



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
1ª BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA
(GRUPAMENTO DE UNIDADE ESCOLA – 1945)
BRIGADA LOBO D'ALMADA**

**ATUALIZAÇÃO REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE /
2021 ao EDITAL 2020**

1. APRESENTAÇÃO:

1.1. Este documento discrimina as tabelas, índice e valores, e conceituação necessários dos serviços de saúde de Assistência Médico-Hospitalar, Ambulatorial e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, dos serviços de Atenção Domiciliar (HOME CARE) e Transporte de Paciente em Ambulâncias – Remoção/Evacuação (Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar móvel), objeto dos CREDENCIAMENTOS de Organizações Cívis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos do Comando da 1ª Brigada de Infantaria de Selva (P Med Gu BV).

1.1.1. Os valores estabelecidos neste documento têm como referência o constante no DIEx nº 191-SRAM/SdirTec/D Saude, de 21 de agosto de 2017 (PT nº 354-D Sau/SRAM, de 17 de agosto de 2017); DIEx nº 226-SRAM/SdirTec/D Sau, de 4 de abril de 2018 (PT nº 083-D Sau/SRAM, de 28 de março de 2018); DIEx nº 948-SRAM/SdirTec/D Sau, de 8 de julho de 2019 (PT nº 280-D Sau/SRAM, de 4 de julho de 2019); DIEx nº 932-SRAM/SdirTec/D Sau, de 9 de abril de 2020 (PT nº 105-D Sau/SRAM, de 2 de abril de 2020); DIEx nº 1028-SRAM/SdirTec/D Sau, de 28 de abril de 2020 (PT nº 171-D Sau/SRAM, de 27 de abril de 2020); DIEx nº 1292-SRAM/SdirTec/D Sau, de 15 de junho de 2020 (PT nº 280-D Sau/SRAM, de 09 de junho de 2020); DIEx nº 2554-SRAM/SdirTec/D Sau, de 23 de setembro de 2021 (PT nº 265-D Sau/SRAM, de 17 de setembro de 2021) e DIEx nº 2709-SRAM/SdirTec/D Sau, de 1º de outubro de 2021 (PT nº 283-D Sau/SRAM, de 30 de setembro de 2021).

2. DOS HONORÁRIOS DE CONSULTA E DEMAIS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM GERAL:

2.1. Os procedimentos dos serviços escritos no item 2 deste Referencial serão classificados como se segue:

2.1.1. A Unidade de Custo Operacional (UCO) será de R\$ 15,38 conforme CBHPM 2010;

2.1.2. Os portes terão como referência os valores constantes na Tabela CBHPM, 2010 acrescido de 13,3% (www.amb.org.br), descrita abaixo:

Porte	Valor do Porte	Porte	Valor do Porte
1A	R\$ 13,35	8A	R\$ 625,96
1B	R\$ 26,69	8B	R\$ 656,29
1C	R\$ 40,03	8C	R\$ 696,32
2A	R\$ 53,38	9A	R\$ 740,00
2B	R\$ 72,78	9B	R\$ 809,14
2C	R\$ 86,13	9C	R\$ 891,63
3A	R\$ 117,67	10A	R\$ 957,14
3B	R\$ 150,43	10B	R\$ 1.037,20
3C	R\$ 172,26	10C	R\$ 1.152,25
4A	R\$ 205,02	11A	R\$ 1.217,95
4B	R\$ 224,42	11B	R\$ 1.335,63
4C	R\$ 253,54	11C	R\$ 1.465,43
5A	R\$ 272,95	12A	R\$ 1.518,81
5B	R\$ 294,76	12B	R\$ 1.632,83
5C	R\$ 312,98	12C	R\$ 2.000,40
6A	R\$ 340,89	13A	R\$ 2.201,78
6B	R\$ 374,85	13B	R\$ 2.415,28
6C	R\$ 410,03	13C	R\$ 2.671,25
7A	R\$ 442,79	14A	R\$ 2.976,96
7B	R\$ 490,09	14B	R\$ 3.238,99
7C	R\$ 579,86	14C	R\$ 3.572,59

2.1.3. Os exames e procedimentos que não estiverem listados na CBHPM 2010, mas que já estiverem codificados em Classificação mais recente, poderão ser autorizados e realizados pela CONTRATADA e serão apreçados e remunerados conforme os valores fixados nos itens 2.1.1 e 2.1.2 deste Anexo para os portes e Unidade de Custo Operacional (UCO).

2.1.4. Os exames e procedimentos não listados em qualquer versão da CBHPM poderão ser autorizados pela Seção FUSEx do P Med Gu BV desde que a autorização seja precedida de pesquisa de preços, que deverá conter, no

mínimo, 03 (três) orçamentos, sendo remunerados com base na média ou no menor dos preços obtidos, conforme o § 2º do Art. 2º da Instrução Normativa nº 3, de 20 de abril de 2017, da Secretária de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

2.2. HONORÁRIOS MÉDICOS: O apuração e a remuneração dos honorários de consulta será feito conforme o seguinte:

	VALOR
CONSULTA PSQUIATRIA	R\$ 190,00
DEMAIS ESPECIALIDADES	R\$ 165,00

2.3. O PORTE ANESTÉSICO: prestados de acordo com os portes descritos na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2018, considerando UCO R\$ 20,47, de acordo com Comunicado Oficial CBHPM, de 29 de outubro de 2018 e serão remunerados conforme o que se segue:

PORTES ANESTÉSICOS		
	Porte	Valor do Porte
AN0	Anestesia Local	
AN1	3A	R\$ 202,37
AN2	3C	R\$ 310,38
AN3	4C	R\$ 471,79
AN4	6B	R\$ 725,73
AN5	7C	R\$ 1.043,81
AN6	9B	R\$ 1.412,69
AN7	10C	R\$ 1.876,68
AN8	12A	R\$ 2.367,80

2.4. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS: o apuração e remuneração dos Serviços e Exames Complementares, Terapia em Geral, Serviço de Diagnóstico por Imagem (Radiodiagnóstico) e Filmes radiográficos serão realizados com base Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2010 + 13,3 %, UCO R\$ 15,38.

2.5. TERAPIA ONCOLÓGICA: O apuração e a remuneração dos honorários, das taxas, materiais e medicamentos decorrentes da prestação de serviços em Terapia Oncológica será feito conforme tabela abaixo:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR R\$
1.01.01.01-2	CONSULTA	165,00

2.01.04.29-4	TERAPIA ONCOLÓGICA- Planejamento e 1º dia de tratamento	120,00
2.01.04.30-8	TERAPIA ONCOLÓGICA- por dia subsequente de tratamento	25,00
6.00.23.40-6	Tx de sala para quimioterapia	30,00
6.00.25.66-2	Tx de bomba para quimioterapia (por dia)	101,00
-	Medicamentos quimioterápicos e comuns	BRASÍNDICE PMC 17%
-	Medicamentos quimioterápicos e comuns de <u>uso restrito hospitalar</u>	BRASÍNDICE PF 17% + 25%
-	Material hospitalar	SIMPRO PF 17%

2.6. PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS: O apreçamento e a remuneração dos honorários, das taxas, materiais e medicamentos decorrentes da prestação de serviços em Endoscopia será executado conforme tabelas abaixo:

CÓD	PACOTE	VALOR
40202615	EDA	R\$ 613,81
	Incluso HONORÁRIOS MEDICAMENTOS e MATERIAIS	
CÓD	PACOTE	VALOR
40202615	COLONOSCOPIA	R\$ 794,32
	Incluso HONORÁRIOS MEDICAMENTOS e MATERIAIS	

2.7. GASOTERAPIA: Será remunerada conforme abaixo discriminado:

Descrição	Fator	Valor
Oxigênio por cateter nasal adulto e pediátrico por hora	HORA	20,00
Oxigênio por máscara adulto	HORA	20,00
Oxigênio respirador adulto por hora	HORA	2 lt/min: 7,90
		3 lt/min: 10,00
		4 lt/min: 18,40
		5 lt/min: 26,30
Oxigênio respirador pediátrico	HORA	20,00

por hora		
Nebulização por sessão em O2	SESSÃO	20,00
Ar comprimido por hora	HORA	16,30
Protóxido de azoto	HORA	60,00
Óxido Nitroso por hora	HORA	76,65
Gás Carbônico por hora	HORA	25,41
Óxido Nítrico por hora	HORA	76,65
Nitrogênio	HORA	10,25

3. PARA O APREÇAMENTO E REMUNERAÇÃO DE MEDICAMENTOS E DOSMATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES:

Quando não incluídos nos custos operacionais dos exames ou procedimentos e excetuando-se os decorrentes da prestação de serviços em Terapia Oncológica, os materiais e medicamentos deverão ser remunerados nos seguintes termos:

3.1. Medicamentos:

3.1.1. Para o apreçamento e remuneração de medicamentos, utilizar-se-á como referência a tabela **BRASÍNDICE**, atualizada, referente à época do atendimento e o justo valor, tendo como teto máximo o Preço Máximo ao Consumidor (PMC), correspondente à tributação de ICMS de 17% (dezessete por cento), observando-se, ainda, o seguinte:

3.1.1.1. A utilização de medicamentos que não tiverem o PMC (Preço Máximo ao Consumidor) deverá ser devidamente justificada e serão remunerados tendo como teto máximo o "Preço Fabricante 17% + 10% conforme previsto na Resolução nº 3, de 4 de maio de 2009, da CÂMARA DE REGULAÇÃO DOMERCADO DE MEDICAMENTOS, admitindo-se o acréscimo de até 10% de taxa de comercialização, já inclusos os tributos.

3.1.2. No caso de medicamentos oncológicos, será utilizada como referência a tabela do Guia Farmacêutico **BRASÍNDICE** se os mesmos constarem na Lista de Isenção do ICMS para Medicamentos Oncológicos.

3.1.2.1. Os medicamentos oncológicos não inseridos na Lista de Isenção do ICMS para Medicamentos Oncológicos do Guia **BRASÍNDICE** serão remunerados pela Tabela **SIMPRO**, atualizada, referente à época do atendimento e o justo valor, tendo como teto máximo o Preço Máximo ao Consumidor (PMC), correspondente à tributação de ICMS de 17% (dezessete por cento);

3.1.3. Os medicamentos serão pagos conforme prescrição médica, mas em caso de medicamento similar existente no mercado, será pago o de menor valor constante da Tabela **BRASÍNDICE** atualizada.

3.1.4. No caso de medicamentos não constantes da Tabela **BRASÍNDICE**, utilizar-se-á a Tabela **SIMPRO**, atualizada, referente à época do atendimento e o justo valor, tendo como teto máximo o Preço Máximo ao

Consumidor (PMC), correspondente à tributação de ICMS de 17% (dezesete por cento).

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

3.1.6. Os medicamentos utilizados serão prioritariamente os Genéricos (Lei nº 9.787, de 10 de Fev de 99). Medicamentos de referência, quando utilizados, deverão ser devidamente justificados pelo profissional solicitante.

3.2. Materiais médico-hospitalares:

3.2.1. Para o apreçamento e remuneração de materiais, utilizar-se-á como referência a tabela **SIMPRO**, atualizada, referente à época do atendimento e o justo valor, tendo como teto máximo pelo "Preço Fabricante ICMS (17%)", sem margem de comercialização e com deflator de 20%.

3.2.1.1. Materiais descartáveis não cobertos:

- Abaixador de língua
- Absorvente higiênico
- Bandeja para raquianestesia ou bandejas em geral
- Blusas descartáveis
- Odorizador de ambiente (Bom ar)
- Borracha de silicone
- Borracha para aspirador
- Camisa para microcâmera
- Caneta para bisturi descartável
- Cânula de guedel
- Chuca/chupeta
- Cidex
- Clorohex
- Conector
- Conexão para aspiração, bomba e pressão
- Creme dental
- Dermidine, germ-hand, sterilderm, álcool iodado- incluso nas diárias e taxas de sala
- Dome p/ transdutor de pressão
- Esponja para banho
- Esponjas em geral
- Éter benzina e tintura de iodo- incluso nas diárias e taxas de sala
- Filme endoscópico
- Fisoex, povidine
- Formol
- Frascos para exames
- Gel para biométrica

- Gerador de técnica
- Gempol
- Gesso sintético
- Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças- incluso nas diárias e taxas de sala.
- Lençol descartável
- Luva para aparelho de laparoscopia
- Manteiga de cacau
- Mercúrio de prata
- Ostedlite
- Palito de laranjeira
- Pasta gel
- Pijama descartável
- Placa para bisturi
- Plug adaptador macho
- Sabonete
- Sensor infantil/ neonatal
- Sensor para oxímetro
- Subgalato de bisnuto
- Toalha descartável

3.2.1.2. Materiais descartáveis cobertos com restrições:

I) Atadura de crepom: será pago somente quando houver indicação. Em caso de contenção no leito, será pago apenas quando devidamente prescrito pelo médico responsável;

II) Bolsa de colostomia Karaya drenável, será paga uma a cada 07 (sete) dias e em caso justificado pelo enfermeiro; e,

III) Cateter de acesso central: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada à punção. A embalagem deverá ser anexada.

3.3. Órteses, Próteses, Materiais Especiais e Cirúrgicos (OPMEC):

3.3.1. Serão adquiridos, em regra, diretamente pelo P Med Gu BV, por meio de regular processo licitatório, junto ao fornecedor vencedor do certame.

3.3.2. Quando o material não estiver em processo licitatório e este não puder ser realizado sem prejuízo à saúde do beneficiário do FUSEx, PASS, Fator de Custo e Ex-Cmb., as OPMEC poderão ser adquiridas por intermédio do CREDENCIADO e incluídos na conta hospitalar, mediante autorização da Seção FUSEx do P Med Gu BV e precedida de pesquisa de preços, que deverá conter, no mínimo, 03 (três) orçamentos ou, quando não for possível obtê-los, comunicados de não disponibilidade de material, sendo remunerados no menor preço, mediante apresentação de nota fiscal que comprove o real e justo custo do material, admitindo-se taxa de comercialização de até 10% (dez por cento).

3.3.3. Nos casos de urgência ou emergência, e tendo o CREDENCIADO disponibilidade, poderá fornecer diretamente as Órteses, Próteses, Materiais Especiais e Cirúrgicos (OPMEC), mediante autorização da Seção FUSEx do P Med Gu BV, sendo que para o apuração e a remuneração dos mesmos utilizar-se-á como referência o real e justo custo do material referente à data de utilização, mediante comprovação por meio da apresentação de nota fiscal e compatibilidade com os preços praticados no mercado distribuidor, admitindo-se, neste último caso, o acréscimo de até 10% de taxa de comercialização.

3.3.4. O valor da taxa de comercialização inclui o armazenamento e esterilização do material (OPMEC).

3.4. Dietas Especiais e outros produtos nutricionais industrializados:

3.4.1. As DIETAS ESPECIAIS serão adquiridas, em regra, diretamente pelo P Med Gu BV, por meio de regular processo licitatório, junto ao fornecedor vencedor do certame.

3.4.2. Quando as dietas não estiverem em processo licitatório e este não puder ser realizado sem prejuízo à saúde do beneficiário do FUSEx, PASS, Fator de Custo e Ex-Cmb, ou nos casos de urgência ou emergência, e tendo o CREDENCIADO disponibilidade, poderá fornecer diretamente as dietas especiais, mediante autorização da Seção FUSEx do P Med Gu BV, sendo que para o apuração e a remuneração dos mesmos utilizar-se-á como referência a Tabela **BRASÍNDICE**, tendo como teto máximo o "Preço Fabricante 17%", sem margem de comercialização e com deflator de 30%; ou ainda, o real e justo custo do material referente à data de utilização, mediante comprovação por meio da apresentação de nota fiscal e compatibilidade com os preços praticados no mercado distribuidor, admitindo-se, neste último caso, o acréscimo de até 10% de taxa de comercialização.

3.5. O CREDENCIANTE realizará a aferição das faturas, especialmente quanto à adequação do custo ao preço de mercado, por meio de seu Serviço de Auditoria Médica, conforme o procedimento previsto no contrato.

3.6. O CREDENCIADO, por ocasião da confecção das faturas, se obriga a apresentar à CREDENCIANTE os códigos da tabela SIMPRO referentes aos materiais efetivamente utilizados. A falta dos mesmos implicará no apuração e remuneração similar de menor valor.

3.7. É vedado ao CREDENCIADO cobrar diretamente do beneficiário do FUSEx, PASS, Fator de Custo e Ex-Cmb qualquer importância a título de taxas, honorários ou serviços prestados, inclusive depósitos prévios, além dos constantes das Tabelas acima pactuadas, salvo o direito do beneficiário de optar por melhoria de padrão de acomodação hospitalar para si ou para seus dependentes, quando internados em OCS.

3.7.1. Neste caso a diferença de honorários médicos e de despesas hospitalares referentes a esta opção será paga, integralmente, pelo titular junto ao prestador;

3.7.2. Ao fazer esta opção, o beneficiário deverá assinar, em conjunto com o responsável pela OCS, o Termo de Ajuste Prévio – anexo aos termos de contrato, tanto referente à melhoria do padrão de acomodação quanto com o médico assistente, que também assinará o termo.

3.8. TAXA DE SALA AMBULATORIAL:

Descrição	Fator	Valor (R\$)
Taxa de cirurgia ambulatorial – Equivalente ao Porte 0	Uso	95,29

3.8.1 COMPOSIÇÃO DE TAXAS DE SALA DE CIRURGIA:

- a) As Taxas de Sala de Cirurgia serão pagas conforme Porte Anestésico da Tabela acordada em contrato.
- b) As cirurgias ambulatoriais serão pagas com Taxa de Sala Ambulatorial ou Porte 0 (zero);
- c) Quando forem realizadas duas ou mais cirurgias, apenas a taxa de sala da cirurgia de maior porte será paga.
- d) Não serão pagos carros de anestesia, respirador, capnógrafo, PNI, aspirador, oxímetro, monitor cardíaco, cardioversor, bisturi elétrico e bomba de infusão utilizada na sala de cirurgia.

3.8.2. COMPOSIÇÃO DE TAXAS SALA CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO OBSTÉTRICO: As taxas compreendem:

- a) Local
- b) Mesa operatória
- c) Rouparia e campos descartáveis
- d) Serviços de enfermagem do procedimento
- e) Assepsia e antissepsia (equipe e paciente)
- f) Iluminação (focos)
- g) Controle dos sinais vitais
- h) Instrumental / equipamentos de anestesia
- i) Instrumentador
- j) Respirador (conforme contrato)
- l) Monitor cardíaco/ bomba de infusão
- m) Bisturi elétrico
- n) Aspirador elétrico ou a vácuo
- o) Oxímetro de pulso
- p) Cardioversor
- q) Instrumental cirúrgico
- r) Hamper
- s) Taxa de instalação de oxigênio
- t) Locomoção do paciente

3.8.3. Não estão incluídos na composição das taxas de salas hospitalares:

- a) Materiais de consumo e medicamentos.
- b) Gases anestésicos e oxigênio.
- c) Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não incluso acima.
- d) Honorários médicos.
- e) S.A.D.T.
- f) Sangue e hemoderivados.
- g) Drenos, cateteres, sondas, coletores de urina ou secreções, ataduras gessadas, de crepom ou de algodão ortopédico.
- h) Fios cirúrgicos, luvas, seringas descartáveis, agulhas para raquianestesia ou anestesia peridural.

3.9. DOS CURATIVOS: Os curativos serão classificados e remunerados conforme descrição abaixo:

3.9.1. DO APREÇAMENTO DOS CURATIVOS

CURATIVO (EXCLUI MAT/ MED)			
Ref.	Descrição	Fator	Valor (R\$)
1	Curativo Especial	Troca	74,00
2	Curativo Grande	Troca	63,00
3	Curativo Médio	Troca	53,00
4	Curativo Pequeno	Troca	42,00

3.9.2. DEFINIÇÕES E CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

a) Serão considerados curativos pequenos os seguintes: Cateteres centrais e arteriais, cesáreas, flebotomia, histerectomia, incisões pequenas e outras da mesma classificação sem exsudato, traqueostomia, oftalmológico, apendicectomia aberta ou por vídeo, cirurgias de tireóide, varicocele, colecistectomia e retirada de pontos cirúrgicos.

b) Serão considerados curativos médios os seguintes: Cirurgias infectadas (Cesáreas), incisões com drenos, lesões cutâneas de média extensão, com exsudato entre outros.

c) Serão considerados curativos grandes os seguintes: Incisões contaminadas ou com deiscência de sutura, grandes cirurgias como reconstrução mamária, enxertos e outras reconstruções incluindo fasciites, toracotomia com ou sem drenagem, grandes queimados, infecção de esterno e cavidades abertas, com lavagem, grandes fistulas e outros da mesma similaridade.

d) Serão considerados curativos especiais os seguintes: Aquelas lesões que ultrapassem em dimensões as descritas em curativos grandes, acrescidas pelo uso de grande quantidade de material.

e) Frequência de trocas dos Curativos:

f) de 01 a 03 dias: Alginato de cálcio, Carvão ativado c/ prata; e

II) de 01 a 07 dias: Hidrocoloide, Hidrogel.

f) Caso seja necessário realizar trocas de curativos com frequência maior do que especificado no subitem anterior, as solicitações deverão ser justificadas, por escrito, pelo enfermeiro.

g) Paciente internado deverá remunerar apenas materiais e medicamentos utilizados.

h) Os curativos realizados nas salas de cirurgias não serão remunerados, pois estão incluídos nas taxas de sala de cirurgia.

4. SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR ("HOME CARE")

4.1. CONDIÇÕES GERAIS e MODALIDADES NA ATENÇÃO DOMICILIAR: A Atenção Domiciliar será prestada por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social e a assistência de fisioterapeuta, técnicos de enfermagem incluindo também suporte de plantão.

4.1.1. A Atenção Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

4.1.1.1. Assistência Domiciliar Multiprofissional: é uma atenção continuada, normalmente a indivíduos restritos ao leito ou ao lar, portadores de patologias crônicas, mas estáveis clinicamente. Consta de Supervisão de Enfermagem, Plantão Médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, Serviço de Urgência/Emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, orientação à família e de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de assistência domiciliar à saúde;

4.1.1.2. Internação Domiciliar: indicada para pacientes agudos ou crônico-agudizados, no intuito de evitar a hospitalização. É indicada, também, em momento de desospitalização, para transição adequada do hospital para a residência, quando necessário. A Internação Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

a) **Internação Domiciliar 12 horas:** além do contido na assistência domiciliar multiprofissional, inclui os serviços de Técnico de Enfermagem por 12 (doze) h/dia, um aparelho de pressão arterial, termômetro, aparelho glicemia e mobiliário hospitalar, em regime de comodato, composto de uma cama hospitalar com rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, nobreak e um aspirador de secreção; e

b) **Internação Domiciliar 24 horas:** além do contido na assistência domiciliar multiprofissional, inclui os serviços de Técnico de Enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia, um aparelho de pressão arterial, termômetro, aparelho glicemia e mobiliário hospitalar, em regime de comodato, composto de uma cama hospitalar com rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, nobreak e um aspirador de secreção.

4.1.1.3. Procedimentos de Enfermagem: serviços de Técnico de Enfermagem, sob Supervisão de Enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e outros atendimentos de enfermagem que não requerem acompanhamento contínuo.

4.1.1.4. Gerenciamento de Casos Crônicos: compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, foncaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado nos seguintes planos:

a) **Gerenciamento de Caso Básico (GCB):** considera-se elegível na modalidade de AD, o paciente que requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, que compreende:

1) Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena seqüela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;

2) Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

3) Pacientes com pouca dificuldade de acesso a OMS ou rede credenciada;

4) Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames;

5) Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença; e

6) Os recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Foncaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

b) **Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI)** considera-se elegível na modalidade, o paciente que tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, que compreende:

1) Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com seqüela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

2) Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

3) Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

4) Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a OMS ou rede credenciada;

5) Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

6) Pacientes com infecções de repetição; e

7) Os recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por bimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês,

Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

c) **Gerenciamento de Caso Avançado (GCA)** considera-se elegível na modalidade, o paciente que tendo indicação de AD, e com risco alto de hospitalização, que compreende:

- 1) Portadores de doenças crônicas de difícil controle;
- 2) Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
- 3) Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;
- 4) Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso a OMS ou rede credenciada;
- 5) Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;
- 6) Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação; e
- 7) Os recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

4.2. O enquadramento do tipo de Atenção Domiciliar deve seguir a tabela de pontuação constante no **PROTOCOLO DE ELEGIBILIDADE (Tabela de Avaliação de Complexidade de Atenção Domiciliar - NEAD) Anexo C** do Projeto Básico, após solicitação técnica.

4.3. Estabelecer como prioridade de eleição da Internação Domiciliar os seguintes grupos de indivíduos:

- I - Idosos;
- II - Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
- III - Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e
- IV - Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

4.4. A OCS prestadora de Atenção Domiciliar deverá apresentar um relatório (avaliação inicial) enquadrando a real situação do paciente, onde deverá constar: dados de identificação (paciente e responsável), diagnósticos, histórico clínico do paciente, medicamentos em uso, exame físico, avaliação da dor, avaliação por sistemas (neurológico, respiratório, digestivo, tegumentar e geniturinário), avaliação do domicílio, recursos necessários para atendimento (materiais e equipamentos) e a avaliação para planejamento da atenção domiciliar previsto no **PROTOCOLO DE ELEGIBILIDADE (Tabela de Avaliação de Complexidade de Atenção Domiciliar - NEAD) Anexo C** do Projeto Básico.

DAS DIÁRIAS DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR:

Ref.	Descrição	Fator	Valor (R\$)
1	<p>DIÁRIAS DE ALTA COMPLEXIDADE <u>COM</u> VENTILAÇÃO MECÂNICA, incluso:</p> <p>a) Técnica de Enfermagem - 24 horas (diárias).</p> <p>b) Mobílias e equipamentos: cama hospitalar, colchão, colchão pneumático escada de dois degraus, cadeira higiênica e suporte de soro.</p> <p>c) Aparelhos, de PA, glicose, oxímetro, termômetro, nebulizador, aspirador e fluxômetro</p>	DIA	520,00
2	<p>DIÁRIAS DE ALTA COMPLEXIDADE <u>SEM</u> VENTILAÇÃO MECÂNICA, incluso:</p> <p>a) Técnica de Enfermagem - 24 horas (diárias).</p> <p>b) Mobílias e equipamentos: cama hospitalar, colchão, colchão pneumático escada de dois degraus, cadeira higiênica e suporte de soro.</p> <p>c) Aparelhos, de PA, glicose, oxímetro, termômetro, nebulizador, aspirador e fluxômetro.</p>	DIA	405,00
3	<p>DIÁRIAS DE BAIXA COMPLEXIDADE, 12 HORAS incluso:</p> <p>a) Técnica de Enfermagem - 24 horas (diárias)</p> <p>b) Mobílias e equipamentos: cama hospitalar, colchão, escada de dois degraus, cadeira higiênica e suporte de soro.</p> <p>c) Aparelhos, de PA, glicose e termômetro.</p>	DIA	145,00
4	<p>DIÁRIAS DE BAIXA COMPLEXIDADE 06 HORAS, incluso:</p> <p>a) Técnica de Enfermagem - 06 horas (diárias)</p> <p>b) Mobílias e equipamentos: cama hospitalar, colchão, escada de dois degraus, cadeira higiênica e suporte de soro.</p> <p>c) Aparelhos, de PA, glicose e termômetro.</p>	DIA	74,00

4.5.1. ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS: Nas diárias da internação domiciliar estão incluído (a)s:

- a) Troca de roupa de cama e banho de paciente;
- b) Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
- c) Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; administração de dieta; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; controle de sinais vitais; curativos; controle de diurese; sondagens; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enterocлизма, tricotomia, etc); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;
- d) Aspirador de secreções (vácuo ou elétrico);
- e) Nobreak;
- f) Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; e
- g) Equipamentos de proteção individual (EPI): luvas de procedimento não estéril, capas e/ou aventais, óculos e máscaras descartáveis.

4.6. DOS HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS

Ref.	Descrição	Fator	Valor (R\$)
5	Visita Domiciliar do Médico Assistente	VISITA	262,50
6	Visita Domiciliar do Médico Especialista	VISITA	368,50
7	Visita Domiciliar Enfermeiro	VISITA	73,50
8	Visita Domiciliar Nutricionista	VISITA	94,50
9	Visita Domiciliar Psicólogo (por sessão)	VISITA	84,00
10	Visita Domiciliar foncaudiólogo (por sessão)	VISITA	94,50
11	Visita Terapeuta Ocupacional (por sessão)	VISITA	94,50
12	Visita Assistente Social	VISITA	94,50
13	Fisioterapia Motora (por sessão)	DIA	78,75
14	Fisioterapia Respiratória (por sessão)	DIA	78,75
15	Fisioterapia Motora e Respiratória (por sessão)	DIA	84,00

4.7. DAS TAXAS DE ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS (Quando não inclusos nas Diárias)

Ref.	Descrição	Fator	Valor (R\$)
------	-----------	-------	-------------

16	Taxa de Aparelho de RX (por procedimento)	RX	63,00
17	Taxa de Eletrocardiograma (por procedimento)	ECG	63,00
18	Taxa de BIPAP (diária) Incluso manutenção do aparelho e máscara de reposição, sempre que necessária a troca, sem custos extras.	DIA	42,00
19	Taxa de BIPAP (mensal) Incluso manutenção do aparelho e máscara de reposição, sempre que necessária a troca, sem custos extras.	MÊS	1.050,00
20	Taxa de CPAP (diária) Incluso manutenção do aparelho e máscara de reposição, sempre que necessária a troca, sem custos extras.	DIA	42,00
21	Taxa de CPAP (mensal) Incluso manutenção do aparelho e máscara de reposição, sempre que necessária a troca, sem custos extras.	MÊS	1.050,00
22	Taxa de Concentrador de Oxigênio (diária)	DIA	42,00
23	Respirador Mecânico (diária)	DIA	Até R\$ 105,00
24	Taxa de aspirador elétrico (diária)	DIA	5,25
25	Taxa de Nebulizador (diária)	DIA	5,25
26	Taxa de Oxímetro de pulso (diária)	DIA	5,25
27	Taxa de monitor cardíaco (diária)	DIA	42,00

4.8. GASOTERAPIA

Ref.	Descrição	Fator	Valor (R\$)
28	Ar comprimido por hora	HORA	10,50
29	Oxigênio por recarga de cilindro	Recarga	367,50
30	Cilindro de Oxigênio 10 m ³ (mensal)	Quando utilizar	157,50

4.3.1. O cilindro será disponibilizado cheio a R\$ 150,00. A tx de recarga (R\$ 350,00) será cobrada quando for necessário, independente de tempo, sem periodicidade fixa de recarga.

4.3.2. Não será cobrada nenhuma tx de O₂ por tempo ou vazão.

4.9. DO APREÇAMENTO DOS CURATIVOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR (quando não inclusos nas diárias): serão apreçados conforme item 3.9. deste Referencial.

4.10. Os serviços e procedimentos realizados e não contemplados nos valores das diárias ou quando excedentes, ou ainda, nos casos de procedimentos específicos e executados por profissional de enfermagem, desde que devidamente autorizados pelo Médico Auditor do FUSEx, serão remunerados separadamente, conforme as tabelas 4.6 e 4.7 todas constantes desta Lista Referencial ou, nos demais casos, conforme este Referencial de Custos de Serviços de Saúde / 2020.

4.11. CONTAGEM DOS PRAZOS: As diárias são indivisíveis e se encerram ao meio dia (12h), com tolerância de até 2 (duas) horas e serão contadas do dia imediato ao da inclusão no SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ao dia da alta, inclusive.

4.12. A autorização será válida para no máximo 30 (trinta) dias. Havendo necessidade de continuidade do tratamento domiciliar, as faturas parciais deverão ser remetidas ao FUSEx em tempo oportuno e solicitada emissão de nova Guia de Encaminhamento.

4.13. DA URGÊNCIA / EMERGÊNCIA E DO ÓBITO: As intercorrências que impliquem em necessidade de remoção para OCS (Organização Civil de Saúde) CREDENCIADA com o FUSEx ou para qualquer outra Unidade Hospitalar, ocorrida em caráter de urgência/emergência, bem como os óbitos deverão ser informados ao FUSEx no dia da ocorrência ou no primeiro dia útil imediatamente após o fato, pelo telefone (95) 3823-2714. A fatura referente à internação deverá ser remetida tempestivamente à Seção de Auditoria para sua lisura e pagamento em caráter de urgência.

4.14. DOS ITENS COBERTOS COM RESTRIÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR:

1. **ÁGUA DESTILADA:** Será pago 01 (um) frasco de 500 ml por dia para o frasco de umidificador, e em caso de nebulização 01 (uma) ampola de 10 ml por sessão.

2. **ASPIRAÇÃO TRAQUEAL:** pagar 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de procedimento estéril e 01 (um) Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, conforme prescrição médica.

3. **SONDA VESICAL DE DEMORA:** será pago conforme a prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverão ter justificativa em prontuário.

4. **BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO:** será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, a sua troca terá que ter justificativa, conforme prescrição médica.

5. **BOLSA DE COLOSTOMIA ABERTA C/ ADESIVO MICROPOROSO DRENÁVEL:** Será pago no máximo 30 (trinta) bolsas por mês conforme

Portaria nº 400/2009-SAS/MS, caso seja necessário um quantitativo maior que o previsto o enfermeiro deverá justificar o uso.

6. **FRASCO DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL:** pagar 01 (um) por dia.

7. **CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA:** Será pago 01 (uma) por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada ao prontuário.

8. **CATETER DE OXIGÊNIO:** Será pago 01 (um) por internação. Caso seja necessário um quantitativo maior que o previsto o enfermeiro deverá justificar o uso.

9. **CATETER HIDROLIZADO (SALINIZADO):** somente com prescrição e pagar 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25x07, 01 (uma) ampola de Soro Fisiológico.

10. **COLETOR DE SISTEMA ABERTO:** será pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias.

11. **COLETOR DE URINA DESCARTÁVEL:** será pago 01 (uma) por dia mediante evolução de enfermagem, caso haja necessidade.

12. **ELETRODO DESCARTÁVEL:** Será pago 03 (três) a 05 (cinco) por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.

13. **EQUIPO GRAVITACIONAL ENTERAL OU BOMBA INFUSÃO:** o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas. A utilização de equipo enteral de bomba de infusão deverá estar em prescrição médica, com a devida justificativa.

14. **EQUIPO MACROGOTAS OU BOMBA INFUSÃO:** o pagamento será a cada 72 (setenta e duas) horas. A utilização de equipo de bomba de infusão deverá estar em prescrição médica, com a devida justificativa.

15. **EQUIPO FOTOSSENSÍVEL GRAVITACIONAL OU BOMBA INFUSÃO:** o pagamento será por droga/soro por dia utilizado. A utilização de equipo de bomba de infusão fotosensível deverá estar em prescrição médica, com a devida justificativa.

16. **CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO:** Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.

17. **LUVA DE PROCEDIMENTO ESTÉRIL:** Será pago somente para procedimento estéril.

18. **MICROPORE E ESPARADRAPO:** Será pago conforme indicado por procedimento.

19. **SONDA NASOGÁSTRICA:** Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.

20. **SONDA NASOENTÉRICA:** Será pago 01 (uma) por internação, sua troca será autorizada com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.

21. **TUBO OROTRAQUEAL DESCARTÁVEL:** pagamento integral.

22. **CONECTORES (torneirinha 3 VIAS, polifix)** serão pagas, somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações.

23. **COLCHÃO CAIXA DE OVO OU PNEUMÁTICO:** será pago para pacientes com risco de úlceras de pressão, mediante prescrição médica ou do enfermeiro.

5. TRANSPORTE de PACIENTE EM AMBULÂNCIAS – REMOÇÃO / EVACUAÇÃO (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E INTER-HOSPITALAR MÓVEL)

Ref.	Descrição	Fator	Valor (R\$)
1	Remoção no perímetro <u>urbano</u> – ambulância tipo B - IDA e VOLTA quando realizados pela mesma equipe e no mesmo turno de trabalho.		R\$ 400,00 até 100 km
2	Remoção no perímetro <u>urbano</u> – ambulância tipo D - IDA e VOLTA quando realizados pela mesma equipe e no mesmo turno de trabalho.		R\$ 900,00 até 100 km
3	Remoção <u>interestadual</u> – ambulância tipo B		Acima de 100 km, R\$ 2,00 por km adicional
4	Remoção <u>interestadual</u> – ambulância tipo D		Acima de 100 km, R\$ 4,00 por km adicional

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

5.2. O atendimento inter-hospitalar móvel compreende o transporte de pacientes entre a rede hospitalar ou para essa, nos limites das áreas de abrangência especificadas no item 3.6.2. do Projeto Básico e apreçados conforme este Referencial.

5.3. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS: Os veículos deverão dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

5.3.1. Ambulância de Suporte Básico (Tipo B): Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a -alimentação do respirador; b - fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas

estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gases estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.

5.3.2. Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D): Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a -alimentação do respirador; b - fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gases estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.

5.4. TRIPULAÇÃO DAS AMBULÂNCIAS:

5.4.1. AMBULÂNCIA TIPO D: a equipe responsável pela prestação dos serviços deverá ser composta por:

5.4.1.1. Um motorista com curso de socorrista;

5.4.1.2. Um técnico ou auxiliar de enfermagem habilitado; e,

5.4.1.3. Um médico intensivista, ou médico com curso de *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* ou *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*.

5.4.2. AMBULÂNCIA TIPO B: a equipe responsável pela prestação dos serviços, nos demais casos, deverá ser composta por:

5.4.2.1. Um motorista com curso de socorrista; e,

5.4.2.2. Um profissional de enfermagem habilitado.

6. CONSIDERAÇÕES GERAIS

6.1. Para todos os serviços aqui acordados, faz-se necessária, para sua cobrança, a anexação da Guia de Encaminhamento emitida pelo FUSEx, o pedido médico emitido por profissional do P Med Gu BV ou quando emitido por

profissional não pertencente ao quadro do Exército, este pedido deve ser homologado. Em situações de urgência / emergência, o atendimento pode ser realizado sem a guia de encaminhamento, porém o CREDENCIADO deverá orientar ao responsável pelo paciente que se encaminhe a Seção FUSEx do P Med Gu BV na primeira oportunidade, em dias úteis, para emissão da respectiva guia.

6.2. Novas tecnologias médicas poderão ser contratadas desde que suas eficácias estejam cientificamente confirmadas pelos conselhos reguladores profissionais (Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Fisioterapia, Conselho Federal de Psicologia, etc) e regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ficando o CONTRATADO obrigado a demonstrar a qualificação técnica sanitária referida.

6.3. Os valores dos procedimentos serão submetidos a apreciação do Escalão Superior e uma vez aprovados serão pagos igualmente a todos que prestarem a mesma categoria de serviço, respeitando o princípio da isonomia.

6.4. Os serviços e respectivos valores poderão ser contratados na forma de pacotes previstos neste Referencial de Valores de Serviços de Saúde. Os serviços não empacotados terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados neste Referencial.

6.5. Os procedimentos relacionados como "pacote", contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, materiais especiais, medicamentos, taxas, e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote. As OPME, quando utilizadas, serão comprovadas para cobrança através das etiquetas dos materiais. Os honorários médicos em geral não estarão inclusos nos pacotes, exceto em casos específicos discriminados nos mesmos.

Boa Vista - RR, ____ de _____ de 2021.



ADRIANO MARTINS SOUZA – Cel
OO do Cmdo da 1ª Brigada de Infantaria de Selva