa pelo prestador.

Para realização de procedimento em beneficiário oriundo do atendimento de urgência/emergência, a solicitação da internação/procedimento(s) deverá ser solicitada em formulário próprio e no Sistema informatizado do Saúde Recife em até 12h após o atendimento.

As solicitações, independentemente do tipo de internação (clínica, cirúrgica, eletiva ou de urgência) e do ambiente hospitalar em que o beneficiário será acomodado (enfermaria ou UTI), serão submetidas à análise técnica do setor de regulação do Saúde Recife.

Pré-requisitos para Autorização de Procedimentos pela Central de Autorização do Saúde Recife:

Os pré-requisitos para autorização dos procedimentos solicitados constantes da Tabela do Saúde Recife são parte obrigatória destas solicitações. A ausência pode ser impeditiva da autorização, temporária ou definitivamente.

Tipos de Relatórios	Informações Complementares
Internações Clínicas Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchida (incluindo a descrição do código do procedimento, conforme codificação da Tabela do Saúde Recife), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento.	- Resultados de exames de laboratório, imagem, anatomopatológico. - Relatório de especialista. - Previsão da duração do tratamento.
Internações Cirúrgicas Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchida (incluindo a descrição do código do procedimento, conforme codificação da Tabela do Saúde Recife), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e	- Descrição das lesões (localização, quantidade, dimensões etc.). - Resultado de exames complementares pré-operatórios (imagem, laboratório, anátomo patológico, e outros... QSA*). - Resultado de exames



Tipos de Relatórios	Informações Complementares
justificativa para a realização do procedimento (indicação da cirurgia).	Pré-operatório, indicação do uso de OPME e Especificação da Órtese e Prótese – QSA* (cirurgia ou exame invasivo).
Órtese e Prótese Cirúrgica* Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchido (incluindo a descrição do código do procedimento, conforme codificação da Tabela do Saúde Recife), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento, encaminhada para o médico perito (eletivo) ou para Central de Regulação do Saúde +. Solicitação para o fornecimento de Órtese e Prótese em formulário Específico para este tipo de solicitação, acompanhado da solicitação cirúrgica para o médico perito (eletivo) ou para Central de Regulação do Saúde Recife (urgência/emergência).	- Especificação clara da(s) OPME de acordo com RESOLUÇÃO CFM N° 2.318/2022. Observação: Os materiais /PME serão cotados com os fornecedores cadastrados pelo sistema Saúde Recife.
Oftalmologia Guia de Solicitação de Procedimento/SADT - Devidamente preenchida (incluindo a descrição do código do procedimento conforme codificação da Tabela do Saúde Recife), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento/SADT + descrição do exame oftalmológico complementar.	- Exames oftalmológicos e pré-operatórios, serão considerados para fins de autorização somente aqueles constantes do protocolo de exames oftalmológicos e suas indicações, segundo a FECOOESO, SBO e a Resolução CFM n° 1.642/2002. - Solicitação para uso de OPME (QSA*).
Material e Medicamento Especial Relatório médico com solicitação e	- Uso de Órtese e Prótese (QSA*).

Tipos de Relatórios	Informações Complementares
justificativa consubstanciada para uso do medicamento e/ou material especial.	
Terapias Seriadas (beneficiário internado) Relatório médico com solicitação, justificativa consubstanciada e indicação para realização do procedimento + previsão de duração do tratamento.	- Relatório médico com solicitação e justificativa de prorrogação do tratamento + evolução clínica.
Exames Relatório médico com solicitação, justificativa detalhada do médico assistente e indicação para realização do exame.	- Resultado de exames anteriores de imagem, laboratorial e anatomopatológico e outros (QSA*).

**Quando se Aplicar*

Observações Gerais sobre Procedimentos:

- A autorização do procedimento não dispensa auditoria pr -paga, com base nos relatórios e demais documentos previstos pelo Saúde Recife.
- As orientações gerais em procedimentos cirúrgicos compreendem regras e parâmetros aplicáveis aos atos cirúrgicos em geral, independentes da especialidade.
- Os procedimentos cirúrgicos incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do beneficiário no hospital, até 10 dias após o ato cirúrgico.
- Nos procedimentos que sejam necessários o uso de  rteses, próteses e materiais especiais, estes deverão ser solicitados em formulário próprio – Solicitação de PME, incluindo apenas o nome, especificação do produto e a sua quantidade. A marca e fabricante não serão determinantes da cotação e aquisição da PME. Somente são autorizados pelo Saúde Recife, materiais nacionais ou nacionalizados que estiverem de acordo com as normas e liberações vigentes da ANVISA (registro e validação da situação deste tipo de produto).
- Para a remuneração de qualquer procedimento solicitado deverá ser gerada uma guia no sistema informatizado.
- A remuneração dos serviços se d  exclusivamente através dos valores das guias do sistema informatizado devidamente confirmadas e entregues



dentro dos prazos estabelecidos pelo Saúde Recife. A não observação e cumprimento das cláusulas contratuais de prazo ocasionará o não pagamento dos serviços realizados.

III. Remuneração e Itens de Custo

III.1. Honorários Profissionais

É o pagamento do procedimento executado pelo profissional responsável pelo atendimento do beneficiário.

III.1.1. Regras Gerais para Honorários

- Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, realizados em caráter de urgência/emergência, quando executados das 19:00 às 07:00 horas de segunda a sexta-feira e em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados oficiais (contados do início da cirurgia), farão jus a um adicional de 30% ao valor de seu porte. A confirmação do horário da realização do procedimento se fará através do prontuário médico e auditoria externa.
- Os honorários dos atendimentos em horários especiais serão pagos, desde que:
 - O atendimento requeira de fato realização em horário especial por indicação absoluta da condição do beneficiário, e não por conveniência da equipe;
 - Os registros do atendimento estejam em conformidade com o exigido;
 - As informações sejam comprobatórias da realização do serviço na sua completude (dados obrigatórios assentados no prontuário do beneficiário).
- Não serão acrescidos 30% sobre consultas médicas, visitas hospitalares, plantonista de UTI, tratamento conservador de fraturas, SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia) e honorários médicos de cirurgias eletivas.

III.1.2. Honorários do Plantonista Urgentista

- Apenas consultas devidamente assinadas têm validade para fins de apresentação, cobrança, controle e processamento da produção.
- Em hipótese alguma serão aceitas rasuras ou acréscimos ao prontuário/ficha clínica sem a devida identificação do profissional que atendeu/prescreveu.
- Quando no atendimento de urgência/emergência o beneficiário realizar consulta e procedimento ao mesmo tempo, caberá o pagamento da consulta em pronto socorro + o procedimento, desde que não seja na forma de pacote.



- Os honorários profissionais no atendimento por meio de pacote estão inclusos neste somente o correspondente ao da consulta. Qualquer procedimento realizado no atendimento do beneficiário (pequena cirurgia, drenagem de abscesso, retirada de corpo estranho e assemelhados) terá o honorário profissional pago   parte (excluso do pacote).

III.1.3. Honorários do Anestesista

Regras Gerais:

- A consulta de anestesia compreende a avaliação pré-anestésica antes da admissão do beneficiário na unidade hospitalar, incluindo as principais ferramentas/etapas do diagnóstico clínico – anamnese e exame físico, podendo ser auxiliados pelos exames complementares, o que exclui a visita pr -anestésica imediatamente   execução da anestesia (beneficiário já internado). Para a realização da consulta pré-anestésica para as cirurgias eletivas em ambiente hospitalar e em beneficiário sob anestesia, faz-se necessário a prévia autorização da Regulação do Saúde Recife, por meio do seu médico regulador.
- Quando for solicitada ou necessária consulta com o anestesiolologista, em consultório próprio do profissional, previamente   internaa  o, o anestesista fará jus à remuneração equivalente a uma consulta pré-anestésica no valor vigente do Saúde Recife.
- Os honorários do anestesista mant m correspondência com os portes dos atos cirúrgicos.
- O ato anestésico se inicia com a visita pr -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 em que o beneficiário tenha indicação de seguimento em UTI.
- Os portes atribuídos aos atos do anestesiolologista(s) referem-se exclusivamente à intervenção pessoal deste especialista, livre de quaisquer despesas, aqueles referentes a agentes anestésicos, analgésicos, drogas, materiais descartáveis, oxigênio etc., empregados na realização do ato anestésico.
- Na valoração dos portes constantes de anestesia estão inclusos a anestesia geral, condutiva regional ou local, bem como a assistência do anestesiolologista. Nos procedimentos que não preveem este profissional, a solicitação será realizada pelo cirurg o com justificativa da necessidade do profissional anestesiolologista. Nos procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou

terapêuticos, tanto em regime de internat o como ambulatorial,   necessária a autoriza o prévia do Saúde Recife.

- Nos atos médicos que não tenham honorários especialmente previstos para o anestesista, inclusive nos de Porte 0 e nos Procedimentos Clínicos Hospitalares, a remunera o deste especialista será equivalente ao Porte 3, só uma vez, desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente e com registro no prontuário do ato anestésico.
- A utiliza o de anestesia loco regional com ou sem seda o e de anestesia geral com agentes anestésicos de elimina o rápida nas cirurgias de pequeno e médio porte, deverão ser realizadas sempre com retaguarda hospitalar.
- Para os atos anestésicos em caso de cirurgia bilateral, para o lado contralateral, os honorários médicos corresponderão a 70% do valor do procedimento (inexistindo código específico).
- Nos atos cirúrgicos em que haja indica o de interven o em outros órgãos através do mesmo or f cio natural, a partir da **MESMA VIA DE ACESSO** ou dentro da **MESMA CAVIDADE ANAT MICA**, o porte a ser atribuído ao trabalho do anestesiolgista será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.
- Quando a mesma equipe ou grupos diversos realizarem durante o mesmo ato anestésico procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos ou procedimentos cirúrgicos diferentes **ATRAVÉS DE OUTRAS INCISÕES** (exceto aquela complementar do ato principal) ou outros or f cios naturais, os portes relativos aos atos do anestesiolgista serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.
- Quando houver necessidade do concurso de anestesiolgista em atos odontológicos que não tenham seus portes especialmente previstos na Tabela Saúde Recife, a remunera o deste especialista será equivalente ao estabelecimento para o **PORTE 4**, por evento.
- No caso de cirurgia para a remo o de dente incluso, será remunerado o equivalente ao estabelecimento para o **PORTE 4** para o 1  dente e 50% para cada um dos demais, realizados no mesmo evento.
- Outros procedimentos realizados por dente, no mesmo evento, serão remunerados o estabelecido para o **PORTE 4** para o 1  dente e 50% para cada um dos demais.
- Para os atos AN7 e AN8 (porte anestésico) ou aqueles nos quais seja utilizada Circula o Extracorpórea (CEC) ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com dura o



acima de 6 horas, o anestesiolista responsável poderá, quando necessário, solicitar previamente o concurso de um auxiliar (também anestesiolista), sendo atribuido a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizados pelo anestesiolista principal.

- Quando for aplicada a sedação do beneficiário para realização de procedimentos que não possuem porte anestésico, deverá haver a justificativa técnica para a realização dela.

Regras Específicas

- Anastomoses para reconstrução de trânsito: Quando associadas a ressecções no mesmo tempo operatório, não são pagas   parte (integram a técnica do procedimento principal).
- Angiografias cerebrais: O pagamento será limitado a 3 angiografias por cateterismo seletivo.
- Angioplastias: Com uso de balão, pagamento de Porte 3. Em estudos vasculares (angiografias/arteriografias/flebografias), cada código contempla até 3 vasos estudados.
- Artroplastia de quadril: Inclui artrotomia, osteotomia e tenoplastia de tend o da região.
- Broncoscopia e laringoscopia: Broncoscopia não é considerada via de acesso na presença de lavagem brônquica. Havendo broncoscopia e laringoscopia no mesmo ato, a laringoscopia configura a via.
- Cirurgia por via endoscópica: Inclui qualquer procedimento realizado no mesmo ato.
- CPRE com papilotomia: A CPRE é inerente   execução da papilotomia.
- Cranioplastia: Deverá ser cobrada quando há uso de material de síntese ou enxerto ósseo.
- Curetagem uterina (CUF) e p s-abortamento: Inclui biópsia endometrial e dilatação cervical.   excludente a cobrança de curetagem p s aborto com aspiração manual intrauterina - AMIU.
- Curativos especiais/pressão negativa (vácuo): Considerados incluídos quando vinculados a outros atos. São remuner veis apenas quando constituírem procedimento único e específico.
- Dermatocalaze: Incluída nas correções palpebrais.
- Dermolipectomia abdominal: Correção de diástase dos retos e/ou hernioplastia umbilical simultâneas não são pagas, por integrarem o reforço da parede inerente   técnica.



- Derivação ventrículo-peritoneal (DVP): A laparotomia não poderá ser cobrada.
- Endoscopia diagnóstica e intervencionista: Atos diagnósticos enquadram-se como Porte 2; intervenções endoscópicas como Porte 3. Em endoscopias intervencionistas, aplica-se um único código, independentemente do número de intervenções (biópsia e/ou polipectomia). Múltiplas biópsias em um mesmo órgão/estrutura: a partir da segunda, remuneração em 50%.
- Endoscopia intervencionista específica: Tratamento endoscópico de megaesôfago deve ser substituído por “estenostomia endoscópica”, Porte 3, a 100%. Nariz em sela: Procedimentos de rinosseptoplastia, alongamento de columela e fratura de ossos nasais são excludentes.
- Enucleação de metástases hepáticas: Não serão admitidas múltiplas cobranças no mesmo ato.
- Enterectomia: Inclui enteroanastomose.
- Estenose laringo traqueal/traqueal: Quando a estenose é exclusivamente traqueal, aplica-se o código de traqueoplastia.
- Exames inerentes ao ato cirúrgico: Radioscopia, pielografia, ureteroscopia e cistoscopia estão incluídas quando realizadas com procedimento cirúrgico.
- Fechamento de colostomia: Inclui preparo de bordas; não se aplica cobrança de colectomia parcial.
- Fratura do colo femoral: Inclui artroplastia acetabular e osteotomias.
- Frenuloplastia: Incluída na postectomia.
- Hematoma intracraniano: O tratamento cirúrgico abrange craniotomia descompressiva; códigos são excludentes entre si.
- Hérnia discal: A cirurgia inclui foraminoplastia, microdiscectomia, laminectomia e descompressão. Descompressão é paga uma única vez por unidade topográfica (cervical, torácica ou lombossacra), será paga se não estiver relacionada diretamente ao procedimento principal; o mesmo vale para o tratamento de canal estreito. Laminectomia está inclusa na descompressão, em alguns casos esta pode ser via de acesso em cirurgias de Trauma Raquimedular, estando inclusa.
- Hérnia encarcerada: Descrição deve evidenciar alça, epíplon ou outro órgão encarcerado no saco herniário.
- Herniorrafia: Reconstrução de parede será paga quando houver relato de perda tecidual com enxerto ou prótese.
- Herniorrafia umbilical por vídeo: Nos procedimentos realizados por videolaparoscopia, é pertinente a cobrança da Herniorrafia umbilical, apenas quando existir a descrição da redução do saco herniário.



- Histerectomia ampliada/radical: Inclui anexos, omentectomia e ressecção do terço superior da vagina (colpectomia). Linfadenectomia pode ser cobrada conforme descrição/código pertinente.
- Histerectomia total abdominal: Será considerado Porte 5 e inclui anexectomia (salpingectomia e ooforectomia).
- Histerectomia vaginal: Engloba correção de defeito lateral, culdoplastia e colpoperineoplastia anterior/posterior.
- Histeroscopia cirúrgica: Se houver descrição do procedimento com uso do ressectoscópio será Porte 4. Remoção de pólipos/corpo estranho com cureta é Porte 4. Sem intervenção ou apenas biópsia (mesmo com cureta) é Porte 2.
- Insucesso em hemodinâmica: Cobrança em Porte 3.
- Laparotomia: Será considerado como exploradora quando houver descrição do inventário da cavidade em casos de urgência ou em cirurgia oncológica para estadiamento. Será pago o procedimento fim, quando houver concomitância a outros procedimentos.
- Linfadenectomia: Aplicado quando há remoção cirúrgica de um ou mais grupos de linfonodos, nunca para a retirada de apenas 1 linfonodo.
- Nefrectomia radical: A adrenalectomia está inclusa. Linfadenectomia retroperitoneal pode ser cobrada se devidamente descrita.
- Nefrolitotripsia com nefrostomia: Em casos com cálculos volumosos, a nefrostomia está incluída (etapa mandatória de drenagem).
- Neurorrafias/tenorrafias associadas a fratura: Somente remuneráveis quando minuciosamente descritas (não apenas mencionadas).
- Nódulos mamários guiados por estereotaxia: Não cabe pagamento de quadrantectomia; utilizar exérese de nódulo em mama (Porte 2), por nódulo.
- Procedimentos inclusos: Doppler, radiografia e avaliações transoperatórias. Pagamento pertinente para flebografia de posicionamento e controle.
- Prostatectomia/prostatovesiculectomia: Inclui uretroplastia posterior.
- Prótese traqueal/traqueobrônquica: Cobrança em Porte 5, quando a descrição contemplar traqueostomia será Porte 3.
- Reconstrução craniana: Só deverá ser cobrada quando houver indicação específica.
- Reconstrução do assoalho pélvico: Inclui colpoperineoplastia.
- Reconstrução mamária: A simples aproximação de tecido adiposo mamário não caracteriza reconstrução. Não remunerar quando a descrição indicar apenas aproximação de retalho glandular.
- Redução incruenta de fratura: Sutura não é remunerada à parte.



- Ressonância magnética craniana com espectroscopia: Cobrança por código único específico.
- Retirada cirúrgica de cateter: Pagamento restrito a cateter “totalmente implantável”.
- Retirada de duplo J: Não é paga quando concomitante a outro procedimento no mesmo ureter; remuneração apenas quando finalidade exclusiva.
- Retirada de síntese: No mesmo membro do procedimento principal, não é paga (exceção: retirada de fixador externo).
- Revascularização do miocárdio: Preparo da artéria mamária está incluído no procedimento.
- Segmentectomia/lobectomia/pneumonectomia: A descorticação pulmonar é considerada via de acesso, exceto se realizada em segmentos distintos no mesmo tempo cirúrgico ou nos casos de empiema/enclausuramento pulmonar.
- Trombectomias: Remuneração será por vaso tratado e por exame de controle.
- Vias aéreas: Laringoscopia, traqueoscopia e broncoscopia são Porte 2 quando diagnósticas e Porte 3 quando intervencionistas.

Acompanhamento Anestésico:

- A cobrança dos honorários de acompanhamento anestésico de procedimentos que não possuem porte anestésico previsto na Tabela de Procedimentos do Saúde Recife, deverá ocorrer exclusivamente em guias do Saúde Recife, previamente solicitado pelo médico assistente e solicitante do procedimento, devendo estar autorizado, com os códigos e valores do rol de procedimentos do Saúde Recife.

Porte	Código	Procedimentos
Acompanhamento Anestésico – Porte 1	90000001	Anestesia nos procedimentos clínicos ambulatoriais, exames específicos e testes para diagnóstico
Acompanhamento Anestésico – Porte 2	90000002	Raios-X, Ultrassonografia, Tomografia computadorizada, Endoscopia diagnóstica, Medicina nuclear

Porte	Código	Procedimentos
Acompanhamento Anestésico – Porte 3	90000004	Ressonância magnética, Endoscopia intervencionista, Angioradiologia, radioterapia externa
Acompanhamento Anestésico – Porte 0	90000003	Procedimentos sem porte anestésico (não previsto), procedimentos clínicos ambulatoriais

- Para testes diagnósticos, os atos médicos praticados pelo anestesista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados só uma vez, desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente, autorizada pelo Saúde Recife e com registro no prontuário do ato anestésico.
- Cabe ao anestesista verificar, antes de realizar o procedimento para o qual não há previsão/obrigatoriedade de participação do anestesista, se o acompanhamento anestésico foi autorizado. Somente os autorizados através da guia de acompanhamento anestésico poderão ser apresentados ao Saúde Recife para cobrança.
- Quando houver necessidade do concurso de anestesista em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos na classificação de honorários médicos referência/ Rol de Procedimentos do Edital de Credenciamento do Saúde Recife, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecimento para o PORTE 3.
- Quando houver necessidade do concurso de anestesista, nos atos médicos diagnósticos (inclusive endoscópicos) praticados por esse profissional, estes serão valorados pelo porte 2, os terapêuticos pelo porte 3 e os diagnósticos + terapêuticos (inclusive endoscópicos intervencionistas) pelo porte 3. Portanto, paga-se o correspondente a apenas um porte anestésico, não importando o tempo de duração nem a simultaneidade com outro procedimento.

Fluxo de Cobrança de Honorários do Anestesista:

- Nos casos em que o procedimento possua porte anestésico, os honorários médicos serão cobrados na guia do sistema informatizado do Saúde Recife. Para fins de cobrança, a senha de origem do procedimento será disponibilizada pelo hospital para o anestesista.
- A cobrança deverá ocorrer mediante a geração da guia contendo os honorários médicos no sistema informatizado do Saúde Recife.



- O prestador deverá entregar ao anestesista, para fins de cobrança, a guia de internação hospitalar ou de exames realizados, a descrição cirúrgica ou do procedimento, que, juntamente com a ficha anestésica constando data e hora do procedimento, deverão ser entregues pelo anestesista no prestador de serviço, como condição para o faturamento da conta junto ao Saúde Recife.
- Caso a guia do honorário do anestesista não seja gerada durante uma internação, o que pode ocorrer em procedimentos de urgência, será de inteira responsabilidade do anestesista solicitar ao prestador o número da guia que foi posteriormente autorizada para o procedimento (guia de autorização que será gerada em até 12h após o atendimento).
- Somente procedimentos autorizados poderão gerar cobrança de honorários do anestesista. Caso ocorra mudança do procedimento autorizado, o prestador/cirurgião deverá solicitar novos códigos, no prazo de máximo de 72h.
- Caso ocorra eventual divergência entre a fatura de cobrança do prestador de serviço, ficha anestésica, descrição cirúrgica e a guia autorizada no sistema informatizado, poderão criar diferença no pagamento; uma vez que o sistema informatizado realiza o faturamento eletrônico a partir da guia registrada que nele está. Na falta da descrição cirúrgica, ficha anestésica e documentos comprobatórios, a conta será glosada.
- Em relação aos valores dos portes de anestesia pagos pelo Saúde Recife, são estabelecidas as regras a seguir:
 - O Saúde Recife pagará, mensalmente, o prestador de serviço, pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme Rol de Procedimentos do Edital Credenciamento – Saúde Recife – Anestesia, acordado com o prestador de serviço e editado pelo Saúde Recife.
 - Na tabela, o porte anestésico 0 (zero) significa **NÃO PARTICIPAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA**.

III.1.4. Honorários Médicos em Cirurgias e Atendimentos Específicos

- Os honorários médicos devidos à internação cirúrgica serão pagos conforme o local de atendimento coberto.
- Nas intervenções por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
- Quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de o cirurgião atuar em vários órgãos, regiões ou em múltiplas estruturas articulares, a partir da mesma via de acesso, o honorário da cirurgia será o que corresponde, por



aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do valor deste para cada um dos demais atos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto (código agregador).

- **Cirurgias bilaterais:** Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).
- **Ato integrante de outro:** Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal. Vias de acesso não são pagas.
- Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, o pagamento será feito a cada uma das equipes de acordo com o valor do porte previsto para o procedimento que cada qual realizou.
- Nas cirurgias pediátricas realizadas em crianças com peso inferior a 2,500 g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.
- Os atos do médico assistente ou de especialistas prestado aos beneficiários internados na UTI, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como acomodação coletiva, independentemente do local de origem do beneficiário, considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário, e no limite de 3 (três) por semana.
- Nos atos cirúrgicos, os valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré e pós-operatórios durante todo o tempo de permanência do beneficiário no hospital até 10 (dez) dias após a cirurgia, não cabendo a cobrança de honorários médicos. Esgotado este prazo, os honorários médicos serão pagos na forma de Visita Hospitalar ao beneficiário internado.
- Da mesma forma, não serão pagas as reoperações pela mesma morbidade, os curativos cirúrgicos realizados pelo cirurgião, bem como a retirada de pontos, dentro do prazo acima referido. Novos procedimentos cirúrgicos neste prazo, não relacionados ao primeiro, serão remunerados conforme tabela.
- Caso o beneficiário receba alta hospitalar e seja indicada reoperação para tratamento da mesma morbidade que gerou a internação anterior, antes de completados os dez dias de pós-operatório da primeira cirurgia, a equipe deverá ser remunerada.
- Não será paga a visita hospitalar na data da alta hospitalar.
- Nos casos cirúrgicos, quando se fizer necessário o acompanhamento ou assistência de outro especialista, seus honorários serão pagos de acordo com o atendimento prestado no valor previsto na tabela negociada vigente.
- Para o tratamento clínico em regime de internação, os honorários serão equivalentes aos de uma visita hospitalar.



- Quando o quadro clínico ou cirúrgico do beneficiário necessitar de acompanhamento por mais de um profissional de especialidade diferente, paga-se Visita Hospitalar, desde que esteja registrada no prontuário e verificada pelo auditor, até o limite de 01 (uma) por semana. As exceções serão objeto de análise pela equipe de auditoria do Saúde Recife, cabendo-lhes o direito de aprovar ou indeferir.
- Os honorários médicos relativos a tratamento clínico de problemas ortopédicos, em regime de intern  o, equivalem a uma visita hospitalar.
- A cobrança de honorários para médicos credenciados ao Saúde Recife s  poderá ser realizada através da geração da guia no sistema informatizado do Saúde Recife, que deve ser fornecida pelo Prestador hospitalar onde foi realizado o procedimento.
- As guias de cobrança de honorários deverão ser entregues na sede do Saúde Recife, acompanhadas da produção mensal para fins de auditoria.
- Não cabe cobrança de honorários para a primeira imobilização gessada nos procedimentos cirúrgicos ortopédicos e traumatol gicos.
- No caso de parto múltiplo, o atendimento ao recém-nascido, para efeito de valoração, será considerado individualmente.
- Quando realizado angiografia diagnóstica e/ou radiologia intervencionistas sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto:
 - Se a atuação se deu em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a valoração do radiologista corresponde, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.
 - Se ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte do procedimento considerado principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
- Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incis o (50%).
- Os honorários pagos pelo atendimento ao queimado d o-se segundo a Unidade Topográfica - UT tratada. Por UT entende-se o segmento do corpo delimitado por uma área aproximada de 9% de superfície corpórea, que no corpo humano são em número de 11 (onze), ou seja: cabeça e pescoço; cada um dos membros superiores; face anterior do tórax; face posterior do tórax; abdome; nádegas (da cintura   raiz da coxa); cada uma das coxas e



cada um dos conjuntos pernas e pés. Os genitais constituem uma UT, à parte, de 1%.

- Quando um ato cirúrgico por videolaparoscopia for convertido para técnica convencional, os honorários corresponderão ao porte do procedimento realizado de forma convencional.
- Quando um ato cirúrgico por videolaparoscopia diagnóstica for convertido para cirurgia, paga-se os honorários correspondentes à última.

Honorários de Auxílio Cirúrgico: Cabem as seguintes regras gerais:

- Deverão ser 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:
 - Primeiro auxiliar - 30% do ato cirúrgico praticado pelo cirurgião;
 - Segundo e terceiro auxiliares - 20%, quando o ato exigir.
- Quando for realizado mais de um procedimento cirúrgico, os auxiliares serão remunerados de acordo com os auxílios previstos para cada ato cirúrgico, em conformidade com os procedimentos dos quais, comprovadamente, participarem.
- Quando forem realizadas cirurgias distintas, porém com auxiliares comuns, a remuneração dos auxiliares seguirá o estabelecido nas regras para atuação em vários órgãos pela mesma via de acesso ou por vias diferentes.
- Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.
- A constatação da participação de auxiliares deverá ser realizada por meio da descrição sumária e assinatura nos documentos de registro dos atos cirúrgicos, tais como Descrição de Cirurgia, Ficha de Anestesia e Relatório de Sala. Havendo ausência ou divergências, inclusive com outra caligrafia, os honorários não deverão ser pagos. Somente serão pagos os auxiliares que prestarem efetivamente o serviço.

Observações: a) O Saúde Recife não paga instrumentador cirúrgico. b) Constitui dolo a cobrança de auxílio cirúrgico sem a presença do(s) auxiliar(es) (Código de Ética Médica).

III.1.5. Honorários do Intensivista Plantonista e Diarista de UTI

- A UTI é uma acomodação coletiva especializada no atendimento de beneficiários graves e clinicamente requerendo cuidados de terapia intensiva, com assistência médica permanente.



- Os honorários de plantonista de UTI devem ser pagos com base na acomodação coletiva de UTI e não poderão ser complementados, independentemente de ser o beneficiário originário de enfermaria, apartamento ou de acesso direto.
- Os honorários dos médicos intensivistas plantonistas de UTI serão pagos por plantão de 12 horas corridas, e por beneficiário, de acordo com os valores da tabela de honorários vigentes, independente do plano do usuário.
- Quando a modalidade de pagamento das diárias for GLOBAL, já está incluso o honorário do plantonista e diarista, não cabendo cobrança em separado.
- Os procedimentos por ele realizados (intubação, cardioversão, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, punção venosa tipo intracath) estão inclusos em seus honorários. Por outro lado, não estão incluídos nos honorários do plantonista, procedimentos tais como diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia, que serão valorados à parte, de acordo com seus portes, para o profissional que os realizou.
- O atendimento do intensivista diarista (não plantonista), quando comprovadamente houver, será remunerado por dia (a cada 24 h) e por beneficiário, desde que efetivamente realizado e registrado no prontuário do beneficiário.
- Os atos do médico especialista, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como Visita Hospitalar e Parecer de Especialista, considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.

III.2. Medicamentos

- O pagamento dos medicamentos está subordinado à pertinência da indicação, prescrição médica e efetiva administração. Toda e qualquer medicação será paga por dose unitária e de forma fracionada, sempre que possível.
- As medicações só serão pagas quando devidamente prescritas, datadas e assinadas pelo médico assistente e checadas pelo profissional responsável por sua administração. Não sendo considerado para fins de pagamento as prescrições ou checagem com rasuras.
- Toda solicitação de medicações deverá constar os seguintes dados: nome, marca, quantidade, dosagem, tempo e horário de utilização.
- Os medicamentos a serem utilizados deverão ser, exclusivamente, os genéricos, conforme portaria do Ministério de Saúde/ANVISA, com as informações de concentração e outros dados inerentes ao produto. Quando não houver a descrição do genérico, será paga a de menor valor constante



no Brasíndice da competência do atendimento realizado, preço de fábrica acrescido de 18% e conforme a incidência local do ICMS. No documento de cobrança da conta deverá estar descrito o fabricante do medicamento. Em não havendo esta descrição, será pago o de menor valor.

- Para medicamentos excepcionais e de alto custo, a prescrição deve estar fundamentada em uma questão concreta e na fundamentação da indicação, da efetividade e do benefício ao beneficiário. A autorização, nos casos de beneficiários internados, será feita pelo médico auditor “in loco”.
- Os genéricos serão pagos pelo Brasíndice da competência da realização do atendimento, pago pelo preço de fábrica acrescido de 18%.
- Na ausência do genérico, será pago o medicamento de marca com base no Brasíndice da competência do atendimento realizado, pelo Preço de Fábrica.
- Para fins de cobrança e pagamento dos medicamentos considerados de alto custo, o prestador deve encaminhar, juntamente com a fatura, o formulário de solicitação autorizado pelo médico auditor, e anexar uma cópia desta autorização ao prontuário do beneficiário.
- Havendo cobrança em duplicidade de um mesmo agente terapêutico ou de um mesmo medicamento, que ora esteja sendo utilizado com o nome farmacológico ora com o nome comercial, será pago o de menor valor.
- A utilização de medicamentos de alto custo/especiais está condicionada à autorização do Saúde Recife. A solicitação deverá ser feita pelo médico assistente no Formulário de Solicitação de Medicamento de Alto Custo/especiais, disponível na página principal do sistema informatizado do Saúde Recife, com a justificativa detalhada para autorização. Este deverá ser anexado ao documento de cobrança, para fins de pagamento. Medicamentos não autorizados e cobrados sofrerão glosa total, sem possibilidade de recurso posterior.
- A utilização de bomba de infusão se restringe aos casos de medicações devidamente prescritas (drogas vasoativas, heparina, xilocaína e outras drogas com indicação de administrações exclusivas através de bomba de infusão) que necessitem de infusão com controle restrito (fluxo/minuto) até a vazão de 60ml/h.
- Nos beneficiários graves ou com patologias com restrições hídricas que necessitem de infusão com controle (fluxo/minuto) até a vazão de 60ml/h, estes casos serão analisados individualmente pela auditoria.
- São considerados medicamentos de alto custo para cobrança em conta aberta e procedimentos/tratamento, aqueles cujo valor unitário seja igual ou superior a R\$ 200,00 ou quando o tratamento total, com a droga em questão, atingir valor igual ou superior a R\$ 2.000,00. Em caso de pacotes,



são consideradas medicações excepcionais com valor unitário igual ou acima de R\$500,00 (Quinhentos reais) ou tratamento igual ou acima a 5.000,00 (cinco mil reais). Para o uso desse medicamento   obrigatória a solicitação e autorização prévia do médico auditor ou da Central de Regulação do Saúde Recife.

III.3. Materiais Descartáveis, Especiais e PME (Próteses e Materiais Especiais)

- A utilização de materiais descartáveis/especiais/alto custo deverá estar fundamentada em uma questão concreta e relacionada à pertinência da indicação médica correta, prescrição (adequação da quantidade), benefício do beneficiário e a efetividade, guardando compatibilidade entre o material utilizado e o procedimento, bem como, o limite para as quantidades estabelecidas de cada produto.
- Os materiais especiais (seringas, equipos especiais, extensores, bombas de infusão etc.), necessários para a administração de medicamentos especiais, deverão ter sua indicação de uso e trocas com justificativa comprovada por meio de bulas ou protocolos reconhecidos por entidades da área de Saúde.
- Para determinados materiais (despesa não médica) existe uma relação estreita com determinados medicamentos, da  a necessidade de esta correlação está adequada. A título de exemplo:
 - **Equipos:** medicação utilizada vs. equipos fotossensíveis;
 - **Luvas:** No centro cirúrgico, luvas cirúrgicas vs. número de profissionais que participam do ato cirúrgico;
 - **Seringas, cateteres e torneirinhas:** Seringa cobrada que já inclui agulha utilizada; uso de agulha em medicações apresentadas em frasco ampola, infiltrações e/ou anestésias locais; uso de torneirinhas vs. prescrição de múltiplas medicações ou soros.
 - **Rotina de troca per dica** de materiais descartáveis nos principais procedimentos hospitalares vs. recomendação da Anvisa e fabricante.
 - Quantidade(s) cobrada(s) compatíveis vs. utilizados.
- Os materiais são pagos de acordo com a Tabela de Descartáveis do Saúde Recife, com o referencial da marca do produto, exceto os que fazem parte da taxa de administração de medicamentos. Na ausência do material na referida tabela, este será pago pelo Brasíndice/SIMPRO da competência do atendimento, dos dois, o de menor valor.
- São considerados materiais de alto custo para cobrança em conta aberta e procedimentos/tratamento, aqueles cujo valor unitário seja igual ou superior a R\$ 200,00. Para o uso do material de alto custo   obrigatória a solicitação e autorização prévia do médico auditor ou da Central de Regulação do Saúde Recife. O prestador deve encaminhar, para fins de



cobrança, o original da solicitação/autorização e anexar uma cópia ao prontuário médico.

- Nas diárias Globais (beneficiários internados), são considerados materiais de alto custo aqueles que não fazem parte da rotina da UTI e cujo valor unitário seja igual ou superior a R\$ 500,00. Para o uso do material de alto custo é obrigatória a solicitação e autorização prévia do médico auditor ou da Central de Regulação do Saúde Recife.
- Para fins de cobrança e pagamento dos materiais considerados de alto custo, o prestador deve encaminhar, juntamente com a fatura, o formulário de solicitação autorizado pelo médico auditor ou da Central de Regulação do Saúde Recife, e anexar uma cópia desta autorização ao prontuário do beneficiário.
- Em todos os materiais utilizados, obrigatoriamente, deve ser comprovado o uso do produto utilizado, devendo ser anexado ao prontuário para cobrança e pagamento:
 - Rótulos/embalagens/selo/códigos de barras a fim de comprovar as especificidades do mesmo, tais como: tipo, marca, quantidade, modelo comercial, identificação do fabricante ou importador, código do produto, número do lote e número de registro na ANVISA.
- É vetado o acréscimo de procedimentos e de materiais especiais sem prévia liberação. Qualquer alteração de procedimento/material especial, necessita, obrigatoriamente, de autorização prévia do Saúde Recife.
- Instrumentais cirúrgicos como brocas, serras, lavagem pulsátil, bico de aspirador, dentre outros, são instrumentais cirúrgicos permanentes e constituem o material básico para a realização do procedimento, portanto, não serão remunerados como materiais de uso único.
- Materiais especiais e de alto custo utilizados sem autorização prévia durante o ato cirúrgico em caráter de urgência, deverão ter sua solicitação de uso analisada pelo médico auditor hospitalar ou para a Central de Regulação do Saúde Recife, impreterivelmente em até 72 horas após a realização do procedimento para fins de autorização e posterior pagamento.
- Materiais Descartáveis/Especiais/alto custo utilizados não autorizados e cobrados sofrerão glosa total, sem possibilidade de recurso posterior.
- O pagamento de materiais especiais/alto custo fica condicionado à comprovação da autorização prévia emitida pelo Saúde Recife, no valor previamente cotado e autorizado pelo Saúde Recife. Quando se tratar de material especial não contemplado na Tabela de Descartáveis vigente, será acrescido o percentual de 15% sobre o valor autorizado pelo setor de PME.



- Caso haja indicação de utilização de material especial, este deve ser solicitado pelo médico assistente em prontuário com a justificativa da sua efetiva necessidade e eficácia. Para sua utilização deverá ser solicitada autorização prévia ao Saúde Recife, sendo o registro do uso feito em prontuário (avaliação da condição do beneficiário, imagem, selo, código de barras, o que couber).
- Os materiais descartáveis utilizados deverão ter seu registro na ficha clínica do beneficiário, com comprovação de sua utilização e devem estar relacionados à pertinência das indicações; prescrição (adequação da quantidade).
- O procedimento médico eletivo que gerar uso de materiais descartáveis de alto custo fora da Tabela de descartáveis do Saúde Recife deve ser solicitado previamente. Os materiais deverão ser solicitados e cotados para posterior autorização. Nos casos de urgência/emergência, as autorizações devem ser solicitadas em até 72 horas posteriores à realização do procedimento.
- Deverá constar o relatório cirúrgico ou laudo de exame com descrição de todos os itens utilizados no ato médico, devidamente identificado com os dados do beneficiário, data de realização do procedimento e identificação dos profissionais médicos integrantes da equipe.
- Deverá ser apresentada a nota fiscal de compra do(s) material(is), para os produtos enquadrados como de uso único, de reprocessamento proibido, com a identificação do beneficiário no qual foi utilizado e com data compatível com a realização do procedimento.
- Caso o rótulo original de todos os materiais especiais autorizados, utilizados e descritos no relatório cirúrgico ou no laudo do procedimento não esteja afixado no prontuário do beneficiário, ao Saúde Recife é reservado o direito de glosa total do material especial.

III.3.1. Definições

- **Próteses:** artefatos que visam substituir segmentos perdidos, podendo ser implantados cirurgicamente dentro do corpo, como por exemplo as artroplastias totais ou parciais do quadril (endopróteses) ou de uso externo, como uma perna mecânica (exo próteses).
- **Síntese:** na medicina é utilizada para descrever a aproximação de bordas teciduais rotas ou incisas. Na traumatologia ortopédica, o termo é utilizado com o mesmo sentido, designando o meio (fios metálicos, placas e parafusos, hastes intramedulares, fixadores externos etc.) que mantém fragmentos ósseos estabilizados durante um tratamento (osteossínteses).
- **Material Especial:** Termo empregado para definir materiais e dispositivos utilizados em procedimentos diagnósticos e terapêuticos.



III.3.2. Solicitação de PME

- A utilização dos produtos exige autorização prévia.
- A solicitação de PME é de responsabilidade do médico assistente, seja no atendimento eletivo ou de urgência/emergência, a quem cabe também a prerrogativa de determinar as características do material a ser utilizado, que devem estar tecnicamente justificadas.
- A solicitação deverá ser feita no formulário próprio do Saúde Recife (Formulário para Solicitação de PME), preenchido na sua completude, com justificativa técnica para a indicação de uso, sendo fundamental ainda o registro de dimensões, material de fabricação, tipo, superfície, método de fixação do implante, quantidade, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país. Resolução CFM n° 2.318/2022.
- Havendo divergência entre o médico solicitante e o Saúde Recife relacionada à indicação clínica ou aos produtos, deve haver um contato telefônico e/ou eletrônico entre o médico assistente e o médico regulador do Saúde Recife, para esclarecer ou dirimir dúvidas e chegar-se a uma decisão final.
- Nos procedimentos eletivos, as solicitações das PME deverão ser encaminhadas, juntamente com a solicitação da cirurgia, para a avaliação técnica do médico regulador, para fins de autorização ou não, e da cotação junto a seus fornecedores. O Saúde Recife tem até 21 (vinte e um) dias úteis para apresentação do resultado para o proposto.
- Nos casos de urgência e emergência no horário noturno, sábados, domingos e feriados, o pedido de autorização prévia deverá ser encaminhado para o médico auditor hospitalar e para a Central de Regulação do Saúde Recife, para fins de avaliação e autorização, impreterivelmente em até 72 horas após a realização do procedimento, ficando sujeita às mesmas regras de aquisição e utilização. Após a autorização concedida pelo médico auditor hospitalar, a documentação deverá ser encaminhada no Sistema para a Central de Regulação do Saúde Recife, para fins de cotação.
- Do formulário de solicitação deve constar pelo menos 3 (três) cotações de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, e valor apresentado.
- No caso das PME que possuírem conjunto de componentes com tamanhos variados, a solicitação deverá conter informações sobre os diversos tamanhos, bem como o instrumental necessário para o adequado uso (quando couber).



- Autorizada a solicitação, é efetuada a cotação, e o documento de solicitação, agora autorizado, será encaminhado ao prestador por e-mail.
- Em qualquer situação, a cotação do Saúde Recife informará ao prestador os valores negociados e aprovados para aquisição, e ainda o fornecedor eleito, não só para tornar ciente dos valores que serão pagos pelas PME autorizadas e/ou utilizadas e o prestador autorizado a fornecê-las, como também para permitir a cobrança da taxa de comercialização contratualizada com o referido prestador. A aprovação dos valores de aquisição pelo Saúde Recife aplica-se inclusive aos hospitais que são também fornecedores (negociação que os permite comprar e receber diretamente os referidos produtos).
- A marca e o fabricante indicado pelo prestador não são determinantes da cotação e aquisição da PME, e preferencialmente materiais nacionais ou nacionalizados que estiverem de acordo com as normas e liberações vigentes da ANVISA (registro e validação da situação deste tipo de produto) são autorizados pelo Saúde Recife.
- O Saúde Recife pode indicar a marca e a procedência do material a ser coberto, que deve possuir o devido registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, cabendo-lhe, no entanto, atender às especificações determinadas pelo médico assistente, tais como dimensões, material de fabricação (aço, titânio, cerâmica), tipo (revestido, cimentado, não cimentado), tipo de superfície e método de fixação do implante.
- Todos os atos devem ser documentados a fim de garantir a transparência e a rastreabilidade do processo – descrição do ato cirúrgico, sob a responsabilidade do profissional que realizou o procedimento e registro do consumo de sala.
- As PME utilizadas devem ser registradas pelo cirurgião que realizou o procedimento, na ficha de descrição cirúrgica, devendo ser anexada também a nota do fornecedor (comunicação de utilização de PME), especificando os produtos utilizados (nome do produto, fabricante, tamanho, quantitativo e a descrição do implante realizado) e, em casos específicos, a justificativa da utilização de material excedente, sendo ainda obrigatória a fixação das etiquetas/selo/código de barra de rastreabilidade, contidas nas embalagens do(s) produto(s), e também o registro da Anvisa, na nota de consumo de sala e na Nota Fiscal.
- Quando o procedimento tiver indicação de exame de imagem para controle, este deverá ser anexado ao prontuário do beneficiário, comprovando a efetiva utilização da PME no ato cirúrgico.



- O Saúde Recife poderá, de acordo com o previsto no Contrato de Prestação de Serviços, efetuar auditoria *in loco* para verificar a utilização das PME autorizadas, inclusive acompanhar o ato cirúrgico, desde que devidamente comunicado e autorizado pelo médico assistente.
- Quando a quantidade utilizada for excedente ao previsto, o cirurg o responsável pelo ato cirúrgico deverá justificar o uso e a comprovação da utilização do material excedente, o que será avaliado pelo médico auditor do plano para fins de consideração ou não.
- A PME com embalagem violada, contaminada ou danificada, não utilizada no ato cirúrgico, o gasto deverá ser registrado no documento de consumo da sala cirúrgica, sendo o custo de responsabilidade do prestador, e vedada a vinculação com o prontuário do beneficiário.
- Deverá ser encaminhado ao setor de faturamento do prestador hospitalar o registro de consumo da sala cirúrgica, a descrição cirúrgica, a Nota Fiscal, laudo complementar de materiais especiais e justificativa de uso, quando houver, para o adequado faturamento das PME.
- A navegação poderá, mediante justificativa médica consubstanciada à luz da medicina baseada em evidências, ser solicitada na instrumentalização de coluna, somente em casos de compressão medular ou radicular com instabilidade.
- O pagamento de PME (Próteses e Materiais Especiais) será efetuado na fatura hospitalar, mediante a apresentação de fatura do(s) material, onde devem constar os códigos específicos autorizados, acompanhada de Nota Fiscal com a discriminação das PME fornecidas. Quando o fornecedor for o próprio hospital, além da Nota Fiscal deverá vir a autorização do Saúde Recife (orçamento aprovado e tipos de PME autorizadas) e a descrição do ato cirúrgico.
- Nas cirurgias realizadas em caráter de urgência, com utilização de PME, o valor a ser pago será o negociado com o Saúde Recife, não podendo ultrapassar o menor valor SIMPRO. O referencial do Saúde Recife será fornecido por no mínimo três empresas.

III.4. Taxas

Constituem cobrança por uso de ambiente hospitalar, serviços prestados ou uso de aparelhagem. As taxas descomprometem o Saúde Recife de indenizações de quaisquer equipamentos que porventura vierem a ser danificados.

O Saúde Recife reconhece, para fins de cobrança e pagamento, somente as taxas constantes da Tabela Própria de Taxas Hospitalares. Quaisquer outras taxas de serviços que não as constantes deste documento não poderão ser cobradas sem prévia negociação entre as partes, ficando sujeitas a glosa total.



Não é permitida a cobrança de taxa de sala para procedimentos realizados na enfermaria, UTI, unidade semi-intensiva e berçário de risco.

As taxas referidas neste documento não contemplam honorários médicos. Quando forem realizadas duas ou mais cirurgias (procedimentos cirúrgicos múltiplos e simultâneos), a taxa de sala de centro cirúrgico será a taxa de sala da cirurgia de maior porte.

Situações que envolvem procedimentos cirúrgicos múltiplos e simultâneos, por uma mesma equipe ou por equipes cirúrgicas distintas, será paga a taxa de sala correspondente à cirurgia de maior porte.

Nas taxas de equipamentos estão inclusos manutenções e todos os insumos necessários para seu funcionamento.

III.4.1. Taxas de Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação e Hemodinâmica/Angiografia

As Taxas de Sala de Centro Cirúrgico e recuperação serão pagas conforme o porte da cirurgia, que vai de zero (0) a oito (8), e discriminadas como a seguir:

Discriminação das Taxas	Cobrança por
Porte 0 (Cirurgia Pequena)	Uso
Porte 1 (Cirurgia Pequena)	Uso
Porte 2 (Cirurgia Média)	Uso
Porte 3 (Cirurgia Média)	Uso
Porte 4 (Cirurgia Grande)	Uso
Porte 5 (Cirurgia Grande)	Uso
Porte 6 (Cirurgia Grande)	Uso
Porte 7 (Cirurgia Especial)	Uso
Porte 8 (Cirurgia Especial)	Uso
Sala de recuperação pós-anestesia geral/bloqueio ou plexo/raqui/peridural	Uso



CENTRO CIRÚRGICO

Inclui:

- Instrumentais cirúrgicos estéreis e permanentes;
- Rouparia de sala, permanente e descartável, de enfermagem e dos médicos do tipo avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho, campo impermeável, campo fenestrado, máscara facial cirúrgica, gorro, prop  e assemelhados;
- Todos os Serviços e assistências de enfermagem;
- Materiais de proteção individual – EPI (NR N 32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, prop s, Kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros;
- Ponto de oxigênio, vácuo e ar comprimido;
- Todos os aparelhos e equipamentos necessários para realização do procedimento cirúrgico: Mesa cirúrgica e auxiliares, Focos auxiliares e central, Desfibrilador/Cardioversor; Oxímetro; monitor cardíaco/PNI; Bomba de infusão; Capnógrafo; Bisturi elétrico; Aspirador/irrigador; Respirador de volume e, ou pressão; (aparelho de anestesia); aquecedor bomba de circulação extracorpórea;
- Antiss pticos ( lcool, povidine t pico e degermante, álcool iodado,  ter, água oxigenada, clorexidina etc.);
- Materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;
- Equipamentos/instrumentais de ressuscitação; anestesia;
- Danos e reposições de instrumentais cirúrgicos definitivos e/ou descartáveis;
- Climatização.

Exclui:

- Honorários médicos;
- Gases anestésicos, oxigênio, protóxido, ar comprimido, óxido nítrico etc.;
- SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento);
- Materiais descartáveis;
- Medicamentos;
- Hemoderivados;
- PME.

SALA DE RECUPERAÇÃO

Inclui:

- Leito para o beneficiário;



- Todos os aparelhos e Equipamentos necessários para recuperação do beneficiário; Desfibrilador/Cardioversor; Oxímetro; monitor cardíaco/PNI; Bomba de infusão; Capnógrafo aquecedor;
- Equipamentos/instrumentais para ventilação e ressuscitação;
- Assistência médica;
- Materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;
- Todos os serviços, procedimentos e cuidados de enfermagem;
- Serviços administrativos (registros hospitalares), transporte e assepsia de equipamento/materiais, entre outros;
- Materiais de proteção individual – EPI (NR N°32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, Kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros;
- Rouparia, permanente e descartável, de enfermagem e dos médicos do tipo avental, gorro, propé e assemelhados;
- Ponto de oxigênio e vácuo;
- Ar-condicionado (climatização).

Exclui:

- Gás oxigênio;
- SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento);
- Materiais descartáveis;
- Medicamentos;
- Hemoderivados.

Sala de Hemodinâmica/Angiografia

Utilizada na cobrança de procedimentos de hemodinâmica (diagnóstica ou terapêutica), bem como na colocação de balão intra-aórtico e angiografia.

Não deverá ser paga quando for utilizada a remuneração sob a forma de pacote.

Inclui:

- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório;
- Equipamentos que são específicos para a realização do procedimento de qualquer tipo ou modelo e que sejam de uso permanentes;
- Instrumental/equipamentos de anestesia e os que são permanentes na unidade;
- Monitorização contínua do beneficiário (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana);
- Rouparia permanente e descartável (avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho, máscara facial cirúrgica, gorro e propé);
- Materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;



- Todos os Serviços, procedimentos e cuidados de enfermagem;
- Serviços administrativos (registros hospitalares), transporte e assepsia de equipamento/materiais, entre outros;
- Materiais de proteção individual – EPI (NR N°32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, Kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros.

Exclui:

- SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento);
- Materiais descartáveis;
- Medicamentos;
- Hemoderivados;
- Gases anestésicos, oxigênio, protóxido, ar comprimido, óxido nítrico etc.;
- PME.

III.4.2. Taxas de Serviços

- Taxa de preparo e administração de alimentação enteral quando a dieta for manipulada e as unidades dispuserem de sala de manipulação que atenda às recomendações da legislação Brasileira para o preparo das dietas administradas em sistemas abertos.

III.4.3. Taxas de Equipamentos

- Taxa de uso bomba de infusão (fora da UTI e Centro Cirúrgico) exclusivamente nas situações com indicação de uso e justificativa consubstanciada.
- Taxa de uso de vídeo artroscopia para cirurgia de ARTROSCOPIA. Estão inclusos materiais descartáveis/especiais (camisa para artroscópio, campo estéril e equipo de 4 vias para artroscópio e dreno de sucção). Exclui a Lâmina de Shaver.
- Taxa de uso do aparelho videoendoscópio para NEUROCIRURGIA (diagnóstico/cirúrgico) (inclusos descartáveis e acessórios).
- Taxa de uso do aparelho de vídeo endoscópio DIGESTIVO diagnóstico e cirúrgico (inclusos descartáveis e acessórios).
- Taxa de uso do aparelho para vídeo-histeroscopia DIAGNÓSTICA (inclusos descartáveis e acessórios).
- Taxa de uso do aparelho para vídeo histeroscopia CIRÚRGICA. Inclui a taxa de aparelho e do bisturi de alta frequência.
- Taxa de uso do aparelho da videolaparoscopia DIAGNÓSTICA (inclusos descartáveis e acessórios).
- Taxa de uso do aparelho da videolaparoscopia CIRÚRGICA (inclusos descartáveis e acessórios).

- Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia RESPIRATÓRIA (diagnóstico/cirúrgico) (inclusos descartáveis e acessórios).
- Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia CIRÚRGICA em otorrino (inclusos descartáveis e acessórios).
- Taxa de uso de aparelho de videoendoscopia cirúrgica UROLÓGICA. DIAGNÓSTICA (inclusos descartáveis e acessórios).

Observação: As demais taxas contempladas na Tabela Saúde Recife serão pagas mediante pertinência e uso.

III.5. Gases Medicinais

É a administração de gases medicinais via máscara, cateter nasal ou intubação para beneficiários portadores de déficit de oxigenação, sob anestesia ou em procedimentos. Os gases medicinais serão pagos de acordo com a tabela negociada do Saúde Recife.

Regras Gerais:

- Na utilização por hora/minuto de gasoterapia, nenhuma outra cobrança poderá ser adicionada, visto que estes valores já estão embutidos em seus custos (perda de gás pela tubulação, aquecimentos, manutenção de seus reservatórios – balão, ou central – válvulas de pressão, borracha de látex para inalações e/ou quaisquer outras conexões, etc.).
- O pagamento dos gases medicinais se dá por minuto/uso, mediante comprovação efetiva da indicação (prescrição médica), registro da utilização no documento de atendimento (prontuário, ficha anestésica ou outros), data e horário do início e término da aplicação deles, registrado pelo profissional de enfermagem e evoluído no prontuário.
- Quando houver uso do respirador volumétrico e o ar comprimido for utilizado em concomitância com o O₂ (mistura de gases), o Saúde Recife pagará o valor negociado para oxigênio + ar comprimido em respirador de forma fracionada.
- Não cabe cobrança de Gás Carbônico utilizado em Centro Cirúrgico nas cirurgias videolaparoscópicas, pois ele faz parte da taxa desse aparelho.
- Não cabe cobrança de O₂ por cateter/h/minuto, simultâneo com O₂ respirador/h/minuto.
- Nenhum componente novo em gasoterapia poderá ser cobrado ao Saúde Recife, sem prévia negociação entre as partes.
- No pagamento da nebulização por aplicação estão inclusos: o material, os medicamentos (berotec, aerolin, atrovent e soro fisiológico) e oxigênio.
- O pagamento de Óxido Nítrico e Protóxido de Azoto é de forma fracionada.
- O fracionamento de gases será feito por minuto.



- A utilização de nebulização acima de 4 aplicações/dia será remunerada com taxa de macronebulização por 24 horas, sem O2 e com medicamentos (pulmicort, soro fisiológico, atrovent e berotec) cobrados de acordo com a prescrição médica.

III.6. Remoções

- As remoções necessitam de autorização prévia, exceto em caso de urgência, com risco de morte, mas que deverão ser autorizadas posteriormente nas 24 horas seguintes.
- A remoção inter-hospitalar (transferência do beneficiário para outro hospital), em ambulância, com pessoal de enfermagem ou médico, em perímetro urbano serão pagos no valor negociado pelo Saúde Recife com os prestadores.
- As remoções somente serão realizadas após autorização da central de regulação do Saúde Recife.
- Os valores para pagamento são os constantes no anexo referente a valores dos serviços cobertos.

III.7. Serviços de Hemoterapia / Terapia Transfusional

Regras:

- A relação do Termo de Credenciamento entre o Credenciante e a Credenciada visa a prestação de serviços de:
 - a) Assistência hemoterápica, compreendendo, serviços médicos profissionais e auxiliares;
 - b) Coleta e dispensação de produtos sanguíneos. A coleta da amostra de sangue para os testes necessários será executada na entidade hospitalar da rede credenciada ou em outras dependências hospitalares e sob a responsabilidade do Saúde Recife, na hipótese de o beneficiário comparecer previamente ao prestador credenciado, a este caberá a coleta de sangue para os testes necessários;
 - c) Execução de testes laboratoriais pertinentes;
 - d) Transfusão de sangue e hemocomponentes e demais procedimentos médicos afins, inclusive aférese do doador.

Prescrição de Transfusão de Hemoderivados:

- Toda transfusão de sangue ou componentes sanguíneos deve ser prescrita por um médico. Esta prescrição deve ser registrada no prontuário médico do beneficiário na instituição.
- É obrigatório que fique registrado no prontuário os números e a origem dos hemocomponentes transfundidos, bem como a data em que a transfusão foi realizada.

Requisição de Hemocomponentes para Transfusão:



- As solicitações para transfusão de sangue ou componentes devem ser feitas em formulários específicos que contenham informações suficientes para uma correta identificação do receptor. A solicitação deverá ser feita no formulário STS – “Solicitação de Transfusão de Sangue”, fornecido à Rede Hospitalar do Saúde Recife pelo prestador credenciado, em número equivalente às solicitações recebidas.
- Do formulário devem constar os seguintes dados: nome e sobrenome do beneficiário, sexo, idade, peso, número do prontuário ou registro do beneficiário, número do leito (no caso de beneficiário internado), diagnóstico, antecedentes transfusionais, hemocomponente solicitado (com o respectivo volume ou quantidade), tipo da transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente, a data, a assinatura e o número do CRM do médico solicitante.
- Uma requisita  o incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia.

Classificação da Transfusão por Tipo:

- a) “Programada”, para determinado dia e hora;
- b) “Não urgente”, a se realizar dentro das 24 horas;
- c) “Urgente”, a realizar dentro das 3 horas; ou
- d) “De extrema urgência”, quando o retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do beneficiário.

Testes Pré-transfusionais (para Reservas e Hemotransfus  es):

- a) Retipifica  o ABO e Rh da bolsa de sangue.
- b) Determinação do grupo ABO, do fator Rh(D) do receptor.
- c) Pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor.
- d) Prova de compatibilidade pr -transfusional completa.

Observação: A determinação do grupo ABO, do fator Rh(D) e a pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor será remunerado no máximo uma vez por solicitação. A Retipifica  o ABO e Rh da bolsa de sangue, a Prova de compatibilidade pr -transfusional completa e a Pesquisa de anticorpos irregulares será remunerada para cada bolsa solicitada.

Testes para Hemotransfus  es:

- a) Testes Pré-transfusionais;
- b) Exames no sangue do doador: Hepatite B, Hepatite C, HIV-1 e HIV-2, Doença de Chagas, Sífilis, HTLV-I e HTLV-II;

Observação: Não são remunerados exames sorológicos, no caso de devolução de hemocomponente, exceto os pré-transfusionais.

Devolução de Hemocomponente:



- Os hemocomponentes liberados para transfusão, mas não utilizados, podem ser reintegrados ao estoque se as condições de transporte e estocagem forem conhecidas e adequadas conforme legislação vigente.
-   obrigação da Rede Hospitalar devolver o hemocomponente ao Serviço de Hemoterapia caso ele não tenha sido utilizado;
- No caso de devolução de produtos pela Rede Hospitalar, no prazo de vencimento, a Credenciante pagará   Credenciada os exames pré-transfusionais, mediante envio da comprovação de devolução no formulário de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados.
- A devolução de hemocomponente será remunerada na forma de pacote, incluso os exames pré-transfusionais;
- Os hemocomponentes crioprecipitados e concentrados de plaquetas quando dispensados não poderão retornar ao estoque, cabendo pagamento pelo Saúde Recife pela dispensação.
- Todos os produtos devolvidos pela Rede Hospitalar, além do prazo de vencimento ou de forma inadequada, serão faturados diretamente à Rede Hospitalar Credenciada, obedecidas às instruções definidas conforme legislação vigente, não sendo de responsabilidade do Saúde Recife o pagamento de hemoderivados não utilizados.
- Nas hemotransfusões de Plaquetas, Plasma e Crioprecipitado não fazem parte dos testes pré-transfusionais:
 - É a) Pesquisa de Anticorpos Séricos Irregulares (40403343)
 -   b) Prova de Compatibilidade Pr -transfusional completa (40403408)
 -   c) Reclassificação da bolsa (40403173)

Exames Pré-transfusionais (Códigos e Quantidades):

- 40403173 Grupo Sanguíneo e Fator Rh: 3 vezes
- 40403343 Pesquisa de Anticorpos Sérico: 1
- 40403408 Prova de Compatibilidade Pr -transfusional: 1
- 88000007 Devolução de Concentrado de hemácias (irradiadas, lavadas e deleucocitadas)
- 88000011 Devolução de Plasma, Plaquetas e Crioprecipitado

O sistema de faturamento do Saúde Recife envolve duas etapas para a sua conclusão:

- a) **Guia do sistema informatizado:** o prestador deverá solicitar autorização através do sistema informatizado Saúde Recife, anexando   solicitação e demais documentações pertinentes. Será inserido o(s) procedimento(s) prescrito(s) para o beneficiário. Esta guia será gerada e analisada pela Central de Regulação. Esta guia, no prazo máximo de 30 dias, deverá ser utilizada. No prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de



atendimento, a guia deverá ser loteada e enviada ao Saúde Recife (fluxo de geração de lote).

- b) Anexar à fatura deverão seguir: cópia da “Solicitação de Transfusão de Sangue – STS”, correspondente a todos os hemocomponentes transfundidos. No caso de devolução, cópia do protocolo/formulário de recebimento e cópia da guia do sistema informatizado.
- c) A negociação na forma de Pacotes na guia do sistema informatizado terá apenas o código, descrição e valor dos pacotes correspondentes aos hemocomponentes.

Honorários médicos referentes a Hemotransfusão:

- Os honorários referentes à Vigilância médica realizada nos beneficiários que recebem hemotransfusão - Transfusão sanguínea Ato Médico é devida ao Prestador onde é realizada a hemotransfusão e deverá ser remunerada de acordo com os códigos abaixo, a depender da classificação do prestador e da natureza da hemotransfusão, portanto não é devida ao prestador credenciado.
 - CÓDIGO 40401014 - Transfusão - Ato médico Ambulatorial de responsabilidade
 - CÓDIGO 40401030 - Transfusão - Ato médico Hospitalar de responsabilidade
- RDC 153 - As transfusões devem ser realizadas por médico ou profissional de saúde habilitado, qualificado e conhecedor dessas normas, e são podem ser realizadas sob a supervisão médica, isto é, em local em que haja, pelo menos, um médico presente, que possa intervir em casos de reações ou complicações.

Normatização:

- Considera-se a Hemoterapia como uma Política Nacional, estando condicionada às normatizações atuais vigentes.

IV. Terapias e Programas Especializados

IV.1. Terapias Seriadas e Atendimentos por Profissionais de Nível Superior Não Médicos

As áreas cobertas pelo Saúde Recife para atendimento por estes profissionais são: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição e Terapia Ocupacional.

O atendimento nestas áreas necessita da indicação e solicitação do médico assistente para sua realização, tendo a solicitação com data atual, para serem ou não autorizados na Central de Regulação, dentro dos limites estipulados pelo Saúde Recife. Autorizações para realização da(s) sessão( es) terão uma validade de 60 (sessenta) dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado, após o



qual a autorização será automaticamente cancelada. A cobrança da assistência em Tratamento Seriado ambulatorial deverá ser efetuada mediante autorização prévia da solicitação de atendimento, incluindo em anexo a descrição do procedimento, o respectivo código e o número de sessões descritas no item Plano de Tratamento do referido GUIA.

A confirmação para o atendimento do beneficiário será feita por meio da Autorização da Guia solicitada, através do Sistema Informatizado do Saúde Recife. Para a confirmação da consulta e da realização das sessões, no momento de atendimento do beneficiário, será feita por meio da:

- I - Apresentação da carteira de identificação do beneficiário/CPF ou documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
- II - Assinatura do controle de frequência na GUIA SP/SADT impressa, em cada sessão realizada, pelo beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
- III - Assinatura digital do beneficiário (identificação biométrica), se houver.

Previsão de duração do tratamento:

- Cabe a cobrança, pelo profissional, de 01 (uma) avaliação inicial do tratamento indicado pelo médico assistente.
- Não será considerada nova avaliação, para efeito de pagamento, aquela realizada dentro do tratamento em curso/mesma patologia, avaliação de retorno ou avaliação para revisão de procedimento.
- Caberá ao profissional planejar e organizar o Plano de Assistência (técnica e periodicidade), a sua efetividade e resolutividade para o beneficiário, de acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do beneficiário.

Regras para solicitação, autorização e registro do atendimento (gerais para fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional):

- O Saúde Recife cobre exclusivamente os procedimentos fisioterápicos/fonoaudiologia/psicologia/terapia ocupacional constantes da Tabela de procedimentos e valores por sessão.
- Casos em que houver solicitação de sessões em quantidade superior às previstas deverão estar tecnicamente fundamentadas e serão objeto de opinião especializada.
- A indicação de continuidade de tratamento (prorrogações), para a mesma patologia, requer nova solicitação e justificativa médica consubstanciada tecnicamente, inclusive indicando a efetividade e resolutividade para o beneficiário.



- A cobrança da assistência fisioterapêutica ambulatorial deverá ser efetuada mediante lançamento, no GUIA SP/SADT com a descrição do procedimento fisioterápico, respectivo código e número de sessões, descritas no item Plano de Tratamento do referido GUIA.

IV.1.1. Fisioterapia Ambulatorial

A indicação de tratamento fisioterápico é do médico assistente do beneficiário, a quem cabe encaminhar para a realização dele, com indicação tecnicamente consubstanciada das indicações cientificamente reconhecidas para a patologia a tratar.

Quantidade máxima de sessões:

- Fisioterapia: 10 (dez) sessões por autorização/evento, totalizando o máximo de 30 (trinta) sessões/ano, autorizadas em três grupos de 10 (dez), e requer autorização prévia do setor de Regulação do Saúde Recife.

IV.1.1.1. Fisioterapia no Beneficiário Internado

- Nos casos de fisioterapia em beneficiário internado, na solicitação médica deverá constar o tipo de fisioterapia (respiratória e/ou motora), e caberá ao fisioterapeuta organizar e registrar no prontuário do beneficiário o Plano de Assistência Fisioterápica e sua evolução.
- O registro da assistência fisioterapêutica em beneficiário internado deverá ser realizado em formulário próprio do hospital/guia de cobrança, anexando a guia de autorização emitida pelo SR.

IV.1.2. Fonoaudiologia Ambulatorial

A indicação de tratamento em fonoterapia é do médico assistente do beneficiário, a quem cabe encaminhar para a realização dele, com indicação tecnicamente consubstanciada das indicações cientificamente reconhecidas para a patologia a tratar. Caberá ao fonoterapeuta planejar e organizar o Plano de Assistência em fonoterapia (técnica e periodicidade), a sua efetividade e resolatividade para o beneficiário, de acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do beneficiário.

Quantidade máxima de sessões:

- Fonoaudiologia: 04 (quatro) sessões por autorização/evento, totalizando o máximo de 12 (doze) sessões/ano, e requer autorização prévia do setor de Regulação do Saúde Recife, e requer autorização prévia do setor de Regulação do Saúde Recife.

IV.1.2.1. Fonoaudiologia no Beneficiário Internado

- Conjunto de procedimentos terapêuticos destinados à recuperação funcional da mastigação, deglutição e fala.

IV.1.3. Psicologia

- A assistência em psicologia será oferecida ao beneficiário do Saúde Recife a partir da solicitação do profissional médico da área de saúde mental, contendo a indicação e justificativa do tratamento proposto.
- O atendimento ambulatorial em psicologia dar-se-á exclusivamente para os procedimentos cobertos pelo Saúde Recife, constante da Tabela de Procedimentos de Psicologia, devendo ter autorização prévia.

Quantidade máxima de sessões:

- Psicologia: até 01 (uma) sessão por autorização/evento por semana, totalizando o máximo de 52 (cinquenta e duas) sessões/ano, e requer autorização prévia do setor de Regulação do Saúde Recife.
- O Saúde Recife libera uma sessão psicoterápica por semana, individual por beneficiário, a depender da severidade do diagnóstico apresentado em laudo para avaliação da regulação do Saúde Recife.

IV.1.4. Terapia Ocupacional

- A assistência em terapia ocupacional será oferecida ao beneficiário do Saúde Recife a partir da solicitação do profissional médico, contendo a indicação e justificativa do tratamento proposto.
- O atendimento ambulatorial em terapia ocupacional dar-se-á exclusivamente para os procedimentos cobertos pelo Saúde Recife, constante da Tabela de Procedimentos, devendo ter autorização prévia.

Quantidade máxima de sessões:

- Terapia Ocupacional: até 01 (uma) sessão por autorização/evento por semana, totalizando o máximo de 52 (cinquenta e duas) sessões/ano, e requer autorização prévia do setor de Regulação do Saúde Recife.
- O Saúde Recife libera uma sessão terapia ocupacional por semana, individual por beneficiário, a depender da severidade do diagnóstico apresentado em laudo para avaliação da regulação do Saúde Recife.

IV.2. Atendimento Global

O Tratamento Global é preferencialmente indicado em beneficiários com:

- Paralisia cerebral;
- Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH);
- Retardo do desenvolvimento psicomotor.

O Tratamento Global inclui o acompanhamento dos beneficiários nas seguintes áreas: psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e psicopedagogia, e será realizado da seguinte forma:

- Sessões de terapia ocupacional, incluindo o treino da atividade da vida diária;



- Sessões de psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicopedagogia, psicomotricidade e fonoaudiologia.

Atendimento Global – TEA (Transtorno do Espectro Autista): este tratamento é indicado em beneficiários diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista. Inclui o acompanhamento dos beneficiários nas seguintes áreas: Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicopedagogia, e será realizado da seguinte forma:

- a) Sessões de Terapia Ocupacional, incluindo o treino da atividade diária, e integração sensorial;
- b) Métodos terapêuticos, com técnicas específicas, aplicadas em sessões de psicologia, psicopedagogia, psicomotricidade e fonoaudiologia, com objetivo de reabilitação.

OBSERVAÇÃO: Para início do tratamento, o Saúde Recife irá fazer o acolhimento *in loco*, junto às famílias, com hora marcada através dos telefones (81) 3355-1605 ou WhatsApp (81) 99488-6851. Serão considerados para admissão, dentro do laudo médico, as nossas especialidades ofertadas: fonoaudiologia, psicologia, psicopedagogia, terapia ocupacional e fisioterapia. As consultas eletivas de reavaliação destes beneficiários com diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) com médico assistente (Neurologista, Neuropediatra ou psiquiatra infantil) deverão ocorrer no período de, no mínimo, seis meses. Já as evoluções dos técnicos especializados da equipe multidisciplinar deverão ocorrer trimestralmente ou quando se fizer necessário ou for solicitado por nossa regulação em saúde mental.

Regras para Solicitação, Autorização e Registro do Atendimento:

- O Tratamento Global somente poderá ser solicitado pelos especialistas: psiquiatra, neurologista e neuropediatra. É necessária autorização prévia para início do tratamento, com prazo máximo de (05) cinco dias úteis.
- É necessário apresentar documentação comprobatória (laudo médico, carteira do plano e identidade), para posteriormente ser indicado um prestador da rede credenciada do Saúde Recife.
- A solicitação do tratamento global será liberada através de sessões individuais com duração de 50 minutos. Cabe ao médico assistente informar por meio da Guia de Tratamento Seriado Ambulatorial com Atendimento Global:
 - a) A quantidade de sessões que o beneficiário necessita;
 - b) A previsão da duração do tratamento.
- A solicitação de tratamento subsequente requer nova solicitação médica, anexando o laudo com CID e evolução clínica do tratamento em Guia de Tratamento Seriado Ambulatorial com Atendimento Global, devidamente



preenchido pelos profissionais que fazem o acompanhamento do beneficiário.

- A cobrança do atendimento global deverá ser efetuada mediante lançamento na GUIA SP/SADT no site do Saúde Recife.
- O Saúde Recife fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor negociado, conforme Tabela Própria do Saúde Recife vigente.
- As sessões solicitadas devem ser autorizadas previamente. No momento do atendimento, o credenciado deverá imprimir uma guia para a assinatura do beneficiário ou seu responsável.

IV.3. Tratamento do Câncer

IV.3.1. Tipos de Tratamento Sistêmico do Câncer

As três formas de tratamento do câncer cobertas pelo Saúde Recife são: a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, utilizadas isoladamente ou em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação.

- **Quimioterapia:** Tratamento sistêmico do câncer por meio do uso de medicamentos denominados genericamente de “quimioterápicos”, sejam os propriamente ditos ou os hormonioterápicos, os bioterápicos, os imunoterápicos ou os alvos terapêuticos, administrados continuamente ou a intervalos regulares, variando de acordo com os esquemas terapêuticos.
- **Hormonioterapia:** Quimioterapia que consiste no uso de substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios, para tratar as neoplasias que são dependentes destes, com administração diária ou cíclica, em geral de longa duração.
- **Bioterapia:** Quimioterapia na qual se usam medicamentos que inicialmente foram identificados como substâncias naturais do próprio corpo humano.
- **Alvo Terapia:** Quimioterapia que consiste na utilização de substâncias que atuam mais seletivamente em alvos moleculares ou enzimáticos específicos, para o que se exige a positividade de exames que demonstrem a presença desses alvos.
- **Estadiamento:** Forma resumida de descrever a doença, agrupando os casos com características semelhantes – em categorias, e com base na extensão da doença.

Na classificação de tumores (estadiamento), os elementos universais que devem ser considerados em qualquer sistema para classificação são:

- Localização primária e tipo histológico do tumor;
- Tamanho do tumor;
- Invasão e extensão tumoral para tecidos regionais ou distantes;



- Envolvimento para linfonodos regionais;
- Metástases   distância;
- Número de tumores primários (multiplicidade de tumores).

IV.3.2. Tratamento Quimioterápico

Regras para Solicitação, Autorização e Registro do Atendimento em Quimioterapia:

- Na quimioterapia, o tratamento é feito de forma contínua ou por ciclos, e a tabela de procedimentos refere-se a um esquema terapêutico, no valor de um ciclo, com o total de ciclos informados quando da solicitação do primeiro ciclo e solicitação de cada ciclo subsequente.
- Os procedimentos quimioterápicos raramente se repetem, havendo, em geral, mudança de esquema terapêutico, mudando a linha ou a finalidade, o que requer um novo planejamento terapêutico global.
- Toda solicitação de tratamento sist mico do câncer com quimioterápicos deverá ser feita exclusivamente pelo oncologista, por meio do GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA,   disposição para download na página principal do Saúde Recife – <https://www.recife.pe.gov.br/sauderecife/getRoles.do>. O preenchimento integral deste documento   obrigatório, sob pena de devolução por não conformidade com as regras de solicitação.
- As solicitações deverão ter a autorização prévia do auditor da Central de Regulação do Saúde Recife.

O Saúde Recife cobre as seguintes modalidades de tratamento quimioterápico:

- **Quimioterapia curativa:** quando é usada com o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor;
- **Quimioterapia adjuvante:** quando se segue à cirurgia curativa, com o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases   distância;
- **Quimioterapia neoadjuvante ou prévia:** quando indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando a permitir uma complementação terapêutica com a cirurgia e/ou radioterapia;
- **Quimioterapia paliativa:** sem fins curativos, é usada para melhorar a qualidade da sobreviv da do beneficiário.

Os SADT especiais solicitados para diagnóstico e tratamento do câncer são objeto de avaliação criteriosa por parte da equipe de médicos reguladores (comportamento biológico do tumor, ou seja, o seu grau de invasão e os órgãos para os quais ele origina metástases, quando se procura avaliar a extensão da doença), e deverão constar no Rol de Procedimentos do Saúde Recife.

Procedimentos no Tratamento por Quimioterapia:



- Para fins de cobrança e pagamento do tratamento quimioterápico, o prestador deve encaminhar, juntamente com a fatura, a GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA original, autorizada pelo médico regulador/auditor e a Ficha de Frequência assinada pelo beneficiário ou responsável.
- Caberá cobrança e pagamento de honorários profissionais somente quando o beneficiário fizer uso de drogas que requeiram o monitoramento presencial do médico oncologista.

Medicamentos no Tratamento por Quimioterapia:

- O pagamento dos medicamentos para o tratamento do câncer está subordinado à pertinência da indicação, efetiva administração e fracionamento, quando aplicável. Os medicamentos a serem utilizados deverão ser exclusivamente os genéricos, nacionalizados e reconhecidos pela ANVISA, conforme portaria do Ministério de Saúde.
- Quando for imperiosa a utilização de medicamento de marca, e havendo do mesmo o genérico, será pago o valor deste último. Na inexistência de genérico, será pago o de menor preço.
- O guia de referência para pagamento de medicamentos oncológicos é a Revista Brasíndice (lista referencial), da competência do atendimento realizado. De acordo com o convênio ICMS 162/94, 118/11, 32/14 e 132/21, Pernambuco está entre os estados que aderiram à isenção de ICMS para medicamentos utilizados para tratamentos de câncer.
- Para os medicamentos relacionados ao tratamento quimioterápico, deverá ter a descrição da marca do genérico na fatura. Não havendo a descrição, será paga a de menor valor constante no Brasíndice, pelo Preço de Fábrica, acrescidos de 18%.
- Toda aplicação de quimioterapia e fármacos adjuvantes deverão ser previamente solicitada em GUIA própria do Saúde Recife, avaliada pelo médico regulador especializado (oncologista)/auditor e equipe técnica especializada, para fins de autorização.
- Para fins de cobrança e pagamento, o prestador deve encaminhar, juntamente com a fatura que lista a produção em cobrança, a Guia para Solicitação de Quimioterapia original, autorizada pelo médico regulador/auditor, bem como o Formulário de Frequência assinado pelo beneficiário ou responsável.
- Os medicamentos utilizados deverão ser relacionados na fatura conforme descrito no Brasíndice (nome, concentração, apresentação, fabricante e quantidade cobrada, e outros dados inerentes ao produto).



Materiais no Tratamento por Quimioterapia:

- A utilização de materiais/equipamentos deve estar relacionada à pertinência das indicações, prescrição (adequação da quantidade), a real utilização, os benefícios, resultados e efetividade.
- Para materiais especiais e de alto custo, particularmente, o uso deve estar fundamentado em uma questão concreta de saúde baseada em evidências, sendo imprescindível a indicação correta, o benefício ao beneficiário e a efetividade do uso.
- O reuso de materiais obedece ao disposto na RDC ANVISA vigente.
- Não poderá ser incluído novo material descartável/especial sem a negociação prévia por ambas as partes, e anuência do Saúde Recife.
- Os materiais descartáveis e especiais serão pagos de acordo com a Tabela de Descartáveis, própria do Saúde Recife, com o referencial da quantidade, o valor unitário e o valor total cobrado.
- Todos os materiais que não estiverem contemplados na tabela de descartáveis própria, serão pagos com base na revista SIMPRO ou BRASÍNDICE da competência do atendimento, sempre pelo menor valor.
- Para materiais especiais considerados de alto custo, com valor unitário acima de R\$ 200,00,   necessária autorização prévia do Regulador do Saúde Recife.
- Para fins de cobrança, deve ser anexado ao prontuário do beneficiário o comprovante de uso e quantidade (selo, código de barras e afins), bem como anexar   cobrança da produção, juntamente com o original da autorização, assim como o visto do Auditor do Saúde Recife *in loco*.
- Para uso de determinados materiais/equipamentos, haverá a necessidade da pertinência e correlação de uso estarem adequadas (droga x infusão controlada por meio de bomba).

Taxas no Tratamento por Quimioterapia:

- O Saúde Recife cobre o pagamento das seguintes taxas de sala:
 -   Taxa de sala de quimioterapia;
 - À Taxa de sala para procedimento ambulatorial, exceto para aplicação de droga intramuscular ou subcutânea.
- Quaisquer outras taxas de serviços que não as constantes deste documento, não poderão ser cobradas à Contratante, sem prévia negociação entre as partes.
- Taxa de sala para procedimento ambulatorial, exceto para aplicação de drogas orais, intramuscular ou subcutânea.



IV.3.3. Tratamento Radioterápico

Informações Gerais: Entende-se por Tratamento Radioterápico aquele que utiliza as radiações ionizantes no tratamento local ou loco regional do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas. O Saúde Recife cobre as seguintes modalidades de tratamento radioterápico:

- a) **Neoadjuvante:** Aplicada para diminuir o volume do tumor, com o objetivo de facilitar a cirurgia, possibilitar a preservação de um membro, permitir uma cirurgia menos mutiladora. Usada em tumores em reto baixo, sarcomas de partes moles e estômago;
- b) **Adjuvante:** quando associada à quimioterapia ou à cirurgia. Aplicada em regiões na cabeça e no pescoço, do colo e corpo uterino, pulmão, es fago, sistema nervoso central (SNC), mama, linfomas etc.;
- c) **Curativa:** Quando é considerada a principal arma no combate ao câncer, podendo ser associada à quimioterapia ou utilizada em casos nos quais a cirurgia não   possível ou de alto risco para o beneficiário. Aplicada em regiões na cabeça e no pescoço, tumores localmente avançados do colo e corpo uterino, canal anal, pulmão, es fago, sistema nervoso central (SNC), etc;
- d) **Paliativa:** Tendo por objetivo melhorar a qualidade de vida do beneficiário oncológico (melhora da dor, redução de sangramento ou outros sintomas).

Regras para Solicitação, Autorização e Registro do Atendimento em Radioterapia:

- **Dados da solicitação:** A solicitação eletiva para realização de radioterapia é exclusiva do médico oncologista, para a realização pelo médico r dio-oncologista, e deverá ser encaminhada para a Central de Regulação do Saúde Recife, para fins de regulação/autorização.
- Ao médico r dio-oncologista cabe verificar a indicação da radioterapia, prescrever o tratamento radioterápico, planejar, direcionar o tratamento, decidir qual o tipo de feixe de radiação, técnica de tratamento a ser utilizada e dose de radiação a ser administrada a cada beneficiário, o radioterapeuta, a quem cabe a solicitação do procedimento em questão, mediante o preenchimento completo do laudo específico para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em oncologia, GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA,   disposição para download na página principal do Saúde Recife.



- **Procedimentos cobertos:** A Tabela utilizada para a remuneração é a Tabela Própria do Saúde Recife, disponibilizada na página principal do site do sistema informatizado.
- Para a remuneração de qualquer procedimento solicitado, deverá ser gerada uma guia no sistema informatizado.
- Toda solicitação de procedimento médico deverá basear-se em dados clínicos consistentes, apoiados em resultados de exames complementares que corroborem a solicitação. Após análise técnica do setor de regulação do Saúde Recife, o procedimento será autorizado, neste caso em uma guia do sistema informatizado.
- **Aplicação por sessão:** As sessões de radioterapia têm como finalidade o tratamento curativo ou paliativo de patologias oncológicas, que possuam na literatura especializada uma comprovada eficácia do tratamento, como terapia, fundamentada em medicina baseada em evidências.
- Toda solicitação deverá ser previamente autorizada pelo Saúde Recife. O profissional deverá justificar a indicação, através de relatório técnico, resultado de biópsia e exames complementares, para análise e autorização do regulador do Saúde Recife, responsável por esta atividade, na Central de Regulação do Saúde Recife.
- Tanto a validade da solicitação do oncologista assistente quanto a validade da solicitação do radioterapeuta (guia eletrônica de realização das sessões de radioterapia) é de 60 (sessenta) dias, a contar da data da autorização.
- Vale referir que na primeira guia autorizada a quantidade de megavoltagem refere-se à aplicação desta em um período de 30 dias. As sessões seguintes deverão ser solicitadas em novas guias para complementar o tratamento por novos períodos, sempre de 30 dias para aplicação, até o final do tratamento.

IV.4. Tratamento Dialítico

A terapia dialítica normalmente é iniciada a partir da identificação das manifestações da síndrome urêmica, o que em geral ocorre em beneficiários com FG < 10ml/min.

IV.4.1. Terapia Renal Substitutiva (TRS) na Insuficiência Renal Crônica

Regras para Solicitação, Autorização e Registro do Atendimento:

- A indicação e solicitação da Terapia Renal Substitutiva (TRS) é feita pelo nefrologista assistente do beneficiário, para a realização em serviço especializado, contratados do Saúde Recife, mediante o preenchimento completo do laudo específico para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em terapia dialítica, Guia para Solicitação Dialítico, à disposição para download na página principal do Saúde Recife.



- A Terapia Renal Substitutiva é realizada por meio de sessões de hemodiálise, com duração média de três a quatro horas, têm como finalidade filtrar os líquidos extracorporais do sangue, por meio do dialisador, substituto das funções renais.
- A solicitação para a realização do tratamento dialítico através de sessões semanais deverá ser realizada através do sistema informatizado do Saúde Recife, para análise técnica do auditor responsável por esta atividade, na Central de Regulação do Saúde Recife.
- Serão autorizadas no máximo três sessões por semana, com um total máximo de 15 (quinze)/sessões autorizadas por mês.
- As sessões seguintes deverão ser solicitadas em novas guias para continuidade do tratamento por novos períodos, sempre no total máximo de 15 para aplicação em três sessões semanais.
- A validade da solicitação (guia eletrônica de realização das sessões de hemodiálise) é de 30 (trinta) dias, a contar da data da autorização. Após este prazo, não havendo confirmação do atendimento, é automaticamente cancelada.
- Avaliada a solicitação e autorizada pelo Saúde Recife, a guia de autorização será fornecida, validando a realização e cobrança dos serviços.
- A confirmação do atendimento deverá ser realizada através da assinatura do beneficiário ou responsável na Guia de Frequência, que deverá ser encaminhada acompanhada da cobrança da produção, à disposição para download na página principal do Saúde Recife.
- O prestador credenciado deve manter arquivados a documentação de solicitação do tratamento dialítico, de medicamentos excepcionais e de controle de frequência individual.
- Na internação de beneficiário com insuficiência renal crônica, com intercorrências clínicas ou cirúrgicas, na cobrança da hemodiálise ou da DPI serão considerados os dados sobre o diagnóstico, clínica e procedimento solicitado, registrados no prontuário do beneficiário.

IV.4.2. Terapia Renal Substitutiva: Atendimento no Formato de Pacote

- A rede credenciada será remunerada no atendimento do beneficiário de hemodiálise em forma de pacote praticado pelo sistema Saúde Recife, publicado no anexo específico para pacotes.

IV.4.3. Hemodiafiltração

Trata-se de método hemodialítico que combina a hemofiltração com a hemodiálise convencional, utilizando membranas de alto fluxo e fluxo de reposição de volume apropriado para a superfície corpórea e fluxo dialisado. Assim sendo, esta modalidade realiza a remoção de solutos por convecção e



difusão. Tem por objetivo descrever as principais indicações de hemodiafiltração para beneficiários no estágio V da doença renal cr nica sem instabilidade hemodinâmica.

Indicações:

- Beneficiários diabéticos - beneficiários não diabéticos com idade inferior a 60 anos;
- Beneficiários com hipotensão inter-dial ticas (aqueles que têm hipotensão fora do tratamento dial tico) que ocasionam quedas, arritmias após hemodiálise ou no dia sem hemodiálise;
- Beneficiários com difícil controle de hiperfosfatémia apesar da dieta e do uso de medicações, beneficiário que não atingem dose adequada de diálise em terapia convencional, presença de diurese residual;
- Beneficiário com prognóstico de sobrevida superior a cinco anos;
- Beneficiários com sintomas de doença por depósitos amiloides.

Regras para Solicitação, Autorização e Registro do Atendimento:

- A indicação e solicitação da HDF é feita pelo nefrologista assistente do beneficiário, para a realização em serviço especializado, contratados do Saúde Recife, mediante o preenchimento completo do laudo específico para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em terapia dial tica, Guia para Solicitação Dial tico.
- A Terapia Renal Substitutiva   realizada por meio de sessões da hemodiafiltração, com duração média de três a quatro horas, têm como finalidade filtrar os líquidos extracorporais do sangue, por meio do dialisador, substituto das funções renais.
- A solicitação para a realização do tratamento dial tico através de sessões semanais deverá ser encaminhada para o Saúde Recife, para análise técnica do médico regulador responsável por esta atividade, na Central de Regulação do Saúde Recife.
- Serão autorizadas no máximo três sessões por semana, com um total máximo de 15 (quinze) sessões autorizadas por mês.
- As sessões seguintes deverão ser solicitadas em novas guias para continuidade do tratamento por novos períodos, sempre no total máximo de 15 para aplicação em três sessões semanais.
- A validade da solicitação (guia eletrônico de realização das sessões de hemodiálise)   de 60 (sessenta) dias, a contar da data da autorização. Após este prazo, não havendo confirmação do atendimento,   automaticamente cancelada.
- Avaliada a solicitação e autorizada pelo Saúde Recife, a guia de autorização será fornecida, validando a realização e cobrança dos serviços.



- A confirmação do atendimento deverá ser realizada através da assinatura do beneficiário ou responsável na Guia de Frequência, anexo, que deverá ser encaminhada em conjunto com a cobrança da produção.
- O prestador credenciado deve manter arquivados a documentação de solicitação do tratamento dial tico, de medicamentos excepcionais e de controle de frequência individual.
- Na internação de beneficiário com insuficiência renal cr nica, com intercorrências clínicas ou cirúrgicas, na cobrança da hemodiálise convencional, são considerados os dados sobre o diagnóstico, clínica e procedimento solicitado, registrados no prontuário do beneficiário.

Observação: A HEMODIAFILTRAÇÃO será realizada a nível ambulatorial com o código 30909155 e compõe: serviços médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, acompanhamento com nutricionista, psicóloga e assistente social, material utilizado na sessão, taxa de equipamentos e sala, medicamentos, soluções inerentes à sessão (soro fisiológico e soluções) e exames laboratoriais conforme portaria.

IV.4.4. Medicamentos Excepcionais para Tratamento Renal

- A indicação para uso de medicamentos excepcionais pelos beneficiários em tratamento dial tico e receptores de transplante renal deverá ser do médico responsável pelo beneficiário, que solicita para fornecimento pelo órgão estadual, o serviço de farmácia das unidades públicas designadas pela Secretaria Estadual para esse fim, em ato próprio publicado em veículo oficial.

IV.5. Litotripsia Extracorpórea

A litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) integra o grupo das cirurgias minimamente invasivas utilizadas no tratamento dos cálculos do trato urinário, bem como a nefrolitotripsia percutânea (PCN), a ureterolitotripsia transureterosc pica (UL) e a ureterolitotomia laparoscópica (ULL). A cirurgia convencional (CC) ainda tem lugar no tratamento dos cálculos urinários, entretanto em um pequeno número de beneficiários.

O tratamento dos cálculos do trato urinário pode ser determinado pelos sintomas, grau de obstrução, tamanho, localização e associação com infecção, considerando-se também a segurança do procedimento, conforto do beneficiário, tempo de recuperação e os custos, destacando que os cálculos do trato urinário, menores de até 04 mm (quatro milímetros) no maior diâmetro, têm grande probabilidade de serem eliminados espontaneamente e podem, na maioria dos casos, aguardar que isso ocorra naturalmente.



Critérios de Solicitação:

- A solicitação para realização do procedimento deverá ser feita na Guia de Solicitação de Tratamento Ambulatorial com Litotripsia Extracorpórea, com todos os campos preenchidos, em duas vias, assinado e carimbado por médico urologista, portador de título de especialista, outorgado pela Sociedade Brasileira de Urologia / Associação Médica Brasileira.

Tratamento Subsequente (2º Tratamento):

- Nova Guia de Solicitação de Tratamento Ambulatorial com Litotripsia Extracorpórea, devidamente preenchida;
- Laudos de exames de imagem pré e pós litotripsias previamente realizadas (anexar laudos);
- Dados sobre o tratamento de “rua de cálculos” causada por sessão prévia de LECO, não resolvida espontaneamente;
- Cálculos coraliformes em adultos após realização de nefrolitotripsia percutânea;
- Segunda aplicação para o mesmo cálculo apenas quando houver fragmentação e eliminação de pelo menos 40% do volume calculado inicial.

Os procedimentos a seguir são realizados apenas na modalidade de atendimento ambulatorial e têm como instrumento de registro o Guia de Solicitação de Tratamento Ambulatorial com Litotripsia Extracorpórea. O serviço de Litotripsia deve integrar a rede credenciada do SR.

Regras para Pagamento da Produção:

- O pagamento da produção mensal será efetuado tendo por base o cumprimento das regras pactuadas tanto para a prestação da assistência quanto para as formas de cobrança e após o controle, auditoria e processamento das contas.
- **Sessão de litotripsia:** Para a remuneração do tratamento (1º tratamento ou tratamento subsequente) confirmado e realizado, é necessária a geração da guia respectiva no sistema informatizado do Saúde Recife.
- Serão pagas exclusivamente as guias autorizadas e entregues dentro do prazo estabelecido pelo Saúde Recife, conforme consta cláusula contratual relativa ao item.
- O Saúde Recife fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor unitário vigente em cada guia de tratamento Ambulatorial com Litotripsia Extracorpórea por Onda de Choque, conforme Tabela Própria do Saúde Recife vigente, disponibilizada na página principal do site do sistema informatizado.



IV.6. Curativos

IV.6.1. Regra Geral

Essas orientações têm a finalidade de estabelecer as condições contratuais para a solicitação, análise, autorização e auditoria de curativos e coberturas especiais industrializadas para beneficiários do Saúde Recife com indicação absoluta desse tipo de tratamento.

- A solicitação de curativos deve obrigatoriamente ser feita pelo médico assistente do beneficiário;
- A quantidade, tipo e tempo de uso deverá ser descrita na solicitação inicial. O início do tratamento s  poderá ocorrer após devidamente autorizado;
- As Prorrogações de curativos deverão ser solicitadas no Sistema com a descrição detalhada da evolução da lesão (inicial e atual) e acompanhada da fotografia (inicial e atual), e s  poderão ser realizadas após autorização.
- A solicitação de curativos e de coberturas especiais industrializadas, a nível ambulatorial, deverá ser solicitada no Sistema para análise da regulação Saúde Recife.
- A solicitação de curativos e de coberturas especiais industrializadas para beneficiários hospitalizados deverá ser feita no prontuário pelo médico assistente, para avaliação do profissional estomoterapeuta da instituição que fará a indicação e a solicitação do tipo de curativo e/ou de coberturas especiais industrializadas, baseada na análise detalhada da ferida para ser encaminhada à regulação Saúde Recife.
- As solicitações de curativos e de coberturas especiais industrializadas deverão ser enviadas para análise técnica e autorização pelo Saúde Recife, contendo a descrição das les   es (localização; tamanho, comprimento, largura e profundidade; tipo e quantidade de exsudato, tipo de tecido e sinais e sintomas de infecção presente).
- Os tipos de curativos e/ou coberturas especiais industrializadas s  poderão ser solicitados dentre as opções cobertas pelo Saúde Recife, que só autorizar  pelo princípio ativo e não pela marca do fabricante, podendo ser de forma fracionada, considerando o tamanho da lesão.
- O valor individual de cada cobertura especial industrializada obedecerá ao seu respectivo indicativo na tabela Brasíndice/SIMPRO, da competência do atendimento realizado, dos dois, o de menor valor, sem margem de comercialização;
- Para fins de cobrança e pagamento, o prestador deve encaminhar, juntamente com a fatura, o formulário de solicitação de curativos original, autorizado pelo Saúde Recife, e anexar uma cópia ao prontuário médico.



- A solicitação de curativos e de coberturas especiais industrializadas deverá ser sempre feita em formulário próprio do Saúde Recife e acompanhada por fotografias das lesões para análise técnica e autorização do procedimento.

A classificação utilizada pelo Saúde Recife é a “National Pressure Ulcer Advisory Panel”(NPUAP) e toda e qualquer avaliação de evolução e prognóstico será somente feita por ela:

- **Estágio I:** Eritema não esbranquiçado de pele intacta, precursor da ulceração da pele. Em indivíduos de pele escura, descoloração da pele, calor, edema, endurecimento, também podem ser indicativos de lesão neste estágio.
- **Estágio II:** Lesão parcial da pele, envolvendo epiderme e/ou derme, ou ambas. A  lcera   superficial e clinicamente aparece como abrasão, bolha ou cratera rasa.
- **Estágio III:** Lesão total da pele, envolvendo dano ou necrose da camada subcutânea, mas não completa. A  lcera apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda com ou sem comprometimento dos tecidos adjacentes.
- **Estágio IV:** Grande destruição com presença de tecidos necróticos ou dano de músculos, ossos, ou estruturas de suporte, tendões e cápsula articular.

IV.6.2. Padrão de Curativo Simples

A terapia t pica para curativos simples e industrializados tem indicações precisas por tipo de produto e lesões e seguirão o padrão abaixo relacionados:

Pacotes Básicos:

- **A) Curativo Tipo 1 (pequeno):** Código 98000009
 - Estão inclusos no pacote: 01 a 05 pacotes de gaze estéril, até 02 pares de luva estéril, SF 0,9% até 200ml, micropore 01 para 10 dias, até 02 ataduras, até 02 compressas cirúrgicas e 02 pares de luvas de procedimento.
- **B) Curativo Tipo 2 (médio):** Código 98000010
 - Estão inclusos no pacote: 06 a 10 pacotes de gaze estéril, até 03 pares de luva estéril, SF 0,9% até 1000ml, micropore 01 para 07 dias, até 04 ataduras, até 02 compressas cirúrgicas e 02 pares de luvas de procedimento.
- **C) Curativo Tipo 3 (grande):** Código 98000011
 - Estão inclusos no pacote: 11 a 15 pacotes de gaze estéril, até 04 pares de luva estéril, SF 0,9% até 1000ml, micropore 01 para 07 dias, até 06 ataduras, até 04 compressas cirúrgicas e 02 pares de luvas de procedimento.



IV.6.3. Padrão de Produtos Industrializados (Protocolo Curativos Especializados)

Será liberado de acordo com a especificidade de cada lesão; considerando protocolo de curativo Saúde Recife.

COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
Poliuretano espuma	Adesivo de poliuretano revestido com espuma de hidropolímero de alta densidade	Feridas limpas em fase de granulação com média e pequena quantidade de exsudato	Feridas infectadas, com necrose e grande quantidade de exsudato. Queimaduras de segundo e terceiros grau	Média de 48h
Filme de poliuretano ou Filme transparente	Filme transparente de poliuretano semipermeável, constituído de adesivo acrílico hipoalergênico.	- Cobertura de incisões cirúrgicas - Prevenção de úlceras de pressão -Úlceras Grau I - Fixação de cateteres vasculares	Feridas infectadas ou exsudativas	- Em média a cada sete dias
Hidrocoloides : Placa, pasta ou pó	Espuma de poliuretano associada à carboximetilcelulose que promovem uma alta absorção da umidade e ajudam na cicatrização das feridas de grau leve ou moderado. sódica, gelatina e pectina.	- Úlceras de perna ou pressão grau II e III -Queimaduras superficiais; -Feridas cavitárias - pode-se usar hidrocolóides em forma de grânulos ou pasta; -Tratamento de feridas abertas	Feridas infectadas; Queimaduras de 3º ou 4º grau.	Até 7 dias ou quando saturado. Em caso de necrose a troca deverá ser realizada em até 3 dias.

COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
		não infectadas com leve a moderada exsudação.		
Hidrocolóide e Alginato de cálcio	- Camada interna: Gelatina, pectina, alginato e carboximetilcelulose sódico - Camada interna: espuma de poliuretano	- Feridas limpas, com média e pequena quantidade de exsudato; - Prevenção de úlceras de pressão - Queimaduras de segundo grau	- Feridas infectadas	Em média no 5º ou 6º dia.
Hidrogel	Polivinilpirrolidina (PVPA) e água Alguns produtos contém propilenoglicol Outros possuem em sua formulação cloreto de sódio (estes não devem ser usados sobre a pele sã)	- Estimular a cicatrização das feridas secas, superficiais ou profundas - Eliminação do tecido morto - Feridas com tecido de granulação, úlceras venosas, arteriais e por pressão, queimaduras de segundo grau de pequena extensão, feridas de perda parcial ou total de tecidos e	Ferida exsudativa; Pele íntegra; feridas operatórias fechadas; Fístulas.	1 a 3 dias – requer utilização de curativo secundário; Quando utilizado com gaze como cobertura troca a cada 24hs; Pode permanecer por até 7 dias quando associado com algumas coberturas como por exemplo



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
		áreas pós-trauma - Manutenção da viabilidade de ossos e tendões expostos em feridas profundas		hidrocolóide ou hidrofibra; Feridas infectadas troca no máximo a cada 24hs. Feridas com necrose troca no máximo cada 72hs.
Hidrofibra	Fibras de corboximetilcelulose sódica com alta capacidade de absorção	- Feridas com exsudação abundante com ou sem infecção - Feridas cavitárias - Feridas sanguinolentas	- Indivíduos com reações alérgicas a algum componente do produto; - Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais.	- Mediante a saturação do curativo, em média com 24h; - A placa de hidrofibra poderá permanecer na ferida por até 7 dias.
Hidrofibra com prata (Ag)	Fibras de carboximetilcelulose sódica e prata (Ag)	- Feridas com exsudato moderado a alto, feridas cavitárias e altamente colonizadas ou infectadas; - Úlceras por pressão grau III e IV; - Úlceras diabéticas;	- Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais; - Feridas com necrose seca ou tecido inviável; - Hipersensibilidade a prata;	Trocar curativo secundário quando saturado ou em até 24 horas. A placa de hidrofibra poderá permanecer na ferida por até 7 dias.



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
		- Feridas Operatórias; - Queimaduras 2º grau.		Nos casos de queimadura 2º grau a hidrofibra com AG pode permanecer até 14 dias na ferida. Nestes casos recortar a hidrofibra que se desprende da pele ao redor da ferida conforme a epitelização do tecido.
Sulfadiazina de prata	Pomada hidrofílica composta por sulfadiazina de prata a 1% Também há associação ao cério	- Bactericida - Tratamento de queimaduras - Lesões crônicas refratárias – úlcera vasculogênica, erisipela bolhosa, úlceras por pressão e mal perfurante	- Em caso de gravidez a termo - Hipersensibilidade à sulfadiazina de Prata, Cério ou outros componentes da preparação	Diário
Alginato de cálcio	Apresentação: placa, fita ou gel São polissacarídeos derivados do ácido algínico, obtido	- Ferida com exsudação abundante com ou sem infecção,	Feridas com pouco exsudato, pois adere ao leito prejudicando a epitelização	Apenas quando saturado em média com 24h, necessita de



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
	principalmente de algas marinhas. Possui propriedades hemostáticas	- Feridas cavitárias, - Feridas sanguinolentas, - Alta capacidade de absorção		cobertura secundária
Carvão ativado e prata	Carvão ativado e impregnado com prata (0,15%)	- Feridas fétidas, - Infectadas - Grande quantidade de exsudato.	- Lesões isquêmicas e secas; - Hipersensibilidade a prata; - Feridas com sangramento; - Aplicação direta em tumor.	Até atingir ponto de saturação, Necessita de cobertura secundária; O curativo pode permanecer até 7 dias. As trocas ocorrem em média de 3 a 7 dias dependendo da capacidade de adsorção.
Curativo Hidroalginato de Cálcio com Prata	Fibras de alginato de cálcio, carboximetilcelulose e prata	- Feridas infectadas ou com um alto risco de infecção e exsudato moderado a alto; - Feridas agudas ou crônicas	- Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais; - Feridas com necrose seca ou tecido inviável; - Hipersensibilidade a prata e ao alginato	Pode permanecer por até 7 dias. As trocas variam dependendo da saturação do curativo. Trocar o curativo secundário



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
		como úlceras por pressão; - Úlceras venosas feridas traumáticas; - Deiscências; - Pé diabético; - Queimaduras		sempre que saturado. No caso de queimaduras de 2º grau alguns fabricantes orientam a troca até 14 dias. Consultar bula do produto.
Curativo de Hidropolímero/ Espuma não adesivo	Camada interna de espuma de poliuretano, absorvente, revestido externamente de filme de poliuretano sendo permeável a trocas gasosas e impermeável a água e microrganismos.	- Feridas crônicas ou agudas; - Úlceras venosas, úlceras por pressão estágio III ou IV; - Pé diabético; - Deiscências; - Traqueostomia. - Feridas sem infecção com exsudato moderado a intenso - Feridas abertas com tecido vitalizado ou desvitalizado;	- Necrose seca (Tecido desvitalizados), - Hipergranulação; - Feridas com pouca exsudação.	Pode permanecer por até 7 dias. As trocas variam dependendo da saturação do curativo. Trocar o curativo secundário sempre que saturado.
Carvão ativado e Alginato de Cálcio	Cobertura que associa as vantagens do carvão ativado	- Feridas fétidas - Infectadas	Lesões isquêmicas e secas	Em média de 48 a 72 h ou até a saturação.



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
	com o alginato de cálcio: favorecendo o desbridamento, controlando o odor e não aderindo ao leito da ferida	- Grande quantidade de exsudato		
Colágeno com Alginato	90% de colágeno, oferecendo resistência e apoio estrutural à proliferação celular; 10% alginato que controla o exsudato e mantém a ferida úmida	Indicado em feridas limpas, pouco exsudativa, com ausência de tecido necrótico-fibrinoso e sem sinais de infecção. - Feridas traumáticas com perda de substância, Queimaduras de segundo grau, - úlceras refratárias, como vasculogênicas e neuropáticas.	Reações alérgicas a algum componente, feridas exsudativas, feridas infectadas	Em média a cada 48-72h
Ácido Hialurônico	Constituído por ácido hialurônico e comercializado em diferentes apresentações (creme, spray e ampola). Comporta-se	- Queimaduras superficiais de 2º grau - Áreas cruentas pós trauma ou ressecção cirúrgica - Feridas com	- Feridas com secreção purulenta	- Em média de 12 às 24h



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
	como uma gaze não aderente	formação de tecido de granulação - Áreas doadoras e receptoras de enxertos dermo-cutâneos		
Prata Nano cristalina e Alginato de cálcio	A prata oferece efetiva ação antimicrobiana ao leito da ferida e o alginato de cálcio atua absorvendo o exsudato	- Queimadura de segundo grau superficial ou profunda - Área doadora e receptora de enxertos dermo-cutâneos - Lesão traumática - Ulcerações crônicas vasculogênicas, úlceras de pressão, neuropatia diabética	- Segundo a quantidade de secreção poderá ser mantida por vários dias. Geralmente é substituído no período de 24 a 48h	
-Colagenase	-Colagenase Clostridiopeptidase-A e Enzimas proteolíticas e cloranfenicol a 1%	- Úlceras varicosas e de pressão - Gangrenas de extremidades	Hipersensibilidade aos componentes da fórmula	12 a 24 h
-Papaína -Creme ou liofilizada em	-Enzimas proteolíticas e peroxidases.	-Desbridante e facilitador do processo cicatricial	-Hipersensibilidade a algum componente da fórmula	-Média a cada 12h

COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
solução fisiológica		-Como coadjuvante da antibioticoterapia -Papaína 2% promove granulação e epitelização -Papaína 4% a 6 % feridas com exsudato purulento -Papaína 10 % no desbridamento de tecido desvitalizado		
-Papaína e uréia	-Enzimas proteolíticas e peroxidases e uréia	-Todas as fases do processo de cicatrização: feridas secas e exsudativas, colonizadas ou infectadas, com ou sem área de necrose -Papaína 2% promove granulação e epitelização -Papaína 4% a 6 % feridas com exsudato purulento -Papaína 10 % no tecido desvitalizado	-Média a cada 12h	-Accuzyme



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
-Papaína Gel 10%	-Enzimas proteolíticas do látex do mamão papaia.	-Lesões com necrose úmida; -Feridas com presença de tecido inviável, mas que tenha tecido viável > 50%.	-Desde que usada a concentração adequada não há contraindicação.	-Sempre que o curativo secundário estiver saturado ou no máximo a cada 24hs
-Arnica 5% Gel ou Creme	-As propriedades anti-inflamatórias e analgésicas da arnica se explicam pela diminuição da atividade enzimática no processo inflamatório.	-Hematomas; -Equimoses; -Contusões em geral.	-Contraindicado em caso de alergia à arnica e ferimentos abertos	-Aplicar na pele 3x/dia
-Calêndula 5% gel e/ou creme	-Os triterpenos, mucilagem, carotenos e flavonóides (quercitina) são os responsáveis pela ação cicatrizante e reepitelizante	-Uso com cautela em: lesão profunda e/ou extensa (maior que 1/3 do segmento), lesões disseminadas, infecção local grave, lesão de pele crônica sem diagnóstico; -Ferimentos abertos infectados ou não.	-Hipersensibilidade aos componentes da planta; -Não usar com antibioticoterapia tópica concomitante	-A frequência de troca de curativos depende da quantidade de exsudato da lesão. Em média de 1 a 3 vezes por dia.



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
Hamamélis 10% gel e/ou creme	Mescla de hamamelitanino 3-8% e taninos condensados, saponinas, cera, colina, flavonoides, eugenol.	-Úlceras por pressão; -Queimaduras; -Úlcera venosas; -Uso com cautela em: lesão profunda e/ou extensa (maior que 1/3 do segmento), lesões disseminadas, infecção local grave e lesão de pele crônica sem diagnóstico. -Ferimentos abertos infectados ou não ferimentos com sangramento ou friáveis.	-Hipersensibilidade aos componentes do produto.	-A frequência de troca de curativos depende da quantidade de exsudato da lesão. Em média de 1 a 3 vezes por dia.
Babosa (Aloe Vera) 25% Gel e/ou creme	Mono e polissacarídeos, enzimas, ácidos orgânicos e outros. Lipídeos. Carboidratos.	- Queimaduras: Uso com cautela em feridas de 3º grau; - Queimaduras (1º e 2º graus) Dermatites; Erisipela; Celulite.	Hipersensibilidade aos componentes da planta.	A frequência de troca de curativos depende da quantidade de exsudato da lesão. Em média de 1 a 3 vezes por dia.



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
Gaze não aderente	Acetato de celulose impregnada de Petrolato	-Queimaduras superficiais de 2º grau -Áreas cruentas pós trauma ou ressecção cirúrgica -Feridas com formação de tecido de granulação -áreas doadoras e receptoras de enxertos dermo - cutâneos	- Feridas com exsudato purulento	A cada 24h
AGE e TCM	-Óleo de origem vegetal a base de ácidos graxos essenciais e/ou triglicérides de cadeia média	-Podem ser usados em todos os tipos de lesão, nos diversos estágios do processo cicatricial e como preventivo de lesões	- Ferida necrótica	-Diária (máximo a cada 24h)
-Bota de Unna	-Bandagem contendo pasta a base de óxido de zinco,goma acácia, glicerol, óleo de rícino e água deionizada	-Tratamento ambulatorial de úlcera venosa e edema linfático dos membros inferiores	-Úlceras arteriais e mistas (comprometimento venoso e arterial) e sensibilidade conhecida ao produto ou aos seus componentes	-Pode ser mantida intacta por até 7 dias a menos que haja desconforto, vazamento de exsudato, sinais de infecção,



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
				dormência e latejamento dos dedos ou quaisquer outras irritações locais.
-Gaze com Soro Fisiológico 0,9% (SF)	-Gaze estéril umedecida com SF0,9%	-Todos os tipos de lesões;	-Feridas que cicatrizam por primeira intenção; -Lesões com excesso de exsudato e secreção purulenta; -Locais de inserção de cateter; -Drenos; -Fixador externo.	-O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas. Quando na presença de pouco exsudato, a gaze deverá ser umedecida duas a três vezes ao dia, com SF0,9%.
-Curativo de Pressão Negativa	Composto por uma espuma de poliuretano que é ajustada no tamanho e na profundidade da ferida. A qual é	-Mediastinite (inflamação da cavidade torácica); -Queimaduras; -Feridas secas ou exsudando;	-Fístulas para órgãos ou cavidades do corpo; -Tecido necrosado em escara; -Osteomielite sem tratamento e com	



COBERTURAS	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	TROCA
	selada por um filme que é conectado a uma bomba de vácuo.	-Enxertos de pele (melhor fixação do transplante); -Feridas ortopédicas; -Lesão por pressão; -Feridas infectadas; -Tratamentos de feridas diabéticas; -Injúrias em tecidos moles (exposição óssea ou não); -Feridas pós-traumáticas e pós-operatórias; -Úlceras de estase; -Síndrome do abdome aberto, compartimental e Fournier.	malignidade na ferida.	

IV.7. Terapia Nutricional Enteral e Parenteral

Conjunto de procedimentos terapêuticos destinados à manutenção ou recuperação do estado nutricional do beneficiário por meio da Nutrição Parenteral e/ou Enteral. Quando aplicada a beneficiários internados, é parte dos cuidados dispensados, que se soma ao tratamento clínico e/ou cirúrgico da doença de base, sendo, pois, um tratamento complementar nos casos em que não há possibilidade de suprir as necessidades metabólicas do beneficiário através da alimentação natural.



Defini es:

- **Nutri o Enteral (NE):** alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composi o definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimenta o oral em beneficiários desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manuten o dos tecidos, órgãos ou sistemas.
- **Nutri o Parenteral (NP):** soluço ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em embalagem apropriada, destinada à administra o intravenosa em beneficiários desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou *home care*, visando a síntese ou manuten o dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Regras gerais:

- Aten o para a indica o do suporte nutricional pelo médico assistente, que deverá estar assentada na necessidade de manuten o ou corre o do estado nutricional do beneficiário, sob tratamento clínico ou cirúrgico.
- O suporte nutricional deverá ser criteriosamente indicado e, da mesma forma, deverão ser selecionados os beneficiários para realiza o da terapia nutricional quanto   melhor forma de nutri o.
- A nutri o enteral deverá ter sempre prioridade em rela o   nutri o parenteral, até porque esta última tem indica es bem restritas.
- A aplica o da terapia nutricional somente poderá ser realizada nos beneficiários sob regime de intern o hospitalar e *Home Care*.
- Na nutri o enteral, com o alimento administrado por via oral, não cabe remunera o como procedimento de terapia nutricional, por ser somente nutri o oral especializada. O Saúde Recife não paga suplemento alimentar, uma vez que este estará incluso na diária global.
- O controle radiológico para uso da sonda enteral ou cateter central será reconhecido em duas situa es:
 - Avaliar o posicionamento da sonda enteral para nutri o enteral.
 - Avaliar o posicionamento do cateter venoso central.
- Não cabe a cobrança de visita hospitalar concomitante com avalia o enteral / parenteral.
- O acompanhamento nutricional   parte integrante dos serviços de intern o includos na diária hospitalar, não cabendo, portanto, pagamento em separado.



- O Saúde Recife poderá realizar o acompanhamento da atuação desse profissional através de auditoria especializada, sempre que couber essa atuação.
- Dietas Industrializadas e Alimentação Parenteral são consideradas terapias de Alto Custo, seguindo a regra de solicitação e autorização prévias. Apenas dietas autorizadas por tipo, uso e quantidade podem ser ministradas para fins de cobrança e pagamento.
- A administração de nutrientes na forma de dietas, com fórmulas quimicamente definidas manométricas, oligoméricas e poliméricas, por meio do tubo digestivo, com utilização ou não de sondas gástricas ou jejunais, com acompanhamento clínico e laboratorial, deverá ser utilizada quando estiverem mantidas as capacidades absorptivas e motoras do trato gastrointestinal, e não será considerada nutrição enteral, em crianças, a dieta própria para a idade administrada por sonda.30%
- Serão pagos equipos de bomba quando a vazão for até 60ml/h; vazão superior a 60 ml/hora, a dieta deverá ser administrada por gravidade.
- Para fins de cobrança e pagamento, o prestador deve encaminhar, juntamente com a fatura, o formulário de solicitação de Terapia Nutricional original, autorizado pelo médico auditor/regulador, e anexar uma cópia ao prontuário médico.
- As dietas industrializadas serão pagas de forma fracionada, por dose unitária, considerando as recomendações do fabricante em relação à estabilidade da dieta após abertura do frasco (RDC 63, 06/07/2000 - Regulamento técnico para terapia de nutrição enteral). Serão pagas pelo Brasíndice pelo preço de fábrica da competência do atendimento com deflator de 30% em UTI e valor fixo para enfermaria, conforme Anexo de Nutrição Enteral.
- Caso a prescrição da dieta seja suspensa, será pago o frasco independente do volume infundido.

IV.8. Programa de Assistência Domiciliar (PAD)

É realizado em regime domiciliar para beneficiários que necessitem de tratamento que dependam de equipamentos para auxílio de funções vitais e/ou exijam aplicação de recursos terapêuticos para cura ou controle do processo patológico. A assistência é prestada ao beneficiário em sua residência por equipe multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Nutricionista e Serviço Social), com o objetivo de evitar a hospitalização. É importante compreender que o programa só será indicado pelo médico assistente para o beneficiário que apresentar um quadro clínico que justifique este tipo de atendimento; não será indicado se o beneficiário necessitar apenas de cuidados



básicos, tais como: higiene no leito, troca de fraldas, ajuda para mudar de posição ou para caminhar, bem como o preparo ou administração de medicamentos orais ou alimentos. Assim, quando o beneficiário admitido necessitar exclusivamente de procedimentos básicos como acima citados, o Programa será suspenso por ausência de indicação absoluta. É indispensável que o beneficiário/responsável aprove a assistência dentro dos padrões do Programa, assinando a Carta de Acordo. A família deve garantir a presença contínua de um cuidador/responsável pelo beneficiário, que auxiliará nos cuidados do beneficiário. O programa está dividido em duas modalidades de assistência: Internamento domiciliar (*Home Care*) e Assistência domiciliar básica especializada.

IV.8.1. Objetivos Principais

- Promover, através da assistência em domicílio, a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários.
- Reabilitação da saúde do beneficiário, buscando-se evitar a necessidade de internação/reinternação hospitalar.

IV.8.2. Regras do Programa de Assistência Domiciliar (PAD)

- Para admissão no Programa é necessária a solicitação do médico assistente ao Saúde Recife.
- Após a solicitação do médico assistente para inclusão do beneficiário no PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD), será realizada uma avaliação pela equipe de auditoria do Saúde Recife.
- A autorização inicial para admissão do beneficiário no PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD) se dá após definição da modalidade de atendimento que o beneficiário será incluso e estará condicionada à aplicação da TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL (ABEMIB), aplicada pelo prestador credenciado e à auditoria do Saúde Recife. Após a avaliação do beneficiário e aplicação da tabela citada, o prestador credenciado solicita uma guia para o atendimento domiciliar no sistema do Saúde Recife.

Critérios de inclusão para atendimentos de assistência domiciliar:

- Beneficiários totalmente acamados;
- 100% dependente;
- Hipotônico sem controle de tronco;
- Beneficiário no pós-operatório dos MMII que não deambulam, liberando por um período;
- Beneficiários que necessitam de concentrador de oxigênio de forma contínua;
- Beneficiários acamados com disfagia, engasgos frequentes.



Beneficiários que NÃO se enquadram no Programa GPC ou que podem receber alta do programa:

- Beneficiários com dificuldade para deambular;
- Beneficiários que deambulam com auxílio de dispositivos (andador, muleta, cadeira de rodas);
- Beneficiários com diagnósticos de Parkinson, Alzheimer, Demência, AVC, entre outras patologias neurológicas, com controle de tronco;
- Beneficiários pós-operatório de MMSS;
- Beneficiários com condições motoras de deslocamento;
- Beneficiários com necessidades de aparelho eletroterapêutico para uma melhor evolução clínica.

NÃO ESTÁ CONTEMPLADA PSICOTERAPIA DOMICILIAR!

- O beneficiário só será considerado ativo no programa quando ele ou seu responsável assinar a carta acordo do PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD), sendo responsabilidade do prestador de serviços credenciado sua aplicação, coleta e entrega deste instrumento ao Saúde Recife.
- No ato da assinatura da carta acordo, o beneficiário ou seu responsável receberá explicação detalhada sobre as condições da assistência a ser prestada, ficando ambos comprometidos a cumprir as orientações e ações do Programa.
- Caso exista necessidade de mudança de complexidade, o médico assistente possui autonomia para realizar o atendimento e posteriormente encaminhar avaliação/justificativa para a auditoria do Saúde Recife.

IV.8.3. Internamento Domiciliar (Home Care)

É o atendimento que substitui a internação hospitalar por uma situação mais indicada para o beneficiário, desde que o médico assistente responsável indique esse tipo de atendimento através de solicitação, laudo médico e justificativa. O Programa é focado na continuidade da assistência de saúde e recuperação do beneficiário, objetivando a melhoria da qualidade de vida, além de prestar orientações aos familiares e/ou cuidadores. A assistência é prestada através de visita médica periódica, cuidados diários de enfermagem especializada, avaliação nutricional, avaliações e sessões de fisioterapias e fonoterapia.

Diárias de Home Care: Serviço de enfermagem contemplado em diárias incluem procedimentos inerentes à assistência de enfermagem conforme código de ética da profissão.



Pacote de Diárias de Home Care:

Código	Descrição
97000039	PACOTE DE DIÁRIA DE ALTA COMPLEXIDADE (24h) COM VENTILAÇÃO MECÂNICA
97000040	PACOTE DE DIÁRIA DE ALTA COMPLEXIDADE (24h)
97000041	PACOTE DE DIÁRIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE (12h)
97000042	PACOTE DE DIÁRIA DE BAIXA COMPLEXIDADE (06h)

Composição dos Pacotes de Diárias:

- Permanência de técnicos de enfermagem, considerando a quantidade de horas necessárias, de acordo com as tabelas descritas acima;
- Visitas de enfermeiro, incluindo supervisão ou procedimentos a serem executados/realizados por este profissional;
- Visita Médica conforme necessidade do beneficiário;
- Procedimentos médicos e de enfermagem passíveis de realização em domicílio, como troca de TQT, GTT, BOTTONS, Desbridamento, SNE e etc;
- Visita de Nutricionista;
- Sessão de Fisioterapia Motora/Respiratória (até 7x por Semana);
- Sessão de Fonoaudiologia;
- Avaliação e acompanhamento do serviço social quando necessário;
- Remoção para implantação da internação domiciliar;
- Atendimento de intercorrência;
- Fornecimento de oxigenoterapia necessária, independente da fonte utilizada;
- Estão inclusos materiais descartáveis, materiais de higiene pessoal e de conforto, medicamentos e dietas necessários ao tratamento do beneficiário, exceto quimioterápicos, imunobiológicos, anti-fúngicos de 3  geração e curativos terapia por pressão negativa (esponja/espuma/compressa/reservatório);
- Mobiliários e equipamentos necessários para a Internação Domiciliar conforme necessidade técnica do beneficiário, tais como relacionados abaixo:
 -   Cama completa (grade, col  o e escadinha) manual ou elétrica;
 -   Amb , base aquecida ou filtro umidificador, BIPAP, CPAP, Conexão universal T e/ou reta e material para ventilação (respirador);
 -   Suporte de soro;

- o Aparadeira/Comadre ou Papagaio;
- o Poltrona;
- o Aparelho de glicemia;
- o Cadeira de rodas higi nicas e cadeira de rodas para transporte (padrão);
- o Aspirador elétrico;
- o Bacia inox, Bandeja Inox e Cuba rim;
- o Andador articulado ou muletas axilar ou canadense, em substitui o   cadeira de rodas;
- o Colchão pneumático;
- o Bomba de infusão (em quantidade necessária para atender a prescri o médica);
- o Cilindro ou concentrador de oxigênio e cilindro de oxigênio *stand by*;
- o Flux metro, Man metro, Copo umidificador e nebulizador portátil;
- o Gerenciador de energia (nobreak);
- o Maleta de urgência;
- o Oxímetro de pulso;
- o Term metro, Estetoscópio e Tensi metro.

IV.8.4. Assistência Domiciliar Básica Especializada

É o serviço realizado em regime domiciliar em que o beneficiário necessita de cuidados para continuidade de tratamento, bem como aplica o de recursos terapêuticos para cura ou controle do processo saúde/doença. É contemplado suporte de equipamentos e medicamentos por tempo determinado, assistência por equipe multidisciplinar composta por: Médico, Enfermeiro e, eventualmente, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta e Fonoterapeuta, com o objetivo de promover o atendimento com a participa o efetiva de seus familiares e/ou cuidadores e evitando assim a hospitaliza o ou agravamento das referidas patologias de base.

Esta modalidade de atendimento consiste no acompanhamento presencial e telef nico (direto ao beneficiário ou cuidador), priorizando o controle no uso de medicamentos e informações sobre o estado geral do beneficiário, ou em visitas da equipe multidisciplinar no domicílio, realizando os atendimentos necessários, através de:

- **Suporte de Oxigenoterapia Domiciliar:** Fornecimento de equipamentos para dependentes de oxigênio suplementar na assistência do beneficiário neste programa.
- **Medica o Domiciliar:** Administra o de medicações injetáveis em beneficiários desospitalizados, mas que seguem em tratamento, conforme prescri o médica.



- **Fisioterapia Domiciliar:** Atendimento de fisioterapia motora e/ou respiratória para os beneficiários com dificuldades físicas de mobilidade, mediante laudo e justificativa médica.
- **Fonoterapia Domiciliar:** Atendimento ou tratamento fonoaudiológico para os beneficiários com dificuldades físicas de mobilidade, mediante laudo e justificativa médica.
- **Realização de curativos:** Os beneficiários atendidos pelo programa de assistência domiciliar básica especializada, caso necessitem de curativos simples ou industrializados, serão analisados e autorizados seguindo os critérios específicos de curativos constantes na descrição deste manual.

Taxas de Serviços e Equipamentos no PAD:

- As taxas de serviços utilizadas no Programa de Atendimento Domiciliar - PAD serão pagas de acordo com a tabela negociada pelo Saúde Recife.
- Quaisquer outras taxas de serviços não poderão ser cobradas ao Saúde Recife, sem prévia negociação entre as partes interessadas.
- Nas Taxas de equipamentos estão inclusos todos os descartáveis e acessórios necessários para o seu uso e funcionamento.
- As taxas descomprometem o Saúde Recife de indenizações de quaisquer equipamentos que porventura vierem a ser danificados.

IV.8.4.1. Fluxo de Alta do Programa de Assistência Domiciliar (PAD)

A duração do período de permanência do beneficiário no programa será definida pela equipe que presta a assistência, acompanhada da equipe de auditoria do Saúde Recife, que comunicará à família a indicação da suspensão da assistência pelo programa. Fica ainda ciente o beneficiário, familiares e responsáveis que esta cobertura poderá ser suspensa a qualquer momento por iniciativa do Saúde Recife por indisciplina, mudança de domicílio, a pedido do responsável, indicação médica, melhora clínica, mudança de serviço, transferência hospitalar e óbito. O prestador informará ao Saúde Recife a alta do beneficiário do PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD).

- O prestador sempre informará com antecedência aos responsáveis a retirada de equipamentos em caso de alta, dando um prazo adequado para readaptação da família.
- A alta do programa será sempre feita após um treinamento do cuidador, quando for o caso, para evitar descontinuidade nos cuidados do beneficiário.

IV.8.4.2. Fluxo de Acompanhamento

- As solicitações de prorrogações para os beneficiários assistidos na modalidade de Programa de Atendimento Domiciliar - PAD deverão ser



solicitadas a cada 30 dias. A autorização da prorrogação será baseada após avaliação do quadro clínico do beneficiário pela auditoria do Saúde Recife.

- O Saúde Recife encaminhará para o prestador credenciado na modalidade de Programa de Atendimento Domiciliar - PAD o beneficiário que deverá ser assistido no programa, sendo o credenciado responsável pelo acompanhamento de todos os beneficiários ativos no programa.
- A alta ocorrerá após avaliação do médico assistente e o prestador credenciado terá que comunicar ao Saúde Recife.
- As diárias de *Home Care* se encerram às 10 horas, com tolerância de até 2 horas. Altas após este período deverão ser justificadas.
- Em caso de óbito, após as 12 horas, será paga a diária conforme tempo de permanência em *Home Care*.

IV.8.4.3 Fluxo de Liberação de Procedimentos e Medicações

- O orçamento inicial do material e medicamento do beneficiário ainda internado deverá ser enviado, baseado na prescrição do beneficiário, acompanhado da última prescrição original do hospital.
- As dietas industrializadas, em uso hospitalar, não serão inicialmente liberadas para a internação domiciliar. Dietas industrializadas e alimentação parenteral/enteral são consideradas terapias de alto custo e seguem regras de solicitação e autorização prévias. Caso ocorra indicação de nutrição parenteral/enteral, estas deverão ser solicitadas e justificadas. Não cabe a autorização de dieta parenteral/enteral quando já autorizado o pacote de diária de *Home Care*, pois a dieta já está inclusa.
- O procedimento médico eletivo que gerar uso de materiais descartáveis de alto custo fora da tabela de descartáveis do Saúde Recife deve ser solicitado previamente. Os materiais deverão ser solicitados e cotados para posterior autorização. Nos casos de urgência/emergência, as autorizações devem ser solicitadas em até 72 horas posteriores à realização do procedimento.
- Os esquemas de antibiótico, em diárias de conta aberta, devem ser solicitados e acompanhados de resultado de culturas e sensibilidade ao antibiótico, constando na solicitação os seguintes dados: nome, marca, quantidade, dosagem, tempo e horário de utilização, para serem previamente autorizados pelo Saúde Recife.
- Medicamentos deverão estar prescritos pelo médico assistente e com comprovação do uso em prontuário.
- Somente poderão ser objeto de cobrança os medicamentos relacionados aos atendimentos das intercorrências compatíveis com a hipótese diagnóstica ou diagnóstico e condição clínica do beneficiário. Os



medicamentos de uso oral e contínuo não estão cobertos pelo programa de Gerenciamento de Crônicos.

OBSERVAÇÃO: Os medicamentos utilizados serão pagos de acordo com a Seção III.2 deste manual.

- A utilização de materiais descartáveis deve estar relacionada à pertinência das indicações, prescrição (adequação da quantidade).
- Os materiais descartáveis utilizados deverão ter seu registro na ficha clínica do beneficiário, com comprovação de sua utilização e devem estar relacionadas à pertinência das indicações; prescrição (adequação da quantidade).

OBSERVAÇÃO: Os materiais descartáveis utilizados serão pagos de acordo com a Seção III.3 deste manual.

Obrigações da Credenciada:

- Comunicar à equipe de auditoria do Saúde Recife qualquer intercorrência com o beneficiário sob seus gerenciamentos, tais como: necessidade de atendimento de urgência em hospitais, internações, óbitos, mudanças na complexidade de atendimento.
- Manter a equipe de auditoria do Saúde Recife informada de quaisquer anormalidades relativas ao descumprimento de prescrição médica e do(a) enfermeiro(a), como comportamento inadequado do beneficiário e/ou familiar, para tomada de providências cabíveis.
- Enviar mensalmente o orçamento atualizado de todos os beneficiários internados em *Home Care*.
- Os médicos assistentes devem enviar relatórios mensais descrevendo o quadro de cada beneficiário internado, para acompanhamento.
- Os equipamentos de proteção individual utilizados por funcionários do serviço contratado serão de responsabilidade da contratada.

Regras Gerais (PAD):

- SADT e honorários Médicos serão pagos mediante Tabela de Procedimento do Saúde Recife.
- A rotina da visita médica deverá seguir o seguinte padrão: alta complexidade (01/semana), média e baixa – conforme indicação e mediante justificativa, com autorização prévia da auditoria do Saúde Recife.
- As intercorrências em residências ocasionadas pelas doenças de base serão realizadas por equipe multidisciplinar em UTI móvel (APH) e estão incluídas no Pacote de Gerenciamento de Crônicos.
- Em caso de intercorrência, no período de 30 dias, por beneficiário, está incluso no pacote 01 (uma) remoção para fins de atendimento hospitalar. Os



dema s deslocamentos, quando justificados, serão valorados conforme tabela específica.

- Não está incluso no Programa de Assistência Domiciliar básica especializada, ambulância para exames, consultas e remoções entre hospitais. A remoção para realizar exames e procedimentos médicos s  será autorizada quando ocorrer total impossibilidade de deslocamento do beneficiário.
- A família deverá manter os exames complementares do assistido, bem como relatório médico em uma pasta em local protegido, porém de fácil acesso para a equipe do Programa Assistência Domiciliar Básica Especializada.
- Será cobrada a coparticipação pela utilização das terapias (sessões de fisioterapia, fonoterapia), visita médica e de enfermagem além das citadas como integrante do programa, utilização da assistência em saúde, procedimentos através da Rede prestadora de serviços, conforme previsto no regulamento do Saúde Recife.
- Na planilha de terapias deverá constar assinatura do beneficiário ou responsável de acordo com a terapia e data da realização.
- Em casos de urgência e emergência, a família deverá acionar a empresa prestadora do Programa Assistência Domiciliar básica especializada, para avaliação e APH que inclui uma remoção mensal ao hospital se houver indicação médica.
- A Contratante não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias que advirem, fora das especificadas deste Acordo HOSPITALAR, gerado entre as partes.
- Os exames complementares serão realizados pela rede credenciada do Saúde Recife, após solicitação do médico assistente e encaminhados para autorização.
- Os procedimentos médicos deverão ser pedidos previamente, em formulário próprio com as documentações que justifiquem tal pedido. Deverá ser solicitado ao Saúde Recife e terá um período de 72h úteis para ser respondido.
- As solicitações médicas de consultas, exames, internação ou procedimentos deverão ser solicitadas no sistema para que sejam analisadas e autorizadas pelo Saúde Recife.
- Em casos de urgência e emergência, a família deverá acionar a empresa prestadora do Programa Gerenciamento de Crônicos, para avaliação e APH que inclui uma remoção mensal ao hospital se houver indicação médica.
- Toda alteração de orçamento precisa ser comunicada. Medicamentos, materiais descartáveis, dietas industrializadas (independentemente do



valor) e curativo especiais (independente de valor) precisam de autorização prévia.

- Após a liberação do orçamento inicial da internação domiciliar, toda modificação deverá ser previamente solicitada e justificada para ser analisada e autorizada pelo Saúde Recife.
- As solicitações das mudanças descritas no item acima, deverão ser enviadas ao Saúde Recife, acompanhadas por relatório médico, resultado de exames que comprovem a necessidade da utilização deles, e somente poderão ser usados após autorização.

Dieta:

- As dietas industrializadas serão autorizadas obedecendo à Seção IV.7 deste manual.

Gases Medicinais:

- Os gases medicinais serão pagos de acordo com a tabela negociada do Saúde Recife e regras estabelecidas na Seção III.5 deste manual.

Curativos e Coberturas Especiais Industrializadas:

- Curativos que necessitem de cobertura especial (Placas), deverão ser autorizados previamente pelo Saúde Recife, após relatório técnico justificando a finalidade, plano terapêutico a ser instituído e material a ser utilizado. O valor individual de cada cobertura especial industrializada será paga pela tabela Simpro/Brasíndice com um deflator de 10%. Não cabe esta regra para diárias autorizadas por pacote.
- Os curativos devem ser acompanhados pelos enfermeiros assistenciais, realizando relatórios da lesão, com envio de fotos, para acompanhamento ou quando houver necessidade de mudança da conduta médica.
- As autorizações dos curativos deverão seguir a regra estabelecida na Seção IV.6 deste manual.

IV.8.5. Carta Acordo (Modelo)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PAD)

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, ACORDO E SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DO PROGRAMA

Eu, _____ responsável pelo(a) Sr. / Sra. _____, Segurado(a) do Saúde Recife, matrícula nº _____.

Estou ciente das condições contratuais e dos cuidados médicos propostos no Programa de assistência domiciliar do Saúde Recife e que a cobertura somente estará assegurada enquanto houver indicação clínica para o caso, cessando tão logo o beneficiário deixe de atender aos requisitos clínicos que indicam a necessidade do atendimento.



Assinatura do Responsável

Nome em letra de Forma/Grau de Parentesco

Declaro e assumo a responsabilidade de ser o cuidador/responsável do beneficiário, e que estou 24 horas à disposição do beneficiário do qual assumo ser seu cuidador.

Assinatura do Cuidador ou Responsável

Nome em letra de Forma/Grau de Parentesco

Data: __ / __ / ____

Observação: A Carta de Acordo deverá ser assinada pelo beneficiário e/ou familiar responsável.

V. Internação

V.1. Atendimento Hospitalar em Regime de Internação

A assistência hospitalar abrange a prestação, por equipe de saúde, de um conjunto de ações, serviços, métodos e processos, empregados na promoção, proteção, recuperação e reabilitação de pessoas em regime de internação com pernoite ou na modalidade hospital dia, em caráter eletivo ou de urgência/emergência. No Saúde Recife compreende a internação em hospital geral ou especializado.

V.1.1. Normas Gerais Relacionadas à Internação

O atendimento de urgência que gerar internação deverá ser solicitado de imediato. Nos casos de emergência com risco imediato de vida, a solicitação deverá ser realizada concomitantemente ao atendimento ou no máximo 2 horas após a finalização do atendimento no Pronto Socorro. Quanto aos locais de acomodação, o Saúde Recife reconhece as seguintes modalidades para seus beneficiários:

- Internação em enfermaria;
- Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral, pediátrica, cardíaca e neonatal;
- Internação em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCI);
- Diária de terapia semi-intensiva;
- Internação em Berçário.

Quanto ao tipo, são reconhecidas as seguintes:



- Internat  es clínicas;
- Internat  es cirúrgicas;
- Internat  es obstétricas;
- Internat  es pediátricas;
- Internat  es psiquiátricas.

Quanto à origem compreendem:

- Eletivas;
- De Urgência/emergência.

As solicitações para eventos, procedimentos, dietas especiais, material/medicamento de alto custo deve ser realizadas através dos formulários disponíveis no site do Saúde Recife. O Saúde Recife cobre somente **INTERNAÇÕES EM ENFERMARIA**. Assim, não cabe a cobrança de acréscimo nos honorários médicos. A opção por acomodac o superior será de inteira responsabilidade do beneficiário e/ou responsável, que assumir  o  nus financeiro total pela referida opção, devendo estar registrada em Termo por Opção de Acomodac o Superior, em três vias, sendo uma anexada ao prontuário e outra enviada quando da cobrança da conta hospitalar.

Toda internac o hospitalar exige autorizac o prévia, independentemente de seu tipo, origem ou acomodac o. A ausência do envio da documentac o de solicita o caracteriza o evento como de realiza o   revelia do plano, estando sujeito à glosa total ou parcial.

A solicita o da internac o deverá ser feita obedecendo aos seguintes critérios:

- **Eletivas:** Deverá ser solicitado no sistema informatizado do Saúde Recife, incluindo em anexo no sistema todas as documentações pertinentes. Em seguida, deverá aguardar o prazo de regula o determinado pelo Saúde Recife.
- **De urgência/emergência:** Deverá ser encaminhada no Sistema Informatizado, devendo a documentac o exigida ser anexada, no máximo, até 2 (duas) horas depois do início da internac o.
- **Prorroga o e/ou complemento:** solicita-se de 5 em 5 dias para valida o da auditoria in loco.

Em rela o ao prestador, as estratégias para o ordenamento da autorizac o de serviços assistenciais de saúde em beneficiário internado compreendem:

- a) Solicita o de autorizac o para internat  es, de qualquer tipo ou origem;
- b) Solicita o de autorizac o para realiza o de SADT;
- c) Solicita o de próteses cirúrgicas e/ou materiais/insumos especiais;
- d) A solicita o de terapias seriadas em beneficiário internado;
- e) Solicita o para prorroga o de internac o;



• f) A apresentação da produção mensal para fins de cobrança, submetida ao controle pré-pagamento, estritamente dentro das regras aqui estabelecidas. Para fins de autorização, somente poderão ser solicitados procedimentos/exames cobertos pelo Saúde Recife, segundo o ROL DE PROCEDIMENTOS DO EDITAL CREENCIAMENTO SAÚDE RECIFE, ferramenta referencial para o processo de autorização para realização de serviços pelos prestadores, aos seus beneficiários. O rol está estruturado de modo a contemplar aspectos fundamentais, conforme demonstrado a seguir:

- a) Código do procedimento;
- b) Descrição do procedimento;
- c) Valor unitário.

O Rol completo encontra-se disponível no site do Saúde Recife.

Para autorização, deverão ser cumpridos os requisitos para solicitação de procedimentos/exames, em consonância com o rol de procedimentos do Saúde para Autorização pela Central de Regulação do Saúde Recife, além dos dados/informações/justificativas exigidas para a análise do procedimento solicitado.

A mudança de local de acomodação deverá ser solicitada no sistema informatizado com justificativa para análise do Regulador do Saúde. O Saúde Recife não cobre internação prévia à realização de procedimento cirúrgico. Caso haja indicação imperiosa de internamento prévio, esta deve ser justificada quando da solicitação da internação.

A solicitação de prorrogação deve estar compatível com a necessidade de permanência do beneficiário frente à morbidade/quadro clínico apresentado.

O Saúde Recife não cobre consulta pré-anestésica, dentro da internação.

A solicitação de procedimentos/serviços/exames para realização dentro da internação deverá estar compatível com a morbidade em tratamento, com a condição clínica do beneficiário e será avaliada pelo médico regulador.

Não serão realizadas autorizações retroativas, ou seja, primeiro se realiza o procedimento e depois se solicita.

Internação do Recém-nascido:

- Cabe cobertura do atendimento ao recém-nascido em sala de parto, seja a termo com peso adequado para idade gestacional, sem patologia, prematuro ou que necessite de manobras de reanimação com uso de O2 sob pressão positiva e/ou intubação traqueal.
- O RN deverá estar registrado como dependente até o 28º dia de vida, sem o que não terá direito à cobertura assistencial do Saúde Recife.
- Até o 30º dia, a internação do RN se dará no hospital em que o parto foi realizado.



- Se for necessário o RN permanecer internado após o 3º dia de vida, a internação deverá ser solicitada no sistema por meio da Guia de Solicitação de Internação, devendo obedecer aos trâmites normais.
- Quando o parto for múltiplo, o atendimento do pediatra na sala de parto será computado para cada recém-nascido.
- Todos os procedimentos realizados durante a internação do beneficiário devem estar registrados no prontuário, incluindo a descrição dos atos cirúrgicos, registro e identificação da participação do(s) auxílio(s) cirúrgico, se houver, ficha anestésica, boletim de enfermagem, bem como a especificação de todos os itens de serviços pertinentes (taxas, medicamentos, materiais, gases medicinais, prótese cirúrgica e/ou material especial).
- Os exames solicitados/realizados durante a internação estão fundamentados na necessidade do beneficiário, considerando a pertinência com o diagnóstico/hipótese diagnóstica e com a condição clínica do beneficiário. Deverão constar no prontuário do beneficiário tanto as solicitações quanto os resultados (laudos, filmes, impressões gráficas e outros).
- Nos procedimentos associados, o honorário médico será cobrado em 100% do procedimento de maior valor, acrescido de 50% de cada procedimento que for associado.
- Se a internação em *Day Clinic* for agendada para realização do procedimento após as 18:00 h, não será acrescido valor de pernoite, devendo a alta hospitalar ser concedida pelo médico assistente no dia seguinte até as 07:00 h.
- Toda internação em UTI exige autorização prévia, inclusive as oriundas do atendimento de urgência/emergência, para as quais a solicitação deve ser concomitante à internação do beneficiário neste ambiente hospitalar.
- Nos casos excepcionais, de absoluta impossibilidade, e somente para aquelas originárias da emergência, o prestador deve providenciar a regularização da internação no prazo máximo de 02 horas após o início do atendimento, mediante o envio da documentação exigida.
- A solicitação deverá ser registrada no Sistema para a Regulação do Saúde Recife 7/24 horas, e será tecnicamente avaliada quanto à indicação e pertinência.
- Quando houver troca de acomodação de enfermaria para UTI, ela dar-se-á mediante solicitação/autorização da Central de Regulação do Saúde Recife 7/24 horas.



V.1.2. Itens Incluídos em Todo Atendimento Hospitalar e Diárias

A internação hospitalar, do ponto de vista de atividades que a integram, é composta pela cobrança dos seguintes itens:

- Diária de internação
- Honorários Profissionais
- SADT
- Taxas
- Materiais
- Medicamentos
- Gases medicinais
- Dietas industrializadas
- PME (Próteses e Materiais Especiais)

Itens e Serviços Incluídos na Diária Hospitalar:

- **Hotelaria:** Leito, troca de roupa de cama e banho do beneficiário, cuidados e materiais de higiene e desinfecção ambiental e correlatos;
- Alimentação do beneficiário;
- Todos os cuidados e atos de competência da enfermagem;
- Custo e manutenção com equipamentos médico-hospitalares de uso permanente ou não;
- Materiais de proteção individual – EPI (NR Nº32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, Kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros;
- Materiais necessários para higienização do beneficiário (exceto algodão e hidratante).
- Materiais inclusos nos procedimentos/avaliações da equipe multidisciplinar: descartáveis como anoscópio, espátula de madeira, ácido acético 5%, cotonetes, curetas, DVD, CD, disco óptico, escova cervical, espéculo vaginal, frasco coletor, gel para US e ECG, preservativo, lâminas para esfregaço, marcador de campo cirúrgico, caneta eletrodo cirúrgico.
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativos adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: band aid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação.
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia: Inclui: bolas de algodão, álcool 70%, antissépticos, tópico e degermantes, de qualquer tipo, éter, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis. Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; seringa dosadora descartável.



- Pulseira de identificação do beneficiário e acompanhante.

V.1.3. Regras para Cobranças de Diárias Hospitalares

- A diária hospitalar   divisível e dependente do horário de entrada do beneficiário no serviço.
- As internações que iniciarem entre 22:00 e finalizarem até as 10:00 h são contadas como meia diária. Caso seja necessária a permanência maior do beneficiário, dar-se-  início   diária integral.
- A diária se encerra às 10 horas, com tolerância de até 2 horas. A alta dada após este período deverá ser justificada.
- Em caso de óbito, poderá ser paga a diária integral ou meia diária (*day clinic*), considerando o horário que o óbito ocorreu. No período das 10:00 horas às 22:00 horas, será pago meia diária (*day clinic*). A partir das 22:01 horas, será paga a diária integral.
- Cabe o pagamento de meia diária quando a alta for a pedido (registrada e assinada pelo beneficiário ou responsável, e anexada à conta hospitalar) ou por transferência para outro hospital.
- Quando o beneficiário for transferido de uma acomodação para outra, paga-se a diária da acomodação de destino e não a de origem.
- A data, horário e motivo da alta deverá estar registrada pelo médico assistente, com sua assinatura e registro do CRM, legíveis, podendo ser carimbada ou não.
- O Saúde Recife não se responsabilizará por nenhuma despesa extraordinária que estiver fora das especificadas nos termos deste credenciamento, negociado entre as partes.
- Transferido o beneficiário para unidade intra hospitalar na qual não seja permitido a permanência de acompanhante, este deverá desocupar a acomodação. Em caso de persistência do acompanhante na acomodação, este deverá assumir as despesas decorrentes.

V.1.4. Prorrogações de Internações Hospitalares/Permanência

A indicação de continuidade da internação do beneficiário para o atendimento clínico ou cirúrgico já liberado (em curso) exige solicitação e autorização do SR, inclusive identificando qualquer alteração havida ou pretendida no atendimento do beneficiário, tais como:

- Inclusão de novos procedimentos cirúrgicos;
- Uso de prótese e materiais especiais, mesmo aquelas que fazem parte do ato cirúrgico;
- Medicamentos para tratamentos oncológicos;
- Procedimentos de hemodinâmica;
- Procedimentos de radiologia intervencionista;



- Prorrogações das internações, seja por doença ou dependência química.

A comunicação de solicitação de prorrogação deve ocorrer durante a internação e não após a alta do beneficiário. A solicitação requer justificativa médica consubstanciada tecnicamente, compatível com a necessidade de permanência do beneficiário frente à morbidade/quadro clínico apresentado.

A prorrogação da permanência somente poderá ser solicitada e consubstanciada tecnicamente por escrito pelo médico assistente, e encaminhada pelo hospital para o médico auditor do Saúde Recife no hospital, que compatibiliza, *in loco*, a solicitação com o estado real do beneficiário. Avaliada a solicitação e aprovada pelo médico auditor, a prorrogação deverá ser solicitada no sistema informatizado, com base na solicitação por escrito (anexar ao prontuário do beneficiário) do médico assistente. As prorrogações poderão ser solicitadas no máximo a cada 05 dias, e a ausência de dados ou descrições vagas são impeditivas da avaliação da solicitação.

Prorrogações não informadas/solicitadas ao Saúde Recife durante o curso da internação não serão analisadas retroativamente.

V.1.5. Modalidades de Diárias

V.1.5.1. Hospital Dia / Day Clinic

O hospital dia ou *Day Clinic* compreende uma estrutura organizacional de uma instituição de saúde com um espaço físico próprio, onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde de modo programado. É uma alternativa   hospitalização clássica, constitui um regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos, terapêuticos e ao atendimento do tipo intensivo de beneficiários psiquiátricos (que estão sendo reintegrados ao convívio social), reconhecidos com Procedimentos Médicos em *Day Clinic*, estando seu uso indicado quando a permanência do beneficiário na unidade   requerida por um período máximo de 12 horas. Ressaltando-se que a permanência não deverá ser inferior a 06 (seis) horas. Na assistência em saúde mental, o hospital dia deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas para cada beneficiário.

A internação em psiquiatria em hospitalar *Day-Clinic* pode ser autorizada como alternativa imediata ao tratamento hospitalar para beneficiários agudamente psicóticos ou para continuar a estabilização após breve estada no hospital ou sintomas graves. O hospital dia psiquiátrico deve estar estruturado de maneira semelhante aos serviços hospitalares regulares, com coordenação rigorosa de psiquiatras/ps c logos e o envolvimento de membros da família e/ou pessoas ligadas à sua dinâmica familiar. Como acontece com todas as alternativas ao tratamento hospitalar para beneficiários agudamente doentes, estes não devem



ser considerados de risco para si mesmos ou para outros, devem ter a capacidade de cooperar, pelo menos minimamente, à adesão ao tratamento, ter uma pessoa significativa disposta a se responsabilizar pelo mesmo e de possíveis outros encaminhamentos que se façam necessários.

Tratamentos alternativos, como o hospital dia, têm as vantagens potenciais de menos ruptura na vida do beneficiário, tratamento em ambiente menos restritivo e mais integrado, e evitando o estigma ligado à hospitalização psiquiátrica. Favorece um ambiente seguro, estruturado e supervisionado por psiquiatra/psicólogo com o objetivo de monitoração e facilitação das atividades em que acompanham o nível de sintomas do beneficiário, nível de funcionamento e suas reações ao tratamento, bem como os efeitos colaterais do tratamento. Assim os usuários podem ser remanejados de um nível de cuidado para outro com base na evolução clínica e projeto terapêutico individual, sempre com avaliação contínua a sua disposição e capacidade de beneficiarem-se de um nível diferente de cuidado.

Este serviço apresenta tempo limitado para tratamento (6 meses, prorrogáveis de acordo com a gravidade do caso e após avaliação de nossa regulação, por até mais 6 meses), fornece estrutura, apoio e programas de tratamento para ajudar a prevenir recaídas, além de melhorar o funcionamento social.

Modalidades de tratamento em Hospital Day-clinic em Psiquiatria:

- **Intensivo:** A cobertura para essa modalidade é de até 3 vezes por semana em até dois turnos. A modalidade intensiva é indicada para indivíduos considerados GRAVES. O que caracteriza esta modalidade é a ameaça de dano a si mesmo ou a outros, ou que, por estarem gravemente desorganizados ou sob a influência de delírios ou alucinações, são incapazes de cuidar de si mesmos e necessitam de constante supervisão e/ou apoio. Excepcionalmente, a regulação pode indicar por período determinado o aumento de dias na semana. Outras possíveis indicações incluem problemas clínicos ou psiquiátricos gerais que tornem o tratamento ambulatorial inseguro ou ineficaz. O objetivo maior dessa modalidade é a reintegração do usuário ao convívio social com a família e com a comunidade onde vive.
- **Semi-intensivo:** A cobertura para essa modalidade é de até 2 vezes por semana. A modalidade semi-intensiva é indicada para sintomas moderados e recorrentes e para continuidade e/ou manutenção do tratamento do intensivo (por período de 60 dias). Após o período de tratamento nesta modalidade, a manutenção e/ou prevenção de recaídas deve ser continuada com psicoterapia ambulatorial.



Observação sobre modalidades e horários:

- A modalidade de *day-clinic* prevê a permanência do beneficiário no ambiente do contratado das 8h às 16h, incluindo o almoço.

Indicação da modalidade de tratamento por CID (Classificação Internacional de Doenças):

- **De F00 – F09 Transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos:**
 - Para as Demências: este quadro usualmente manifesta-se até os 65 anos. Após essa idade, o processo de envelhecimento natural não pode ser confundido com doença.
- **De F10 – F19 Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de substâncias psicoativas:**
 - Para estes CID, poderá ser liberado tratamento intensivo mediante laudo/histórico e evolução clínica que justifique a hipótese diagnóstica.
- **De F20 – F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes:**
 - A indicação da modalidade fica a cargo da gravidade do caso.
- **De F30 – F39 Transtornos do humor (afetivos):**
 - A indicação da modalidade fica a cargo da gravidade do caso, avaliada pela Regulação médica do Saúde Recife.
- O tratamento em Hospital-dia na Modalidade Intensiva para transtornos de humor somente será liberado para os CID's abaixo relacionados:
 - F30 – 30.2 – Episódio Maníaco
 - F31 – F 31.2 – F 31.5 – Transtorno Afetivo Bipolar
 - F32 – F32.3 – Episódio Depressivo
 - F33 – F 33.3 – Transtorno Depressivo Recorrente
- Para os CIDs relacionados abaixo, a indicação da modalidade fica a cargo da gravidade do caso e avaliação da regulação médica do Saúde Recife:
 - De F40 – F48 Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes
 - De F50 – F59 Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos
 - De F60 – F69 Transtornos de personalidade e de comportamento em adulto
 - De F70 – F79 Retardo mental leve
 - De F80 – F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico
 - De F90 – F98 Transtornos emocionais e de comportamento com início ocorrendo habitualmente na infância ou adolescência
 - F99 – Transtorno mental não especificado

Observa  :

- Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, será estendida a cobertura para 180 dias por ano em hospital dia.
- Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, a  incluídos os procedimentos médicos necessários aos atendimentos das lesões auto infligidas.
- Está coberto integralmente 30 (trinta) dias de internaa  o, por ano, em hospital geral, para beneficiários portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

Solicitação do tratamento de Psiquiatria:

- A internaa  o em regime de Hospital *Day Clinic* pode ser autorizada como alternativa imediata ao tratamento hospitalar para beneficiários agudamente psicóticos ou para continuar a estabilização após breve estada no hospital ou sintomas graves.
- Toda solicitação de tratamento psiquiátrico, seja em internaa  o convencional ou em regime de Hospital *Day Clinic*, deverá ser feita em formulário padronizado do Saúde Recife, disponibilizado para download na página principal do site do Saúde Recife.
- A solicitação deverá ser encaminhada através do sistema informatizado para a regulação do Saúde Recife e será submetida à análise técnica do auditor, para fins de autorização. Autorizado, uma senha do sistema informatizado será fornecida para a realização e cobrança dos serviços.
- A prorrogação da internaa  o, independente da modalidade, deverá ser solicitada pelo médico assistente com justificativa médica consubstanciada tecnicamente, compatível com a necessidade de permanência do beneficiário em tratamento psiquiátrico frente ao quadro clínico apresentado, e encaminhada através do Sistema para a Central de regulação do Saúde Recife, para avaliação do auditor.
- Inicialmente, serão autorizados no máximo 03 dias de internaa  o por solicitação, e a ausência de dados ou descrições vagas são impeditivas da avaliação da solicitação.
- Prorrogações não informadas/solicitadas ao Saúde Recife durante o curso da internaa  o não serão realizadas retroativamente. A pertinência da indicação da prorrogação da permanência do beneficiário será avaliada durante a auditoria *in loco*, cabendo considerar ou não a(s) diária(s).
- A assistência na modalidade hospital dia/clínica dia, em psiquiatria, inclui os seguintes itens:



- a) Serviços hospitalares;
- b) Honorários de equipe multiprofissional;
- c) Honorários do médico psiquiatra;
- d) Medicamentos psiquiátricos próprios para o caso;
- e) Materiais descartáveis;
- f) Até 12 h de permanência do beneficiário no hospital;
- g) Dieta do beneficiário.

V.1.5.2. Diária Hospitalar (Geral)

- Compreende a modalidade de assistência em que o beneficiário utiliza leito hospitalar e serviços pela permanência por um período de até 24 horas em uma instituição hospitalar. A diária hospitalar é divisível e dependente do horário de entrada e saída do beneficiário no serviço. As internações que iniciarem entre 10:00 e 22:00 horas serão contadas como diárias integrais.

Internação de Longa permanência em Psiquiatria:

- Será coberto integralmente a internação em hospital psiquiátrico, por um limite comum de 30 dias, para beneficiários portadores de quadro de transtornos mentais em situação de doença psiquiátrica incompatível com o convívio social ou risco de morte. A internação deverá ser solicitada pelo médico psiquiatra que atender ao beneficiário na ocasião da crise, que justifique essa modalidade de tratamento. A solicitação médica será avaliada pela equipe de regulação interna do Saúde Recife. Uma vez autorizada, será emitida uma guia de internação clínica em psiquiatria. Esta guia deverá estar autorizada no sistema informatizado do Saúde Recife caracterizando o início da internação. Quinzenalmente será liberada 01 (uma) consulta em psiquiatria para reavaliação do quadro clínico. Só haverá prorrogação, excepcionalmente, de até 30 dias, mediante laudo, histórico e evolução clínica emitida pelo médico psiquiatra assistente, que respalde tal solicitação, passando novamente pela avaliação da equipe técnica de regulação interna desta Autarquia.

Itens de serviços inclusos na diária modalidade Day Clinic e Diária Integral:

- Acomodação em enfermaria coletiva;
- Leito próprio;
- Higiene do beneficiário, incluindo materiais necessários para sua realização.
- Troca de roupa de cama e de banho higienizada;
- Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental;
- Alimentação do beneficiário de acordo com a prescrição médica;
- Assistência de enfermagem;
- Materiais de proteção individual - EPI (luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, pró-pé, entre outros);



- Ponto de oxigênio e vácuo;
- Climatização;
- Indumentária para beneficiário cirúrgico (bata, gorro, prop s).

Itens de serviços não inclusos na diária modalidade Day Clinic e Diária Integral:

- Honorários médicos;
- Exames inerentes à patologia e/ou   causa que originou a internação do beneficiário (SADT);
- Materiais descartáveis (materiais excepcionais com valor igual ou superior a R\$ 200,00 devem ter autorização prévia   sua utilização);
- Medicamentos (medicamentos com valor igual ou superior a R\$ 200,00 ou com tratamento igual ou superior R\$ 2.000,00 devem ter autorização prévia   sua utilização);
- Gás medicinal em qualquer vazão;
- Hemoterapia e hemoderivados;
- PME;
- Acompanhante com café da manhã para beneficiários internados que tenham mais de 60 anos e menos de 18 anos, incapazes e com necessidades especiais.

V.1.5.3. Diária Global

- Constitui uma modalidade de cobrança pela permanência de um beneficiário por um período divisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar. As diárias globais são cobradas considerando a permanência do beneficiário e a acomodação utilizada.

Compreende um conjunto de serviços hospitalares englobando itens tais como:

- Assistência de enfermagem;
- Materiais de consumo;
- Alimentação do beneficiário;
- Medicamentos;
- Materiais Descartáveis;
- Honorários médicos (Diaristas e Plantões em UTI);
- SADT (Rx e ECG);
- Taxas de equipamentos;
- Gases em qualquer vazão.

Observações Importantes sobre Medicamentos de Alto Custo em Diárias Globais:

- Para os Referenciais de Diárias Globais, medicamentos de alto custo não inclusos, deverão ser cobrados fora do pacote, genérico com Preço de Fábrica com acréscimo de 18%, mediante justificativa e autorização prévia   realização do procedimento. São medicamentos de alto custo: Reoptro,



Agrastat, Actylise, Voluven, Streplase, Alprostadil, Gyprpressin, Ambisome, Cancidas, Albumina, Símdax, Stilamin, Granulokine, Lupron, Imunoglobulinas, Targocid, Torgena, Actilyse, Remicade, Novosevan, Sandostatin, Surfactantes, Xigris, Xolair, Somatostatina, Ecalta, V-fend, Abelcet, fatores de coagulação e contrastes não iônicos, Imunossupressores, Zyvox, Herceptin e seus princípios ativos, similares, e medicamentos imunobiológicos e quimioterápicos;

- Quando necessária a utilização de medicamentos de alto custo e/ou materiais excepcionais nos casos de urgência/emergência, o pedido de autorização prévia imediata fica dispensado. Posteriormente, devem ser solicitadas a pertinência do uso para regulação médica ou médico auditor médico “in loco”, em até 24 horas após o uso, devendo constar relatório médico quanto à necessidade e utilização, sendo a sua autorização anexada ao prontuário do beneficiário, cabendo auditoria presencial.
- **Materiais Excepcionais:** síntese, órteses, *stents*.

V.1.5.4. Diária de Internamento – Cuidados Paliativos e Reabilitação

- Consiste no atendimento a beneficiários, em sua maioria procedentes de hospitais gerais, com indicação de cuidados multidisciplinares complexos no intuito de reabilitação intensiva, redução da complexidade dos cuidados, capacitação de familiares e/ou controle de sintomas.

Perfis de Atendimento:

- Reabilitação (Funcional ou Adequação de Cuidados);
- Cuidados paliativos de fim de vida.

Reabilitação (Funcional): Beneficiários em recuperação de um evento agudo recente, que ocasionou significativa perda de funcionalidade para realização de atividades básicas de vida diária (como comer, tomar banho etc.). Beneficiários seguem um plano de cuidados customizado e intensivo, que pode chegar até 18 horas semanais de terapias, elaborado por uma equipe multidisciplinar, com objetivo de recuperação da independência. O acompanhamento médico é feito 24h por dia, 7 dias por semana. Com suporte de fisioterapia (médicos especializados em reabilitação).

Objetivo: Retomada da autonomia, prevenção a complicações e melhoria da qualidade de vida.

Reabilitação Adequação de Cuidados: Beneficiários com condições crônicas ou permanentes, com baixa possibilidade de reabilitação funcional, mas que tiveram um novo evento agudo e possuem demandas de cuidados complexas e necessidade de construção de um plano de cuidados pós-alta.

Cuidados Paliativos de Fim de Vida: Autorizados para beneficiários portadores de doenças que ameaçam a continuidade da vida. É comum que estejam em



internações hospitalares prolongadas e sem perspectiva de cura ou melhora funcional.

- A assistência   promovida por uma equipe multidisciplinar especializada e tem como objetivo controlar os sintomas em todas as suas dimensões (física, psicológica, espiritual e social), além de acolher e promover melhora na qualidade de vida para beneficiários e familiares.

Observação: O atendimento na clínica ocorre exclusivamente mediante solicitação do médico assistente, análise e aprovação pela área técnica do Saúde Recife que avaliar  tecnicamente a indicação/pertinência da transferência para o Hospital de Transição através de informações de auditoria própria (relatório e pontuação tabela ABEMIB) e dados do relatório de solicitação elaborado pelo médico assistente. Serão autorizadas inicialmente 10 diárias. Após esse período o médico auditor fará uma nova avaliação para alta hospitalar, prorrogação das diárias ou indicação de PAD (programa de assistência domiciliar).

V.1.5.5. Diária de Acompanhante

- Refere-se   pernoite com café da manhã de um acompanhante no local da internação.
- O Saúde Recife custear  a diária para acompanhante nos casos de: crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir dos 60 anos de idade e portadores de necessidades especiais, neste último caso com recomendação do médico assistente.
- As diárias de acompanhante poderão ser pagas na conta hospitalar mediante pr -autorização do auditor *in loco* e com a comprovação da permanência do acompanhante, através da assinatura do acompanhante na fatura do item ofertado/consumido.
- Caso haja solicitação do acompanhante, nos casos acima descritos, o Saúde Recife poderá custear o almoço e o jantar, devendo ser entregue a comanda devidamente assinada.

V.1.6. Tabelas de Diárias (Completa)

Ord.	Descrição	Código
1	Day Clinic (meia diária de Enfermaria)	91000001
2	Diária de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal	91000004
3	Diária de UTI Cardiológica	91000006
4	Diária de UTI Geral	91000007
5	Diária de UTI Neonatal (UTIN)	91000008



Ord.	Descrição	Código
6	Diária de UTI Pediátrica	91000009
7	Diária Hospital Dia Psiquiatria- Day Clinic	91000010
8	Diária Integral de Psiquiatria Enfermaria (com psicotrópicos)	91000011
9	Meia Diário de Hospital Dia Psiquiatria	91000012
10	Diária de Berçário	91000013
11	Diária de Enfermaria	91000014
12	Diária Global De UTI Neonatal	91000015
13	Diária Compacta de Berçário Intermediário	91000016
14	Diária de Acompanhante - Menor de 18 anos e Maior de 65 anos	91000017
15	Diária Global de UTI Clínica	91000018
16	Meia Diário Global de UTI – Clínica	91000019
17	Diária Global de Internação Clínica	91000020
18	Meia Diário Global de Internação Clínica	91000021
19	Diária Global de Internação Pediátrica	91000022
20	Meia Diário Global de Internação Pediátrica	91000023
21	Diária Global de Internação Cirúrgica	91000024
22	Meia Diário Global de Internação Cirúrgica	91000025
23	Diária Global de Terapia Semi-intensiva	91000026
24	Diária Global de UTI Cardiológica	91000027
25	Meia Diário Global de UTI – Cardiológica	91000028
26	Meia Diário de UTI Pediátrica	91000029



Ord.	Descrição	Código
27	Meia Diária de Berçário	91000030
28	Meia Diária de Cuidados – UNIDADE INTERMEDIÁRIA Neonatal	91000031
29	Meia Diária Global de terapia semi-intensiva	91000032
30	Meia Diária Global de UTI Neonatal	91000033
31	Diária Global de UTI Pediátrica	91000034
32	Meia Diária Global de UTI Pediátrica	91000035
33	Meia Diária Global de Berçário Intermediário	91000036
34	Meia Diária de UTI Geral	91000037
35	Meia Diária de UTI Cardiológica	91000038
36	Meia Diária de UTI Neonatal	91000039
37	Diária de Internamento – Cuidados Paliativos e Reabilitação	91000041

VI. Eventos Adversos

Eventos adversos na saúde são incidentes ou situações indesejadas que ocorrem durante o processo de cuidado à saúde e que resultam em danos ao beneficiário. Esses eventos podem ser evitáveis ou inevitáveis e estão associados, geralmente, a erros, falhas no sistema ou reações inesperadas durante o tratamento.

Exemplos:

- **Erros de medicação:** administração de um medicamento errado, dose incorreta ou em um momento inadequado;
- **Infecções relacionadas à assistência à saúde:** como infecções hospitalares adquiridas durante a internação;
- **Quedas de beneficiário:** especialmente em ambientes hospitalares ou instituições de longa permanência;
- **Complicações cirúrgicas:** como sangramentos excessivos ou infecções após cirurgias. O período em que complicações cirúrgicas podem ocorrer relaciona-se entre 24h e 48h após a cirurgia. O risco mais alto para processos infecciosos está entre o terceiro e o sétimo dia de pós-operatório. Na literatura, considera-se como evento adverso infecções tardias que



podem surgir até trinta dias após o procedimento, se não houver implante ou um ano se houver implante;

- **Erros de diagnóstico:** atraso ou falha na identificação de uma condição.
- Úlcera de pressão adquirida após a internação.

Esses eventos são amplamente monitorados pelos sistemas de saúde, pois representam riscos à segurança do beneficiário e demandam estratégias de prevenção como protocolos, treinamentos e melhoria nos processos assistenciais. Após análise da auditoria, verificada a existência de eventos adversos conforme acima descrito, será aplicada a redução na conta em até 50% após discussão entre as partes.

VII. ODONTOLOGIA

Esta seção detalha as condições contratuais, operacionais e de assistência para os serviços odontológicos oferecidos pelo Saúde Recife. Ela complementa as regras gerais já estabelecidas nas seções anteriores deste manual, focando nas especificidades e requisitos próprios da Odontologia.

VII.1. Disposições Gerais e Obrigações do Credenciado

A relação contratual entre o Saúde Recife e os prestadores visa à prestação de serviços nas diversas especialidades de Odontologia. Este documento tem a finalidade de estabelecer as condições para a solicitação, análise, autorização e auditoria de procedimentos odontológicos.

VII.1.1. Obrigações do Prestador Credenciado

O prestador de serviços odontológicos credenciado possui as seguintes obrigações:

- **Obrigações do Termo de Credenciamento**

a) Conhecer e observar as normas operacionais do Saúde Recife que orientam o planejamento e a execução dos tratamentos aos seus beneficiários.

b) Verificar a validade do Cartão de Identificação de Beneficiário - CIB.

c) Atender os beneficiários do Saúde Recife em conformidade com o Termo de Credenciamento assinado e as normas vigentes estabelecidas pelo Saúde Recife, observando o correto preenchimento dos formulários necessários à comprovação dos serviços prestados e destinados ao respectivo pagamento.

d) Receber prontamente a equipe multiprofissional do Saúde Recife na realização das vistorias.

e) Conhecer a relação dos procedimentos com os respectivos códigos da Tabela Geral de Procedimentos Odontológicos (TGPO), que estão firmados no Termo de Credenciamento.

VII.1.2. Identificação do Profissional e do Beneficiário

Para a identificação do Cirurgião Dentista contratado junto ao beneficiário, é obrigatória a colocação, em local visível, da logomarca do Saúde Recife. Além

disso, em todos os documentos enviados ao Saúde Recife, deve-se informar claramente o nome do Cirurg o Dentista ou sua razão social e o número de registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO).

Os beneficiários do Saúde Recife são os titulares participantes e seus dependentes. No ato do atendimento, o Cirurg o Dentista deverá solicitar o Cartão de Identifica o de Beneficiário (CIB), que cont m o código e nome do beneficiário, e um documento de identifica o com foto.

- **Orienta es Básicas**

O beneficiário não terá direito ao atendimento caso esteja suspenso ou inativo no plano. Da mesma forma, no período de carência, o Saúde Recife não arcará com as despesas de atendimentos efetuados em caráter eletivo. Consequentemente, se o serviço for realizado nessas condi es, não será passível de pagamento pelo Saúde Recife.

VII.2. Abrangência e Exclusões de Cobertura em Odontologia

VII.2.1. Procedimentos Odontológicos Cobertos

Os procedimentos cobertos pelo Saúde Recife na área de Odontologia, conforme a Tabela de Procedimentos Saúde Recife Odontológicos (TPSRO), incluem:

- Diagnose;
- Urgência /emergência;
- Eletivos.

VII.2.2. Procedimentos Odontológicos Não Cobertos

Estão excluídos da cobertura do Saúde Recife em Odontologia:

- Tratamentos e cirurgias experimentais não autorizadas pelo respectivo conselho de  tica;
- Cirurgias e exames complementares para realiza o de implantes odontológicos, reabilita o protética, ortodontia e exames correlatos;
- Todo procedimento que não constar na TPSRO.

É importante ressaltar que não é permitida a complementa o pecuniária de procedimentos que não constem na TPSRO. Se um paciente optar por realizar procedimentos não cobertos pela Tabela, deverá custeá-los integralmente, pois o Saúde Recife não aceita pagamentos por analogia ou similaridade (exemplo: cobrar uma coroa metalocerâmica como se fosse restaura o em resina).

VII.3. Remunera o, Cobrança e Auditoria Odontológica

Os valores dos honorários e serviços prestados em Odontologia são definidos pela Tabela de Procedimentos Saúde Recife Odontológicos (TPSRO), que especifica os códigos dos procedimentos cobertos e seus respectivos valores.

VII.3.1. Glosas e Recursos

O Saúde Recife fará a análise dos serviços prestados, podendo realizar glosas parciais ou totais em cobranças consideradas indevidas, notificando o contratado da constatação do erro pelo sistema para manifestação.

- O recurso de glosa deverá ser realizado dentro do prazo máximo de 60 (sessenta) dias. A partir do pagamento poderá haver interposição de recurso, por parte do CREDENCIADO, através do qual será justificado, de forma detalhada, cada item glosado, com a respectiva comprovação.

VII.3.2. Faturamento e Prazos

O sistema de faturamento dos serviços odontológicos prestados é realizado através do sistema informatizado do Saúde Recife.

As guias de tratamento odontológicos autorizados têm o prazo de até 30 dias para serem confirmadas no sistema informatizado do Saúde Recife. Findo este prazo a guia torna-se inapta para a geração de pagamento.

Entrega da Produção, para fins de faturamento:

- O CREDENCIADO terá o prazo de até 60 (sessenta) dias, contados do atendimento/serviço prestado, para apresentação da fatura e dos demais documentos comprobatórios da execução dos serviços na sede do Saúde Recife, inclusive registro eletrônico da respectiva guia correspondente ao atendimento. Findo o prazo de 60 (sessenta) dias, será considerada inapta para pagamento qualquer fatura apresentada..
- Os tratamentos que não forem entregues nas datas previstas no cronograma de faturamento somente serão processados e pagos no mês subsequente ou poderão perder sua validade, sendo o prazo máximo de 60 dias, conforme prazo de cobrança estabelecido entre o fim do tratamento e o envio da Guia.
- Em caso de mudança de profissional responsável pelo tratamento, o Cirurgião Dentista deverá disponibilizar uma cópia do prontuário do beneficiário para que o novo profissional possa dar continuidade ao acompanhamento, tendo ciência do que já foi realizado e das condições clínicas de saúde bucal.

VII.4. Acesso e Autorização dos Serviços Odontológicos

O beneficiário do Saúde Recife tem a liberdade de escolher o Cirurgião Dentista ou a Clínica Odontológica credenciada que desejar. Embora o acesso preferencial à assistência odontológica seja através do Clínico Promotor ou Odontopediatra, o acesso direto também é permitido.

VII.4.1. Perícias Odontológicas

O Saúde Recife reserva-se o direito de realizar perícias presenciais ou em situações especiais, quando julgar necessário, independentemente do valor do tratamento.



O beneficiário também pode solicitar uma perícia odontológica em qualquer fase de seu tratamento.

O não comparecimento do beneficiário para perícia final do tratamento odontológico realizado (quando convocado), implicará cobrança ao Titular, do valor integral dos serviços (participação de 100%).

VII.4.2. Autorização Prévia de Procedimentos Odontológicos

Todos os tratamentos odontológicos necessitam de autorização prévia do Saúde Recife, com exceção da consulta e tratamento com Clínico Promotor, procedimentos de urgência/emergência e radiologia. Os prestadores de serviços devem solicitar as autorizações odontológicas através do sistema eletrônico.

VII.5. Tipos de Serviços Odontológicos Específicos

Esta seção detalha os procedimentos e orientações técnicas para os diferentes tipos de serviços odontológicos cobertos.

VII.5.1. Consulta Inicial Odontológica

Entende-se como o exame clínico, anamnese e o plano de tratamento. Será realizada de acordo com a necessidade de cada beneficiário. Só poderá ser cobrada uma consulta/profissional (profissionais da mesma especialidade) por tratamento. O intervalo mínimo para cobrança de consulta pelo contratado, para o mesmo beneficiário, será de 6 (seis) meses. Caso o exame clínico não resulte em plano de tratamento, a justificativa da não continuidade do tratamento deverá constar no sistema.

VII.5.2. Radiologia Odontológica

Serão autorizados ao clínico/especialista credenciado, o RX periapical/interproximal e oclusal. Os demais procedimentos radiológicos ficam restritos às clínicas radiológicas. Todas as solicitações de exames radiográficos devem ser feitas em receituário contendo os dados de identificação do profissional como nome, endereço, especialidade, carimbo, assinatura e número do CRO.

Estarão sujeitas à repetição ou suspensão de pagamento:

- As radiografias com erros grosseiros de angulação ou processamento e que não permitam a boa visualização da área de interesse;
- As radiografias tomadas com técnica diferente da solicitada;
- As radiografias tomadas em películas seccionadas, exceto para odontopediatria;
- As radiografias que não estão acondicionadas em cartela, sem identificação e data.

Pedidos de radiografias extras orais e periapicais devem vir acompanhados de justificativas por parte do dentista solicitante. Exames radiográficos com finalidades ortodônticas, protéticas e de implantes não serão autorizados.



Para a realização de Raio-X periapical (código 99000150), a película deverá ser enviada junto com a guia de cobrança para fins de auditoria e pagamento.

VII.5.3. Abandono de Tratamento

Nos casos de interrupção de tratamento por período superior a 30 dias, faltas constantes ou sistemáticas sem justificativas por parte do beneficiário, o profissional encaminhará o tratamento parcialmente realizado para pagamento via sistema, informando a ocorrência. O Saúde Recife analisará e efetuará o pagamento apenas dos serviços já executados.

VII.5.4. Odontopediatria e Prevenção Específica

Os procedimentos de odontopediatria constantes da TGPO estão restritos a beneficiários com até 18 anos incompletos. No intervalo da faixa etária de 14 a 18 anos, o beneficiário poderá optar em continuar o tratamento com o Odontopediatra ou com o Clínico Promotor de Saúde.

VII.5.4.1. Profilaxia e Aplicação Tópica de Flúor

Serão autorizadas em intervalos mínimos de 6 meses, sendo que em casos excepcionais de odontopediatria, periodontia e pacientes especiais, este prazo poderá ser reduzido de acordo com a necessidade e devidamente justificado no campo de observação, com o laudo descritivo, para a análise do auditor.

A Orientação de Higiene Bucal, que compreende o ensino da técnica de escovação adequada, o uso do fio dental, a orientação de dieta e a evidenciação de placa bacteriana, já se encontra incluída nos procedimentos de Terapia básica periodontal e Tratamento não cirúrgico da Periodontia.

VII.5.4.2. Aplicação de Selante (por elemento)

Esse procedimento obedecerá ao seguinte:

- a) Poderá ser autorizado em faces híginas de dentes totalmente erupcionados;
- b) Em dentes permanentes com até 2 anos de erupção, para beneficiários com até 18 anos incompletos;
- c) Em dentes decíduos em beneficiários com até 5 (cinco) anos incompletos;
- d) A seleção dos dentes para aplicação de selante depende antes da atividade de cárie do paciente, dieta cariogênica do mesmo e das condições de um dente individualmente.

VII.5.4.3. Adequação do Meio Bucal

Entende-se como a remoção dos fatores retentivos de placa bacteriana e selamento provisório de cavidades múltiplas, em processos agudos, onde seja necessário restabelecer a normalidade fisiológica em curto espaço de tempo.

VII.5.4.4. Restauração de Ionômero de Vidro

Entendido como restauração definitiva e não como base ou forramento para outros materiais restauradores. Portanto, deve ser executado dentro das técnicas adequadas. É um procedimento restrito a:



- Dentes decíduos: classes I, II, III e V;
- Dentes permanentes: classes II (preparo tipo túnel ou Spot-filling), III e V sem envolvimento estético;
- Este procedimento poderá também ser liberado para os adultos, pois é bem indicado para lesões cariosas de colo (com justificativa do solicitante para o uso).

VII.5.4.5. Restauração Preventiva

Restrita às lesões incipientes, em zonas de baixo esforço mastigatório. Não poderá ser cobrada mais de uma restauração por face.

VII.5.4.6. Coroa de Aço

Limitada a dente decíduo com grande destruição coronária, visando ao restabelecimento anátomo fisiológico. É necessário RX final.

VII.5.4.7. Pulpotomia

Consiste em remover cirurgicamente, a polpa coronária em dentes decíduos e/ou permanentes.

VII.5.4.8. Tratamento Endodôntico de Decíduos

Faz-se necessário o RX final.

VII.5.5. Dentística

As restaurações (amálgama, resina e materiais assemelhados) deverão ser realizadas somente nos casos de real existência de cavidade provocada por cárie, fraturas ou hipoplasias. Sulcos profundos e/ou pigmentados, assim como manchas brancas e lesões de cárie inativas (em silêncio clínico), deverão ser mantidos sob controle (avaliação clínica e radiográfica). As substituições de restaurações estarão restritas aos casos em que se constatar existência de infiltração ou de evidente comprometimento da estética em elementos anteriores (em casos de fraturas, dentes muito escurecidos, entre outros). Procedimentos unicamente com finalidade estética não serão autorizados. É fundamental observar os seguintes pontos para a realização dos procedimentos: respeito do espaço biológico para inserção gengival; pontos de contato proximais e oclusais; acabamento (excesso de material, inclusive o esgarçamento do fio dental), cor, forma, escultura; e polimento, garantindo a estética e funcionalidade. Nos valores apresentados para pagamento das restaurações estão incluídos o forramento, material restaurador, acabamento e polimento.

VII.5.5.1. Restauração de Amálgama

Quando houver mais de uma restauração em uma mesma face, apenas uma restauração será considerada.

VII.5.5.2. Resina Fotopolimerizável

A execução deste procedimento será autorizada para dentes decíduos e permanentes. Nos dentes posteriores, sua aplicação será utilizada nas faces

vestibulares ou quando houver necessidade de preservação da estrutura dentária, nas faces proximais e oclusais.

Quando da indicação, deverão ser observadas: a relação da destruição coronária (extensão vestibulo lingual); o grau de higienização do paciente; a profundidade da margem cervical da caixa proximal; a possibilidade de isolamento absoluto; a carga do material e hábitos deletérios. O fator estético não deverá ser preponderante quando da indicação deste material e do amálgama. As resinas fotos são pagas por classe. Para a Classe II, quando ocorre envolvimento oclusal e proximal (mesial e/ou distal). Para Classe II – *Spot Filling*, quando não se envolve a face oclusal, a restauração é na proximal (mesial ou distal). Para Classe I, nos casos de restauração envolvendo a face oclusal e vestibular, a mesma será considerada CL I composta, sendo paga como quantidade 02 quando não houver comunicação entre as duas cavidades. Não estão autorizadas as trocas de amálgama por resinas por questões exclusivamente estéticas.

VII.5.5.3. Núcleo de Preenchimento

Faz-se necessária a comprovação radiográfica final.

O contratado deverá responsabilizar-se pelos procedimentos de dentística realizados, pelo período de 3 anos após a sua execução, devendo repeti-los sem ônus para o beneficiário e/ou Saúde Recife, caso apresentem problemas técnicos e/ou com os materiais utilizados.

VII.5.6. Endodontia

Na Endodontia, serão considerados os seguintes tópicos:

- O contratado especialista em endodontia autorizado a executar este procedimento deverá dispor no seu consultório de aparelho de RX que atenda as normas vigentes;
- O contratado deverá realizar radiografias de boa qualidade. Serão necessários RX inicial e final para a análise da revisão técnica do Saúde Recife (já inclusas nos valores do tratamento endodôntico);
- As radiografias devem ser cartonadas, identificadas e datadas. Anotar na cartela o comprimento de trabalho e referência, o que possibilitará a eventual confecção de núcleo metálico fundido. Não serão aceitos RX com superposição. O RX final deve vir com cone de guta percha já aparado;
- Qualquer alteração do tipo: fratura de lima, extravasamento de pasta, comprimento de trabalho, perfuração etc., é de total responsabilidade do dentista executante e, deve ser esclarecido por escrito, bem como o paciente advertido através de relatório em receituário próprio que acompanhará o paciente para fases seguintes do tratamento;
- O material obturador deverá ser preferencialmente de cone de guta percha.



- O tratamento endodôntico deverá ser realizado com uso de isolamento absoluto, as exceções deverão ser justificadas por escrito;
- Em princípio, serão aceitos condutos cujo comprimento de trabalho esteja até 2mm aquém do ápice radicular;
- O pagamento é feito por procedimento e não por sessão;
- O paciente deve ser alertado de que o resultado final   variável.

VII.5.7. Periodontia

As manchas de nicotina devem ser totalmente removidas. Caso não seja possível, a situação deve ser informada por escrito. Na avaliação final, a presença de tártaros e exsudato impedir  a aprovação do tratamento. O paciente deverá ser avisado de que, após os procedimentos periodontais, poderá ocorrer recessão gengival e/ou aumento dos espaços interproximais. Será considerado no tratamento periodontal, o mínimo de 3 dentes presentes para a existência de um segmento ou hemiarco. No caso de elementos distantes, cada 5 elementos serão considerados um segmento/hemiarco.

VII.5.7.1. Terapêutica Básica Periodontal

- a) Entende-se como sendo a raspagem, polimento coronário e aplicação t pica de flúor gel e orientação de higiene bucal. A ser realizado em pacientes isentos de bolsa periodontal ou com bolsas inativas;
- b) Poderá ser utilizada como procedimento de manutenção do tratamento periodontal, a ser utilizado, preferencialmente, pelo Clínico Promotor ou periodontista. Serão autorizadas em intervalo mínimo de seis meses.
- c) Em caso de diminuição do prazo intervalar, deverá ser justificado, com laudo e exames de imagem em anexo, que comprovam a necessidade do beneficiário.

VII.5.7.2. Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite

- Entende-se como sendo a raspagem, polimento coronário radicular, aplicação t pica de flúor e orientação de higiene por hemi-arcada, para elementos com bolsa periodontal acima de 4 mm;
- Este procedimento são pode ser realizado por Periodontista, quando houver credenciado na especialidade;
- Serão autorizados em intervalos mínimos de doze meses;
- A perícia final, quando houver, deverá ser realizada de sete a dez dias após a conclusão do tratamento não cirúrgico;
- Procedimento não é pago por sessão, e sim por solicitação, independente de quantas sessões o profissional levará para concluir.
-   obrigatório o envio do relatório de profundidade de bolsas para os hemiarcos em questão - Periograma. O mesmo deverá ser identificado com o nome do beneficiário, nome do dentista solicitante, data, carimbo, assinatura e CRO do mesmo;



- Entende-se o tratamento não cirúrgico da periodontite como medida terapêutica e não como procedimento inicial ou preparatório para a cirurgia periodontal. Para esta solicitação deverá estar presente um quadro de periodontite.

A cirurgia periodontal por segmento será considerada para o mínimo de 4 (quatro) dentes presentes, periodontalmente envolvidos, para caracterizá-la. A cirurgia periodontal por elemento será autorizada nos casos em que o número de dentes presentes e periodontalmente envolvidos não for suficiente para caracterizar o segmento, ou seja, menor ou igual a 3 dentes.

VII.5.7.3. Desgaste Seletivo

- 1) Desgaste dos elementos dentais, que estejam sofrendo trauma oclusal, com vistas à saúde destes elementos;
- 2) Procedimento não é restrito ao periodontista, podendo ser realizado por outro profissional credenciado;
- 3) O pagamento é feito por procedimento e não por sessão.

VII.5.7.4. Odontosec  o

Entendido como o procedimento periodontal que visa a separação de raízes de um elemento dental, com a finalidade de preservação de todas as raízes deste elemento. Este procedimento não é restrito a Periodontistas. Podendo ser realizado pelo periodontista e pelo cirurg o Buco-maxilo-facial.

VII.5.7.5. Amputação Radicular com ou sem Retro-obturação

Este procedimento visa   separação e remoção de uma ou mais raízes de um elemento dental e não é restrito a Periodontistas. Podendo também ser realizado pelo endodontista.

VII.5.7.6. Manutenção do Tratamento Cirúrgico Periodontal

- Entendida como o acompanhamento (revisão) da Cirurgia Periodontal realizada, podendo ser feita uma a cada mês, até o prazo máximo de 3 (três) meses após a cirurgia;
- Inclui os procedimentos necessários   manutenção, tais como: polimento coronário, tartarectomia, pequenas correções, etc e é restrito ao profissional que realizou a cirurgia Periodontal.

VII.5.8. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

1. As intervenções em cirurgias buco-maxilo-faciais podem ocorrer em consultório odontológico ou hospitais, dependendo do nível de complexidade;
2. Se estas intervenções forem realizadas em consultório odontológico deve ser utilizada a Guia de atendimento odontológico;
3. Se estes procedimentos forem realizados em ambiente hospitalar, com equipes multiprofissionais cirurg o-dentista, especialistas, médico anestesiata e auxiliares, o cirurg o deverá solicitar previamente o procedimento, enviando laudo



consubstanciado, bem como todos os exames necessários para análise, da solicitação para a perícia odontológica. O beneficiário deverá ser orientado a marcar a perícia e o Perito após avaliação fará a autorização na guia de CIRURGIA ODONTOLÓGICA. Nenhum procedimento de internação odontológica poderá ser cobrado em guia de tratamento odontológico.

4. Quando um procedimento que poderá de nível ambulatorial for solicitado para ambiente hospitalar, deverá ser anexado relatório circunstanciado com detalhes do risco, perfil do paciente, se portador de alguma doença que justifique o imperativo clínico do paciente e quais as dificuldades que impossibilitam o procedimento ser realizado em ambiente ambulatorial.

É importante notar que, conforme a Seção III.1.3 deste manual, para atos odontológicos que necessitem do concurso de anestesilogista e que não tenham seus portes previstos na classificação de honorários médicos do Saúde Recife, a remuneração deste especialista será equivalente ao **PORTE 4**, por evento, com especificações para cirurgia de remoção de dente incluso e outros procedimentos por dente.

VII.5.9. Próteses e Materiais Especiais (PME) em Odontologia

A utilização de Próteses e Materiais Especiais (PME) exige autorização prévia. A solicitação é de responsabilidade do Cirurgião Dentista assistente e deverá ser encaminhada à Central de Regulação do Saúde Recife do procedimento pela perícia.

As Próteses deverão obedecer às Normas de Fabricação e Requisitos Essenciais de Segurança e Eficácia de Produtos para a Saúde, estabelecidos pela ANVISA/MS. Nos procedimentos eletivos, as solicitações destes materiais devem ser encaminhadas com antecedência mínima de 15 dias úteis, e serão negociados, pelo Saúde Recife diretamente com o fornecedor/distribuidor. Após a cotação e finalização da negociação será encaminhada ao hospital, por fax ou e-mail a autorização dos materiais, a marca e a empresa que ofereceu o melhor preço. Nos casos de urgência e emergência o pedido de autorização prévia imediata fica dispensado, devendo o material utilizado ser devidamente justificado em relatório cirúrgico quanto à necessidade e utilização, restando à obrigatoriedade de solicitar a autorização à Central de Autorização no prazo máximo de 24 horas após a realização do ato cirúrgico, cabendo auditoria presencial, sempre que possível.

O Saúde Recife poderá, de acordo com o previsto no Contrato de Prestação de Serviços, efetuar auditoria *in loco* para verificar a utilização das Próteses solicitadas, inclusive acompanhar o ato cirúrgico, desde que devidamente autorizado pelo paciente, mediante a assinatura do Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento. A autorização para fornecimento de PME será dada, preferencialmente, ao fornecedor devidamente cadastrado no Saúde Recife.



- Fica estabelecido que, quando o produto solicitado não constar na Lista Referencial da ANS e o paciente ou seu responsável optar pela utilização do referido produto por vontade própria, ele deverá assinar um Termo de Consentimento atestando que arcará com as despesas adicionais aos valores estabelecidos na Lista Referencial.
- As PME adquiridas deverão, preferencialmente, ser de fabricação nacional e possuir registro na ANVISA. Materiais importados serão autorizados exclusivamente na absoluta inexistência de similar nacional ou de outro tipo que o substitua, justificada a sua imprescindibilidade.
- Para os procedimentos eletivos, as solicitações das PME deverão ser encaminhadas, juntamente com a solicitação da cirurgia, para a avaliação técnica do auditor/regulador, para fins de autorização ou não, e da cotação junto aos fornecedores. O Saúde Recife tem até 21 (vinte e um) dias úteis para apresentar o resultado para o proposto. Do formulário de solicitação deve constar pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, e o valor apresentado.

VII.5.9.1. Exodontia (permanentes)

Quando solicitado perícia em procedimento já realizado,   necessária a apresentação das radiografias inicial e final para fins de comprovação e a justificativa, sendo que esta, deverá ser anexada para a realização do evento. Caso não sejam apresentados os documentos acima exigidos, cabe a glosa.

VII.5.10. Urgência Odontológica

Tratamento cirúrgico da alveolite e da hemorragia: Estes procedimentos são serão pagos em casos de urgência, quando forem executados por um profissional diferente daquele que realizou as cirurgias. Pulpectomia/Pulpotomia: Caracterizada como caso de urgência para alívio da dor é um procedimento de tratamento endodôntico e já inclui a Pulpectomia. Consulta de Urgência: No atendimento da Urgência Odontológica pode-se cobrar a consulta de urgência e o(s) procedimento(s), realizado(s), desde que existente(s) na TGPO. São considerados procedimentos/situações de Urgência:

- a) drenagem de abscesso;
- b) tratamento de alveolite;
- c) exodontia de dente decíduo ou permanente;
- d) fratura dentária;
- e) hemorragia;
- f) pulpectomia;
- g) pulpotomia;



- h) reimplante de dente;
- i) trauma buco-maxilo-facial;
- j) traumatismo de tecidos moles ou duros.

Os procedimentos constantes na *Tabela de Procedimentos Odontológicos, Solicitações e Autorizações*, abaixo, quando realizados conjuntamente com a Consulta Odontológica de Urgência (código 99000003), são passíveis de cobrança separada, mediante expressa pertinência clínica:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
99000005	Exodontia
99000006	Colagem De Fragmentos
99000009	Tratamento Cirúrgico De Alveolite
99000010	Tratamento Cirúrgico De Hemorragia
99000014	Pulpectomia - Bio E Necro (Em Emergência)
99000015	Incisão E Drenagem De Abscesso Extraoral
99000016	Incisão E Drenagem De Flegm�o Ou Celulite
99000040	Tratamento De Processo Agudo - Por Elemento
99000055	Exodontia de Decíduos
99000057	Pulpotomia

Para o atendimento de Urgência e Emergência em Odontologia, o credenciamento do Saúde Recife abrange os seguintes horários:

- **ODONTOLOGIA – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (DIAS E HORÁRIOS ESPECIAIS)**
 - a) 2  a 6  das 19h às 7h.
 - b) Sábados, Domingos, Feriados e Imprensados (oficiais) nas 24 h.

O Clínico Promotor pode realizar atendimentos de urgência, desde que com registro de laudo na Guia. Eventos relacionados a traumas dentais e alívio da dor (urgências) que surgirem durante o atendimento do Clínico Promotor deverão ser cobrados e devidamente justificados. Contudo, a cobrança da consulta de urgência não se aplica nos casos em que o paciente já estava sob os cuidados do profissional.



VII.6. Padronização e Ações do Clínico Promotor

Esta seção visa padronizar as ações de promoção de saúde realizadas pelos Clínicos Promotores, clarificar os procedimentos e tornar objetivos os procedimentos subjetivos. O objetivo é gerar multiplicadores no âmbito familiar para a Promoção de Saúde Bucal e determinar o Clínico Promotor como o Cirurg o Dentista referência do Participante. Os principais objetivos das ações do Clínico Promotor são:

• Objetivos

1. Prevenir a cárie dental, doença periodontal, câncer de boca e DST's de manifestação oral, bem como nas doenças sist micas de interesse odontológico e de responsabilidade profissional – social;
2. Otimizar os dados epidemiológicos coletados;
3. Normalizar condutas evitando pagamentos em duplicidade de procedimentos por um mesmo Prestador;
4. Estabelecer a relação Prestador/Participante e sua família;
5. Gerar parceria técnica com nossos Prestadores;
6. Estabelecer critérios e parâmetros para auditoria clínica e auditoria interna;
7. Mensurar a qualidade no atendimento ao Participante Saúde Recife.

VII.6.1. Levantamento Epidemiológico

Os levantamentos básicos de saúde bucal são utilizados para coletar informações sobre as condições e necessidades de tratamento de uma determinada população, permitindo a avaliação e adequação dos serviços de saúde bucal e programas de treinamento. As duas doenças bucais mais prevalentes, cárie e doença periodontal, estão fortemente relacionadas à idade e frequentemente apresentam aumento na severidade e prevalência com o envelhecimento do indivíduo. A cárie, por ser irreversível e causar perda de tecido dentário, fornece informações sobre a experiência prévia da doença.

O Saúde Recife adota os seguintes índices para o levantamento epidemiológico:

- CPOD – Dentes Cariados Perdidos Obturados;
- CPOS – Superfícies Cariadas Perdidas e Obturadas;
- T. HEALTH – Inversamente proporcional ao CPOD, utilizado para avaliar o impacto das ações de saúde ($T. HEALTH = C + 2(\text{dentes restaurados}) + 4(\text{dentes hígidos})$);
- ISG –  ndice de Sangramento Gengival;
- IPV –  ndice de Placa Visível.

VII.6.2. Novo Modelo Assistencial Odontológico

O NOVO MODELO ASSISTENCIAL abrangerá o atendimento desde a Odontologia Intrauterina até a Odontogeriatricia. O profissional eleito para realizar o



atendimento como Clínico Promotor a pacientes desde a vida intrauterina aos 14 anos é preferencialmente a odontopediatra, ou um profissional com perfil inerente ao atendimento proposto. O perfil do Clínico Promotor, embora com atribuições da odontopediatra ou clínico geral, foca na filosofia e ação Promotora de saúde.

VII.6.2.1. Consulta Clínico Promotor Odontológico

Entende-se como o exame clínico, preenchimento do odontograma, levantamento das necessidades, adequação do meio, profilaxia, aplicação tópica de flúor, orientação higiênica e levantamento epidemiológico com periodicidade mínima de 720 dias. As consultas de manutenção, serão realizadas de 6 em 6 meses, sendo que os pacientes de risco poderão retornar de acordo com a justificativa, com laudo e exames clínicos comprobatórios em anexo, sendo a periodicidade do retorno, podendo ser inferior a 6 meses, de acordo com o previsto, caso haja avaliação de risco que a justifique.

VII.6.2.2. Primeira Consulta com o Clínico Promotor (Pacientes até 14 anos)

Inclui: Escovação supervisionada; levantamento clínico e epidemiológico; evidenciação de placa e registro percentual do índice; orientação em higiene oral, com exercícios da mecânica da utilização do fio e escova dental; educação detalhada relativa à influência da dieta na prevenção de doenças bucais e sistêmicas, bem como na prevenção de distúrbios da ATM através do aleitamento materno (odontologia intra-uterina e bebês); remoção de depósitos (cálculo infantil), profilaxia e aplicação tópica de flúor; aplicação de carióstáticos e selantes; solicitação de exame de diagnóstico; e prescrição da indicação dos instrumentos de higienização (tipo de escova, fio, creme dental, passa fio e limpador de língua, propondo métodos alternativos). Todas as ações descritas devem constar na ficha de diagnóstico.

VII.6.2.3. Consulta Clínico Promotor em Pacientes Adultos

A primeira consulta visa estabelecer vínculos e inclui: Realização de levantamento epidemiológico; evidenciação de placa com análise conjunta dos resultados com o cliente; registro das regiões dentais coradas e sua percentagem; orientação de dietas, exemplificando a relação do processo saúde-doença e a necessidade da diminuição dos micro-organismos orais através da mecânica da escovação e fio dental; auxílio na prevenção do Diabetes Mellitus através da dieta e estímulo ao não sedentarismo; exame periodontal com verificação de bolsas periodontais; remoção de cálculos (em pacientes sem bolsa periodontal); realização de profilaxia e aplicação de flúor; exame dos tecidos moles (prevenção de câncer bucal); motivação de pacientes fumantes quanto à eliminação do tabaco e prescrição de dieta rica em vitaminas A, C e E; instrução quanto ao tempo e frequência da higienização; indicação dos instrumentos de higienização; e solicitação dos exames



complementares de diagnóstico. Após a análise dos exames iniciais de diagnóstico, ocorre a liberação para início do tratamento curativo e/ou encaminhamento para atendimento especializado. Se não houver encaminhamentos, o Clínico Promotor deve arquivar os exames no Prontuário Odontológico do Participante ou solicitar a guarda por este, com o devido registro de sua entrega.

VII.6.3. Disposições Finais do Clínico Promotor

O Clínico Promotor pode realizar atendimentos de urgência, porém, com registro de laudo na Guia. O atendimento emergencial não pode ser realizado e cobrado concomitantemente ao tratamento eletivo. A realização de eventos relacionados aos traumas dentais e alívio da dor (urgências) que surgirem durante o atendimento do Clínico Promotor deverão ser cobrados e devidamente justificados. No entanto, a cobrança da consulta de urgência não se enquadra nestes casos em que o paciente já estava sob os cuidados do profissional.

VII.7. Formulários Odontológicos

○ Guia de Serviços Prestados (uso exclusivo da Odontologia)

- Tem as seguintes finalidades: Requisitar tratamento; Registrar os serviços realizados; Faturamento – cobrança das consultas e tratamentos.
- Na guia deverão ser registrados todos os serviços realizados, consulta ou tratamentos, com indicação do respectivo código do evento, do dente, a face, o quadrante, o segmento e a data da realização;
- O preenchimento da Guia deve ser feito conforme instrução pertinente. A Guia deve ser preenchida corretamente com os códigos dos procedimentos sem rasuras, para garantir o seu bom processamento, a qualidade e a agilidade no pagamento dos honorários profissionais e serviços realizados;
- É obrigação do contratado, a manutenção de um prontuário do paciente, em conformidade com o CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA – CFO; devidamente assinado pelos beneficiários para futuras auditorias.

VIII.2. Auditoria de Contas

A produção dos atendimentos realizados deverá ser apresentada à equipe de auditoria externa do Saúde Recife (médica e de enfermagem) até às 14h do dia 25 de cada mês para análise, disponibilizado o período de 25 a 30 de cada mês para



discussões entre as auditorias (contratante e contratado). Caso o dia 25 seja feriado ou final de semana, as contas deverão ser apresentadas no dia útil anterior ao definido. Para efeito de pagamento, serão consideradas apenas as faturas apresentadas devidamente analisadas, assinadas e carimbadas pela auditoria externa do Saúde Recife; contas sem autorização ou incompletas ficarão para entrada no mês seguinte.

A auditoria das contas será realizada nas dependências do prestador, pela equipe de auditoria do Saúde Recife: médico e enfermeiros. O prestador deverá colocar no sistema toda a sua demanda do que necessita ser autorizado previamente antes da realização da auditoria *in loco*.

A análise das faturas será baseada nos parâmetros fornecidos pelo Saúde Recife.

O prestador deverá fornecer toda documentação necessária para realização da auditoria das contas, sem a qual não poderá ser realizado.

Em hipótese alguma serão aceitas rasuras ou acréscimos ao prontuário/ficha clínica sem a devida identificação do profissional que prescreveu.

O auditor será responsável pela análise de todos os itens da conta: diárias, medicamentos, taxas, gasoterapia, materiais descartáveis e honorários.

Após a análise das contas pela equipe de auditoria, o prestador deverá enviar por meio eletrônico e físico em período estabelecido para análise do setor de contas médicas do Saúde Recife.

VIII.3. Regras Gerais para Entrega, Cobrança e Pagamentos de Atendimentos (Apresentação da Produção)

VIII.3.1. Entrega da Produção

- Os lotes deverão ser entregues de forma organizada, contendo as guias correspondentes na ordem do relatório de lote.

Prazos e Entrega de Guias Eletr nicas e Contas Físicas:

- A competência de produção do atendimento compreende o período entre o dia 21 (vinte e um) do mês em curso até o dia 20 (vinte) do mês subsequente;
- A produção gerada dos atendimentos realizados entre o dia 21 (vinte e um) do mês em curso até o dia 20 (vinte) do mês subsequente deverá ser entregue até o dia 10 do mês subsequente ao mês de produção, por meio eletrônico e a entrega física nas datas estabelecidas pelo Saúde Recife (calendário anual). A não entrega das contas no prazo determinado provoca a perda da competência para pagamento, ou seja, as guias entregues após o dia 10 entrarão no processo de faturamento da competência posterior (processo de faturamento como passivo).

- A inobservância por parte do credenciado do prazo disposto no item anterior desobriga o Saúde Recife do pagamento dentro da competência do atendimento;
- O CREDENCIADO terá o prazo de até 60 (sessenta) dias, contados do atendimento/serviço prestado, para apresentação da fatura e dos demais documentos comprobatórios da execução dos serviços na sede do Saúde Recife, inclusive registro eletrônico da respectiva guia correspondente ao atendimento. Findo o prazo de 60 (sessenta) dias, será considerada inapta para pagamento qualquer fatura apresentada.
- As autorizações de materiais e medicamentos de alto custo deverão ser anexadas às faturas apresentadas ao Saúde Recife.
- As contas parciais deverão ser fechadas no sistema informatizado com até no máximo 10 diárias. Após o fechamento, as guias deverão ser enviadas, loteadas e entregues no Saúde Recife com as faturas físicas para fins de pagamento.
- Não serão permitidas contas complementares.

Faturamento Eletrônico e Entrega das Faturas:

- Para fins de faturamento de contas, será necessário o envio do laudo médico por meio físico e inserido no sistema.
- Para envio por meio eletrônico, o Prestador deve acessar o Portal Conecta (<https://portalconectasaude.com.br/>), gerar ou realizar o upload do arquivo XML de cobrança;
- Para validação da cobrança, o Prestador deverá, após o envio no sistema do arquivo XML, entregar o meio físico das faturas lançadas no Portal Conecta. As faturas deverão estar organizadas, discriminadas e apresentadas com Capa de Lote. O Valor de cada lote deve estar em consonância ao estipulado pelo Saúde Recife.

VIII.3.2. Cobrança e Pagamento

- O pagamento da produção mensal será efetuado tendo por base o cumprimento das regras pactuadas tanto para a prestação da assistência quanto para as formas de cobrança e após o controle, auditoria e processamento das contas;
- O Saúde Recife fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor unitário vigente em cada guia de consulta/procedimento/exame, conforme Tabela Própria.
- As guias recebidas serão submetidas à análise e processamento, cabendo-lhe a emissão de glosa parcial ou total, sob evidência objetiva de irregularidade;



- As guias geradas no sistema que por algum motivo não resultaram em atendimento do beneficiário, terão que ser obrigatoriamente canceladas pelo prestador na opção "cancelar protocolo", disponível no Sistema. Caso as cobranças sejam apresentadas apesar desta inconformidade, serão glosadas automaticamente, não cabendo o direito a recurso de glosa;
- Caso o Prestador possua locais de atendimento distintos em Recife, porém com um só CNPJ, deve ser feita a entrega em um único lote, uma vez que as entregas devem ser por CNPJ e nome Fantasia do credenciado em cada lote;
- Caso o prestador possua CNPJ diferente em um mesmo município ou de municípios distintos, as entregas devem ser feitas por lote para cada CNPJ e nome fantasia.
- As faturas de atendimentos autorizados e rejeitadas por erro de preenchimento, rasuras, críticas do sistema operacional informatizado etc., serão devolvidas ao credenciado, para as correções que se fizerem necessárias, podendo, nestes casos, serem reapresentadas desde que não ultrapassem o prazo limite de apresentação de contas (60 dias após a data de atendimento), não cabendo recebimento após o encerramento deste prazo. Reapresentadas e aceitas, passarão também pelo controle e processamento da auditoria administrativa;
- O pagamento será efetuado através de crédito em conta bancária informada pelo prestador contratado, cabendo observar:
 - A vigência de pagamento da produção é de 60 (sessenta) dias após a entrega das contas.
 - O valor a ser pago é aquele apurado após o processamento da produção apresentada (auditoria).
 - O valor será creditado na conta bancária do prestador.
- O Saúde Recife fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor unitário constante em cada guia de consulta/procedimento/exame, conforme Tabela Própria do Saúde Recife vigente, disponibilizada na página principal do site do sistema informatizado;
- Após o processo de análise pela equipe do setor de contas médicas e havendo divergência nas informações apresentadas, ocasionando glosas, o credenciado poderá solicitar ao Saúde Recife o recurso sobre as glosas.
- Caso o Prestador não concorde com valores glosados durante o processo de Auditoria, deverá solicitar formalmente o Recurso de Glosa à Gerência de Faturamento e Contas Médicas no prazo máximo de até 60 dias a contar da data do pagamento.



- O não cumprimento dos prazos estabelecidos na cláusula anterior serão motivos para a inaptidão em caráter permanente da guia eletrônica e inviabiliza o pagamento da fatura.

Cobrança de Honorários do Anestesista (Detalhes Adicionais):

- Nos casos em que o procedimento possua porte anestésico, para fins de cobrança, a senha do procedimento será disponibilizada pelo hospital para que o anestesista gere a sua cobrança eletrônica e física.
- A cobrança deverá ocorrer mediante envio por meio eletrônico e físico. O Prestador deve acessar o portal eletrônico, gerar ou realizar o upload do arquivo XML de cobrança, criar lotes de cobrança e entregar na Sede do Saúde Recife, situada na Av. Manoel Borba nº 488 - Boa Vista, de segunda a sexta-feira, de 8 às 16 horas.
- A produção gerada dos atendimentos realizados entre o dia 21 (vinte e um) do mês em curso até o dia 20 (vinte) do mês subsequente deverá ser entregue até o dia 10 do mês subsequente ao mês de produção, por meio eletrônico e físico.
- Para fins de auditoria, todas as guias de sessões de terapias seriadas confirmadas entre os dias 21 a 20 de cada mês deverão ser entregues no Saúde Recife até o dia 10 do mês subsequente ao mês de produção;
- A auditoria do Saúde Recife retornará com apontamento das glosas até o dia 25 do mês em curso;
- A análise dos apontamentos das glosas, pela cooperativa, deverá ocorrer em até 05 dias úteis, a contar do recebimento;
- Após a análise, haverá a realização de consenso de auditoria (administrativo e técnico) em até 3 dias úteis;
- A geração da cobrança da guia de honorários ocorrerá a partir da informação do número da guia do procedimento autorizado que será fornecido pelo hospital;
- O prestador hospitalar deverá entregar ao anestesista, para fins de cobrança, a senha da guia de internação hospitalar, a descrição cirúrgica que, acompanhada da ficha anestésica, deverão ser entregues pelo anestesista no prestador de serviço, para fins de cobrança;
- Caso a guia do honorário do anestesista não seja gerada automaticamente durante uma internação, o que pode ocorrer em procedimentos de urgência, será de inteira responsabilidade do anestesista solicitar ao prestador o número da guia que foi posteriormente autorizada para o procedimento e realizar o acesso no sistema informatizado do Saúde Recife e assim gerar a cobrança dos honorários individuais;

- Caso ocorra eventual divergência entre a fatura de cobrança da prestadora de serviço, ficha anestésica, descrição cirúrgica e a guia autorizada no sistema informatizado, poderão criar diferença no pagamento; uma vez que o sistema informatizado realiza o faturamento eletrônico a partir da guia registrada que nele está.
- Não será acatada a cópia da guia do procedimento para fins de cobrança do acompanhamento anestésico, sem que esteja acompanhada dos demais documentos comprobatórios;
- O pagamento dos honorários do anestesista será valorado segundo os portes constantes no anexo correspondente a Rol de Procedimentos definido no Edital Credenciamento - Saúde Recife - Anestesia, e a cobrança dos honorários deverão ocorrer conforme os portes referidos;
- Em relação aos valores dos portes de anestesia pagos pelo Saúde Recife, são estabelecidas as regras a seguir:
 - O Saúde Recife pagará, mensalmente, ao prestador de serviço, pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme Rol de Procedimentos do Edital Credenciamento - Saúde Recife – Anestesia, acordado com o prestador de serviço e editado pelo Saúde Recife;
 - Na tabela, o porte anestésico 0 (zero) significa **NÃO PARTICIPAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA**, significa a participação do anestesista somente quando necessário, e quando houver necessidade, devidamente autorizado, o porte será equivalente ao porte 3.

Programa de Assistência Domiciliar (PAD) – Faturamento e Pagamento:

- Após a análise das contas pela equipe de auditoria, o prestador deverá enviar em tempo hábil as contas por meio físico e eletrônico ao faturamento do Saúde Recife.
- As contas parciais do Programa de Atendimento Domiciliar deverão ser fechadas no sistema informatizado do Saúde Recife. Após o fechamento, as guias deverão ser entregues em lotes no Saúde Recife com as faturas físicas para fins de pagamento.
- O Saúde Recife pagará pela prestação da assistência no programa de Gerenciamento de Crônicos o valor definido na tabela por beneficiário, mensalmente inscrito, e ativo, visitado e avaliado pelo Programa;
- O pagamento da produção mensal será efetuado tendo por base o cumprimento das regras pactuadas tanto para a prestação da assistência quanto para as formas de cobrança e após o controle, auditoria e processamento das contas;



- Beneficiários que tiverem alta administrativa dada pela equipe da Divisão de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças não terão guias autorizadas.

Regra Geral de Arquivamento:

- Os lotes/faturas/guias impressas arquivadas deverão estar disponíveis para análise por 05 (cinco) anos para efeito de auditoria do Saúde Recife.

