



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL DE GERAL DE SALVADOR**

ANEXO II - Edital de Credenciamento nº ___/___ HGeS

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE 2019

1. APRESENTAÇÃO

Este documento discrimina as tabelas, índice e valores e conceituação necessárias dos serviços complementares de saúde, objeto dos CREDENCIAMENTOS de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) da Guarnição de Ilhéus com o Hospital Geral de Salvador (HGeS).

Os serviços cujos valores não estão previamente definidos terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nos **itens 2, 3 e 4**, deste Referencial. Os serviços cujos valores foram previamente definidos estão apresentados na forma de pacotes no **item 5**, deste Referencial de Custos de Serviços de Saúde.

2. TABELAS, ÍNDICES E VALORES – Do Atendimento Ambulatorial

2.1 Procedimentos médico-ambulatoriais realizados em Organização Civil de Saúde(OCS)

a) Entende-se por atendimento ambulatorial aquele que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar. Inclui consultas, Serviço de apoio diagnóstico (SADT) de modo geral, atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura médica mais complexa para o atendimento dos usuários. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais, aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual passará a ser caracterizado como internação.

b) **Retorno de consulta ambulatorial:** será considerado retorno e portanto, sem emissão de nova guia de encaminhamento as consultas ambulatoriais realizadas apenas para entrega e avaliação de exames complementares requeridos pelo próprio médico solicitante, desde que o beneficiário procure o referido médico para a **consulta de retorno em até 30 (trinta) dias da consulta originária**. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos, ou o motivo de retorno seja distinto do já referenciado, será considerada nova consulta e, portanto, será necessária a emissão de nova guia de encaminhamento.

c) A regra descrita acima comporta exceções quando a necessidade do paciente exija reavaliações periódicas pelo médico assistente como, por exemplo, consultas psiquiátricas e obstétricas em término de gestação.

d) **Ginecologia:** fazem parte da consulta os seguintes procedimentos: anamnese, exames de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos, e inspeção direta do colo uterino por meio do espéculo vaginal.

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

que ocorrerem dentro do prazo de 30 dias. Serão custeados os exames laboratoriais necessários ao referido acompanhamento.

f) **Oftalmologia:** a consulta oftalmológica inclui: anamnese, refração, inspeção e exames de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático. A tonometria é paga somente na primeira consulta ou a cada 6(seis) meses para um mesmo paciente. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica.

g) **Psiquiatria:** a assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar. Em regime ambulatorial o beneficiário tem direito a consulta – uma a cada quinze dias – e sessões psicoterápicas. As sessões psicoterápicas com psiquiatra estão limitadas a uma sessão semanal por beneficiário. Em regime hospitalar, deverá constar a data de atendimento no prontuário médico. **A ausência de anotação das sessões em prontuário implicará na glosa do procedimento.**

h) Para fins de **honorários médicos e de anestesia dos procedimentos médicos cirúrgicos ambulatoriais** os valores para pagamento serão referenciados, conforme a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, 5ª edição 2008 atualização 2009, descrita a seguir:

TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008 – atualização 2009					
PORTE	VALOR	PORTE	VALOR	PORTE	VALOR
1 A	RS 10,50	5 C	RS 244,50	10 B	RS 809,50
1 B	RS 21,00	6 A	RS 266,50	10 C	RS 898,50
1 C	RS 31,50	6 B	RS 292,50	11 A	RS 950,50
2 A	RS 42,00	6 C	RS 320,00	11 B	RS 1.042,50
2 B	RS 56,50	7 A	RS 346,00	11 C	RS 1.144,00
2 C	RS 67,00	7 B	RS 382,50	12 A	RS 1.185,50
3 A	RS 92,00	7 C	RS 452,50	12 B	RS 1.274,50
3 B	RS 117,00	8 A	RS 489,00	12 C	RS 1.561,50
3 C	RS 134,00	8 B	RS 512,00	13 A	RS 1.718,50
4 A	RS 160,00	8 C	RS 543,50	13 B	RS 1.885,50
4 B	RS 175,00	9 A	RS 578,00	13 C	RS 2.085,00
4 C	RS 197,50	9 B	RS 632,00	14 A	RS 2.324,00
5 A	RS 213,00	9 C	RS 696,00	14 B	RS 2.528,00
5 B	RS 230,00	10 A	RS 747,00	14 C	RS 2.789,00

i) Esta tabela servirá de referência para os credenciamentos realizados durante o ano de 2018/2019.

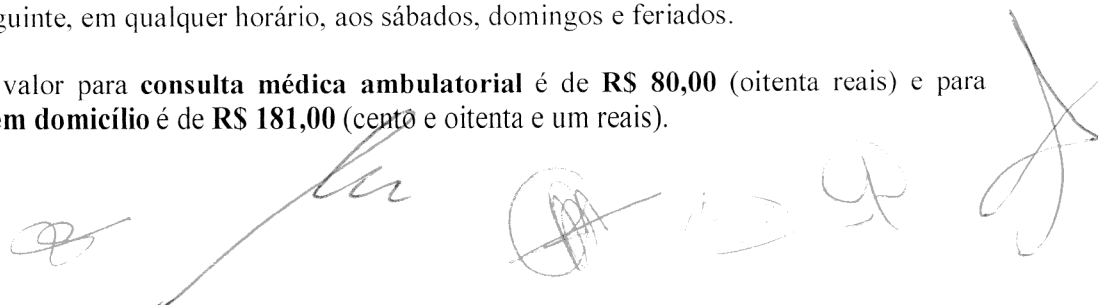
j) Ao se utilizar a CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009, a Unidade de Custo Operacional (UCO) será a seguinte: **1 UCO = RS 11,50** (onze reais e cinquenta centavos).

l) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações para fins de códigos, utilizando valor do porte da CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009 e UCO de R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos).

m) Obrigatoriamente, será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão.

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

p) O valor para **consulta médica ambulatorial** é de **RS 80,00** (oitenta reais) e para **consulta médica em domicílio** é de **RS 181,00** (cento e oitenta e um reais).



q) **Anestesia:** as remunerações de honorários de anesthesiologia terão os portes definidos pela tabela CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009 e suas regras.

r) Os procedimentos realizados ambulatorialmente serão remunerados conforme regra da CBHPM, não cabendo acréscimo de 100% (cem por cento) no Porte, por acomodação.

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

t) Para os procedimentos com Porte anestésicos 7(sete) ou 8(oito) ou naqueles nos quais seja utilizada a Circulação Extracorpórea(CEC), ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com duração acima de 6(seis) horas, o anesthesiologista responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anesthesiologista), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% (trinta por cento) dos portes previstos para o(s) ato(s) realizado(s) pelo anesthesista principal.

u) Demais situações, seguir regras da tabela CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009.

2.1.1 Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapia em Geral

Para Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapia em Geral (SADT) **tais como, exames radiodiagnósticos, exames laboratoriais, exames endoscópicos, exames anatomopatológicos e demais exames descritos nos itens (2.1.1.1, 2.1.1.2, 2.1.1.3, 2.1.1.4 e 2.1.1.5) deste Referencial**, os valores para pagamento serão referenciados, conforme a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM, 5ª edição 2008 atualização 2009, e suas regras, com redutor de 20% no porte.**

2.1.1.1 Serviço de Diagnóstico por Imagem (Radiodiagnóstico)

a) Os exames **radiodiagnósticos** são exames radiológicos tipo Raio X simples, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

b) Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura. Exames que não prevejam o uso de contraste somente terão o contraste remunerado se justificado pelo médico radiologista.

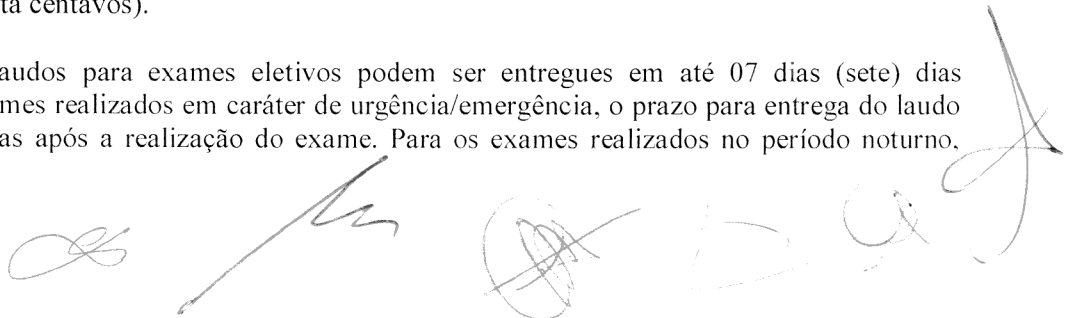
c) Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009, conforme descrito na alínea v) do item 2.1, **com banda redutora de 20% no porte.**

d) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o **procedimento** em questão.

e) Ao se utilizar a CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009, ou uma de suas atualizações, a Unidade de Custo Operacional (UCO), será a descrita na **alínea j) do item 2.1.**

f) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações para fins de códigos, utilizando valor do porte da CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009 e UCO de R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos).

g) Os laudos para exames eletivos podem ser entregues em até 07 dias (sete) dias corridos. Para os exames realizados em caráter de urgência/emergência, o prazo para entrega do laudo será de até duas horas após a realização do exame. Para os exames realizados no período noturno,



poderá ser considerado parecer médico verbal do radiologista para a equipe médica que solicitou o exame.

2.1.1.2 Exames Laboratoriais

a) Os exames laboratoriais serão remunerados em conformidade com a Tabela CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009, conforme tabela descrita na alínea v) do item 2.1 **com banda redutora de 20% (vinte por cento)** sobre o valor total do exame. Para os exames/procedimentos não previstos na tabela acordada, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão, no que se refere ao código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste edital, com base na CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009. A Unidade de Custo Operacional (UCO), será a descrita na **alínea j) do item 2.1**. Para os exames não constantes em tabelas regulares serão utilizados os valores constantes no **Anexo III – Tabela de Preços Exames não previstos na CBHPM**.

2.1.1.3 Exames endoscópicos

a) Os **exames endoscópicos** tais como Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia, Retosigmoidoscopia, Colangiopancreatografia Retrógrada e Histeroscopia.

b) Para fins de remuneração dos exames endoscópicos, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009, conforme tabela descrita na alínea v) do item 2.1, **com banda redutora de 20% no porte**. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão, no que se refere ao código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na CBHPM 5ª edição 2008 atualização 2009 e UCO de R\$ 11.50 (onze reais e cinquenta centavos).

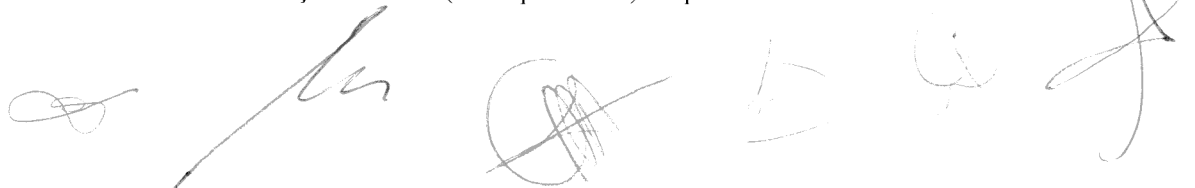
c) Ao se utilizar a CBHPM 5ª Edição 2008 atualização 2009, a Unidade de Custo Operacional (UCO), será a descrita na **alínea j) do item 2.1**.

2.1.1.4 Demais exames médicos

Os **demais exames** não descritos nos itens anteriores (2.1.1.1, 2.1.1.2 e 2.1.1.3), serão remunerados conforme CBHPM 5ª Edição 2008 atualização 2009, conforme tabela descrita na alínea v) do item 2.1, **com banda redutora de 20% no porte**. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão para fins de código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial, com base na CBHPM 5ª ed. 2008 atualização 2009. O valor da UCO está descrito na **alínea j) do item 2.1**. Para os honorários médicos ficará estabelecida a banda de redução dos portes, no percentual de **20%** (vinte por cento).

2.1.1.5 Exames anatomopatológicos

a) Os **exames anatomopatológicos** serão remunerados conforme CBHPM 5ª Edição 2008 atualização 2009, conforme tabela descrita na alínea v) do item 2.1, **com banda redutora de 20% no porte**. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão para fins de código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial, com base na CBHPM 5ª ed. 2008 atualização 2009. A Unidade de Custo Operacional (UCO) será a descrita na **alínea j) do item 2.1**. Para os honorários ficará estabelecida a banda de redução de **20%** (vinte por cento) no porte.



b) Na ocorrência de análise de mais de 01 (um) fragmento o Credenciado deverá remeter, quando solicitado pela Seção de Auditoria do Credenciante, relatório que comprove a realização dos fragmentos excedentes.

2.2 Medicamentos, quimioterápicos, radiofármacos e materiais descartáveis.

a) **Medicamentos:** serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF) acrescidos de margem de operacionalização de 28 % (vinte e oito por cento). Sempre que possível deverá ser utilizado Medicamento Genérico.

b) **Medicamentos quimioterápicos:** serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF) acrescidos de margem de operacionalização de 28 % (vinte e oito por cento). Sempre que possível deverá ser utilizado medicamento genérico. Os medicamentos com estabilidade após diluição serão pagos de acordo com a dose fracionada consumida, sendo eles: Genuxal, Fauldvincrí, Fauldmetro, Aracytin, Velban, Adriblastina e Herceptin.

c) **Medicamentos quimioterápicos orais:** serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF) acrescidos de margem de operacionalização de 20 % (vinte por cento). Medicamentos de hormonioterapia serão pagos de acordo com o guia brasíndice correspondente à época do atendimento, com preço de fábrica (PF) sem margem de operacionalização. Sempre que possível deverá ser utilizado medicamento genérico.

d) Quando não existir referência de valor no Guia Brasíndice será considerado o valor obtido na Revista SIMPRO Hospitalar referente ao respectivo tempo do atendimento, utilizando os mesmos critérios e condições do catálogo Brasíndice.

e) Os materiais descartáveis serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF), com banda redutora de 20% (vinte por cento). Quando não existir referência de valor no Guia Brasíndice será considerado o valor obtido na Revista SIMPRO hospitalar referente ao respectivo tempo do atendimento, também com banda redutora de 20% (vinte por cento).

f) Para os radiofármacos, será pago de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF), com banda redutora de 20%(vinte por cento). Quando não existir referência de valor no Guia Brasíndice será considerado o valor obtido na Revista SIMPRO Hospitalar referente ao respectivo tempo do atendimento, também com banda redutora de 20% (vinte por cento).

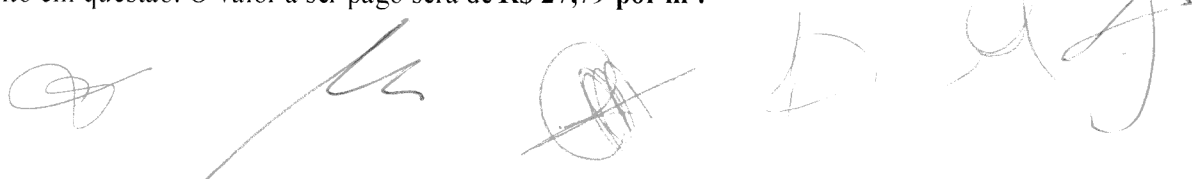
g) Para fins deste edital, entende-se por Materiais e Medicamentos de alto custo aqueles com valor acima de **R\$ 1.000,00 (um mil reais)**.

h) O **valor do ICMS** para todos os itens será de acordo com o estabelecido para o **Estado da Bahia**.

i) No caso de uso de OPME, será pago mediante a apresentação de três orçamentos com pagamento do menor valor após negociação com taxa de operacionalização de até 10%. O valor pago não poderá ultrapassar o valor previsto para o material na revista simpro. Deverá ser apresentado Nota Fiscal na fatura para pagamento.

2.3 Filme Radiológico

A quantidade em metro quadrado do filme radiológico utilizado em todos os exames de radiodiagnóstico será definida de acordo com a CBHPM 5ª Edição 2008 atualização 2009. Inexistindo o exame descrito na CBHPM 5ª Ed 2008 atualização 2009, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão. O valor a ser pago será de **R\$ 27,79 por m²**.



2.4 Fisioterapia ambulatorial

a) Honorários: o valor da consulta/avaliação fisioterapeuta será de **RS 50,00** (cinquenta reais).

b) As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme a tabela a seguir:

TABELA DE PROCEDIMENTOS E PREÇOS DA FISIOTERAPIA	
PROCEDIMENTOS/SESSÃO	VALOR 2018/2019 (RS)
Sessão de fisioterapia ambulatorial - Aparelhos de eletrotermoterapia, esteira elétrica, bicicleta ergométrica, equipamentos proprioceptivos, materiais acessórios, cinesioterapia, mobilização articular	32,30
Sessão de RPG (Reeducação Postural Global)	42,63
Sessão Fisioterapia manipulativa, quiropraxia e osteopatia	42,63
Sessão fisioterapia neurológica	35,00
Sessão fisioterapia reabilitação labiríntica	22,30
Sessão de Fisioterapia ATM	42,63
Sessão de Fisioterapia Uroginecológica	35,00
Sessão Hidroterapia (terapia aquática)	37,30
Pilates (mensal) 2 x semana	22,25 por sessão 178,00 mensal
Sessão de fisioterapia motora e respiratória domiciliar e hospitalar	52,00
Sessão de fisioterapia motora domiciliar e hospitalar	31,00
Sessão de fisioterapia respiratória domiciliar e hospitalar	31,00
Sessão de Acupuntura (incluso agulhas)	53,00

c) As sessões de fisioterapia terão a **duração de 50 (cinquenta) minutos**.

d) Em caso de atendimento domiciliar não será remunerado taxa de deslocamento do credenciado para atendimento do beneficiário.

e) O atendimento domiciliar será limitado a ILHÉUS, ITABUNA E VITÓRIA DA CONQUISTA, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

f) As assinaturas de controle dos pacientes que realizarem os procedimentos descritos na tabela supramencionada deverão ser lançadas por sessão realizada, sendo terminantemente proibido solicitar aos pacientes que assinem todas as sessões na primeira consulta/avaliação ou sessão, sob pena de terem os procedimentos glosados pela Seção de Auditoria Externa da CREDENCIANTE. A reincidência neste tipo de irregularidade poderá implicar em descredenciamento da CREDENCIADA.

2.5 Fonoaudiologia/Nutrição/Psicologia

a) As sessões de **fonoaudiologia** e **psicologia** terão duração mínima de 50 minutos. Quando os serviços relacionados no item 2.5 forem prestados por Profissional de Saúde Autônomo (PSA), incluir-se-á no valor descrito a contribuição obrigatória ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que será recolhido pelo Credenciador na forma da lei.

SERVIÇOS	Valor 2018/2019 (R\$)
FONOTERAPIA AVALIAÇÃO INICIAL	48,00
FONOTERAPIA SESSÃO	42,50
PSICOTERAPIA AVALIAÇÃO INICIAL	50,00
PSICOTERAPIA ADULTO SESSÃO	40,00
PSICOTERAPIA INFANTIL SESSÃO	40,00
MUSICOTERAPIA AVALIAÇÃO INICIAL	58,00
MUSICOTERAPIA SESSÃO	50,00
PSICOPEDAGOGIA AVALIAÇÃO INICIAL	50,00
PSICOPEDAGOGIA SESSÃO	45,00
NUTRIÇÃO CONSULTA/ AVALIAÇÃO	50,00
TERAPIA OCUPACIONAL AVALIAÇÃO INICIAL	45,00
TERAPIA OCUPACIONAL SESSÃO	38,00
NEUROPSICOLOGIA SESSÃO	75,00

b) A Tabela de Procedimentos e Preços da fonoaudiologia e psicologia anteriormente descrita será corrigida anualmente considerando a média do IPCA dos últimos 12 (doze) meses.

2.6 Radiologia odontológica

a) Os exames de radiologia odontológica serão remunerados conforme tabela a seguir:

PROCEDIMENTOS	Valor do Pacote (R\$) 2019
Radiografia Periapical	9,89
Radiografia Bite-Wing (Interproxima-4 radiografias x R\$ 8,00 cada)	39,58
Radiografia Oclusal	24,75
Radiografia Panorâmica	37,11
Radiografia Seio maxilar	61,85
Radiografia Axial	68,04
Radiografia Panorâmica com traçado manual para implante e CD	68,04
Teleradiografia com 1 (um) traçado manual	49,49
Teleradiografia com traçado computadorizado (c/ 1 análise)	43,29

Teleradiografia sem traçado	37,11
A T M Série Completa (4 Incidências)	61,85
RX Lateral de Mandíbula	61,85
RX da Mão - Idade óssea (Carpal ou Punho/Mão)	49,49
Fotografias (unidade)	7,42
Slides (unidade)	7,42
Modelo de Estudo Zocolado	37,11
Modelo de Estudo Recortado	55,97
Modelo de Trabalho	30,92
Modelo de Estudo BBO (Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial)	61,85
Radiografia Periapicais boca completa (14 radiografias)	111,33
Pasta	6,18
CD	6,18
Traçado para implante manual	26,65
Análise Computadorizada	9,89
Telefrontal s/ traçado (P.A)	37,11
Telefrontal c/ traçado computadorizado	43,29
Tomografia 1 Dente	127,90
Tomografia 2 Dentes (mesma arcada)	159,87
Tomografia 01 Arcada	245,13
Tomografia 02 Arcadas	416,73
Documentação Ortodôntica I- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, periapical arcos dentários, modelo recortado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	259,78
Documentação Ortodôntica II- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, modelo recortado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	148,44
Documentação Ortodôntica III- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, modelo de estudo zocolado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	136,07
Documentação Ortodôntica IV- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 6 fotos, modelo de estudo zocolado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	123,71
OBS: Nas documentações ortodônticas em que não forem solicitadas a Radiografia Panorâmica ou a Radiografia Teleperfil será abatido o valor de R\$ 10,89 (dez reais e oitenta e nove centavos). Caso solicitado exame que não conste na documentação ortodôntica, utilizar o valor previsto em tabela.	

2.7 Taxas de Sala Ambulatoriais

As taxas de sala ambulatoriais serão remuneradas conforme os procedimentos realizados, da seguinte forma:

DESCRIÇÃO	VALOR 2018/2019 (RS)
Taxa de sala de vídeo endoscópio	44,65
Taxa de sala para procedimentos ortopédicos	34,84
Taxa de sala de pequenos procedimentos cirúrgicos	64,07
Taxa de Sala de quimioterapia – Oncologia ambulatorial por uso	117,85
Taxa de sala de curativo	59,00
Taxa de sala de medicamentos especiais ambulatorial	25,00
Taxa de sala – Mielograma	59,89
Taxa de sala – Biópsia de Medula Óssea	112,29
Outros procedimentos ambulatoriais	42,00

2.7.1 Composição das Taxas Ambulatoriais.

Estão incluídos nas taxas de sala acima descritas:

- a. Instalações da sala;
- b. Rouparia descartável ou não;
- c. Materiais descartáveis: álcool, éter, clorexidina, luva estéril e não estéril, máscara, propé, esparadrapo, micropore, compressas cirúrgicas, gaze, algodão e campo cirúrgico;
- d. Serviço de enfermagem do procedimento;
- e. Equipamentos referente ao procedimento.

2.7.2 Não incluídos na composição das Taxas de Sala

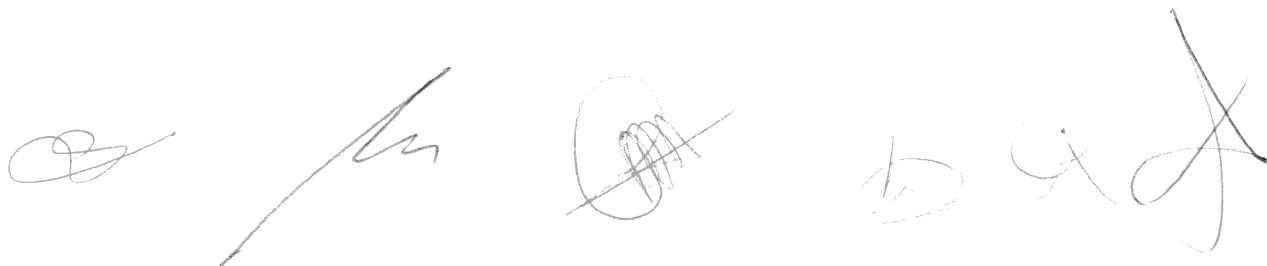
- a) Materiais, exceto os previstos na composição da taxa de sala;
- b) Medicamentos;
- c) Oxigênio;
- d) Honorários médicos; e
- e) Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT).

2.7.3 A Tabela de Procedimentos anteriormente descrita será corrigida anualmente considerando a média do IPCA dos últimos 12 (doze) meses.

2.8 Tabela de Taxas e Serviços

a) Os equipamentos utilizados na realização de procedimentos ambulatoriais, bem como os serviços prestados serão remunerados conforme descrição a seguir:

DESCRIÇÃO	VALOR 2018/2019 (R\$)
Taxa de uso de Oxímetro / dia	5,60
Taxa de uso de Desfibrilador / Cardioversor – por dia	30,31
Procedimento de Enfermagem ambulatorial – Aplicação de Injeção (IM, EV, SC)	8,53
Procedimento de Enfermagem ambulatorial – Curativo Especial (incluído material e medicamento)	56,43
Procedimento de Enfermagem ambulatorial – Curativo Grande (incluído material e medicamento)	50,24
Procedimento de Enfermagem ambulatorial – Curativo Médio (incluído material e medicamento)	37,49
Procedimento de Enfermagem ambulatorial – Curativo Pequeno (incluído material e medicamento)	32,92
Procedimento de Enfermagem ambulatorial – Retirada de Pontos	10,13
GASOTERAPIA	
Ar Comprimido – por hora	5,93
Oxigênio 1 Litro	3,20
Oxigênio 3 Litros	7,59
Oxigênio 5 Litros (máscara Venturi / Respirador)	12,34
Nebulização Simples com oxigênio e medicação (sessão)	14,40
Taxa de preparo de quimioterapia	46,27



2.8.1 Curativos

Os curativos serão classificados conforme descrição abaixo:

a) Serão considerados **curativos pequenos** os seguintes:

Catéteres centrais e arteriais, cesáreas, flebotomia, hysterectomia, 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 fístulas e outros da mesma similaridade.

d) Serão considerados **curativos especiais**:

Aquelas lesões que ultrapassem em dimensões as descritas em curativos grandes, acrescidas pelo uso de grande quantidade de material.

e) Não estão inclusos nas taxas de curativos os curativos especiais industrializados como hidrocolóides, hidrogel, curativos com alginato de prata, etc. Os mesmos serão pagos mediante indicação correta, **autorização prévia, registro e embalagens/etiquetas na conta**. Demais materiais e soluções inclusos.

3. Honorários para procedimentos cirúrgicos

3.1 Honorários para procedimentos de Cirurgia Cardiotorácica

A remuneração dos Honorários para realização de procedimentos de cirurgia Cardiotorácica se dará conforme tabela a seguir, independente da acomodação:

Código	HONORARIOS Procedimentos	Porte	Valores 2018/2019	
			MÉDICO CIRURGIÃO	1º AUXILIAR x 30%
3.09.12.01-6	Ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência	11C	R\$ 1.690,65	R\$ 507,19
3.09.06.01-6	Aneurisma de aorta abdominal infra-renal	11B	R\$ 1.540,89	R\$ 462,27
3.09.06.02-4	Aneurisma de aorta abdominal supra-renal	11C	R\$ 1.690,65	R\$ 507,19
3.09.06.06-7	Aneurisma de carótida, subclávia, ilíaca.	11A	R\$ 1.405,13	R\$ 421,54
3.09.10.01-3	Aneurisma roto ou trombosado de aorta abdominal abaixo da artéria renal	11C	R\$ 1.590,65	R\$ 507,19
3.09.10.03-0	Aneurisma roto ou trombosado de aorta abdominal acima da artéria renal	12B	R\$ 1.883,78	R\$ 565,13
3.09.06.07-5	Aneurismas - outros	11A	R\$ 1.405,13	R\$ 421,54
3.09.10.07-2	Aneurisma rotos ou trombosados torácico	14A	R\$ 3.434,45	R\$ 1.030,33
4.08.12.07-3	Angioplastia Pós-operatória de Controle	2C	R\$ 99,37	Ñ REMUNERA
3.09.11.09-5	Angioplastia de Aorta para tratamento de coração	5A	R\$ 314,89	R\$ 94,47

3.09.06.38-5	Arterioplastia da femoral profunda	8A	R\$ 722,16	R\$ 216,65
3.09.06.16-4	Cateterismo da artéria radial - para PAM	2C	R\$ 99,37	Ñ REMUNERA
3.09.05.01-0	Colocação de balão intra-aórtico	5A	R\$ 314,89	R\$ 94,47
3.08.01.02-8	Colocação de prótese traqueal ou traqueobronquica	11B	R\$ 1.540,89	R\$ 462,27
3.09.05.02-8	Colocação de stent na aorta sem CEC	10A	R\$ 1.104,23	R\$ 331,27
4.08.13.35-5	Colocação percutânea de stent vascular	8C	R\$ 803,33	R\$ 241,00
3.09.02.02-9	Comissurotomia valvar	13A	R\$ 2.540,15	R\$ 762,04
3.09.15.02-3	Drenagem de pericárdio	6A	R\$ 393,27	R\$ 117,98
3.09.10.08-8	Embolectomia ou trombo Embolectomia arterial	8A	R\$ 722,16	R\$ 216,65
3.08.03.06-3	Embolectomia pulmonar	13A	R\$ 2.540,15	R\$ 762,04
3.09.11.11-7	Estudo eletrofisiológico do sistema de condução	7C	R\$ 668,97	R\$ 200,69
3.09.04.02-1	Implante de desfibrilador interno, placas e eletrodos.	12A	R\$ 1.752,22	R\$ 525,67
3.09.04.06-4	Implante de estimulador cardíaco artificial multissítio	12A	R\$ 1.752,22	R\$ 525,67
3.09.04.14-5	Implante de marca-passo bicameral (gerador + eletrodo atrial e ventricular)	10B	R\$ 1.196,60	R\$ 358,98
3.09.04.13-7	Implante de marca-passo monocameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)	8C	R\$ 803,33	R\$ 241,00
3.09.04.09-9	Implante de marca-passo temporário à beira do leito	5C	R\$ 361,07	R\$ 108,32
2.02.02.03-8	Monitorização hemodinâmica invasiva (por 12 horas)	2A	R\$ 63,70	Ñ REMUNERA
3.09.15.03-1	Pericardiocentese	5A	R\$ 314,89	R\$ 94,47
1.01.02.01-9	Visita hospitalar (paciente internado)	2A	R\$ 63,70	Ñ REMUNERA
3.09.11.07-9	Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia	7C	R\$ 668,97	R\$ 200,69
4.08.13.18.5	Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obstrução arterial	9B	R\$ 933,50	R\$ 280,05
4.08.13.26.6	Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial ou venosa por- vaso	10A	R\$ 1.104,23	R\$ 331,27
3.09.12.03-2	Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de stent	12A	R\$ 1.752,22	R\$ 525,67
4.08.13.74-6	Embolização de miomas uterinos	8C	R\$ 803,33	R\$ 241,00
3.09.11.02-8	Avaliação fisiológica de gravidade de obstruções (cateter ou guia) - FFR (Reserva de fluxo coronário)	5A	R\$ 314,89	R\$ 94,47
4.01.01.01-0	Eletrocardiograma	1B	R\$ 31,84	Ñ REMUNERA
2.01.02.02-0	HOLTER 24HS	2A	R\$ 63,70	Ñ REMUNERA
2.01.02.03-8	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial – MAPA – 24hs	2A	R\$ 63,70	Ñ REMUNERA
3.08.06.04-6	Implante de Marca-passo definitivo	10B	R\$ 1.196,60	R\$ 358,98
4.09.01.10-6	Ecodopplercardiograma Transtorácico	2A	R\$ 63,70	Ñ REMUNERA
4.09.01.09-2	Ecodopplercardiograma Transesofágico	3B	R\$ 173,50	Ñ REMUNERA
1.01.01.01-2	Consultas cardiológicas	2B	R\$ 83,97	Ñ REMUNERA
4.08.13.54-1	Embolização de aneurisma cerebral por oclusão Sacular - por vaso	11B	R\$ 1.540,89	R\$ 462,27
4.08.13.55-0	Embolização de aneurisma cerebral por oclusão Vascular - por vaso	10B	R\$ 1.196,60	R\$ 358,98

4. HONORÁRIOS MÉDICOS DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS

a) O valor da consulta em consultório será **R\$ 120,00** (cento e vinte reais) para as seguintes especialidades: neurologia, pediatria, dermatologia, infectologia.

5. PACOTES

Pelo termo PACOTE entende-se a pré fixação do valor de determinado procedimento hospitalar e ou ambulatorial que poderá ser composto do custo de materiais, medicações, diárias, taxas, custo operacional e honorários profissionais permitindo variações em sua composição.

5.1 Procedimentos oftalmológicos

a) Os procedimentos abaixo serão remunerados na forma de pacote que incluem: honorários médicos, taxas de sala, taxas de uso de equipamentos, OPME, material médico, medicamentos, materiais descartáveis, conforme tabela descrita abaixo.

b) Os procedimentos não previstos nos pacotes abaixo discriminados, serão pagos de acordo com a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 5ª Edição- 2008 atualização 2009, conforme descrição na alínea h) do item 2.1, com UCO no valor de R\$ 11,50 (onze e cinquenta). Para os exames de imagem e/ou diagnósticos será aplicada banda redutora de 20% (vinte por cento) no porte da tabela referenciada. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão, observando-se os mesmos critérios da CBHPM 5ª edição e considerando a UCO descrita na alínea l) do item 2.1 deste referencial.

c) Os procedimentos **Infusão de perfluorocarbono e a troca de fluido-gasosa** fazem parte da vitrectomia via pars plana+retinopexia+introflexão com ou sem laser + membranectomia e, não serão, portanto, pagos à parte.

Procedimento Cirúrgico	Porte	Código AMB 92 (CBHPM)	Pacote 2018/2019 (R\$)
CONJUNTIVA			
Pterígio - Exérese + Transplante Conjuntival	1 5	50030035 50030078	1.170,23
Sutura de Conjuntiva	1	50030051	737,27
Exérese de Tumor de Conjuntiva	1	50030060	680,36
CÓRNEA			
Corpo Estranho da Córnea – Retirada	0	50040049	191,74
Recobrimento Conjuntival	1	50040057	929,00
Cirurgia Refrativa com Laser – LASIK	-	(3.03.04.10.5)	998,26
Cirurgia Refrativa com Laser - LASIK Personalizada	-	-	1.974,06
Sutura de Córnea (com ou sem Hérnia de Íris)	3	50040065	618,52
CRISTALINO			
Capsulotomia Yag ou Remoção Pigmentar de LIO	0	50060015	284,52
Facectomia com lente intra-ocular dobrável com Facoemulsificação	5	50060040	3.100,00
Implante Secundário / Explante / Fixação Escleral ou Iriana de LIO	3	50060058	1.220,95
CORPO VÍTREO			



Implante de Silicone Intravítreo	7	50070045	1.820,26
Vitrectomia Anterior	4	50070053	2.245,20
Vitrectomia Via Pars Plana	5	50070061	3.092,58
Vitrectomia Via Pars Plana + Endolaser / Endodiatermia	5	50070061 (3.03.07.03-1)	4.329,60
Vitrect Via Pars Plana + Retinopexia com Introflexão Escleral + Endolaser+Infusão de Perfluorocarbono + Troca Flúido-Gasosa+membranectomia	6	50140043 3.03.07.05-8 3.03.07.09-0	5.500,00
Injeção intra-vítrea de LUCENTIS	-	-	3.500,00
ÍRIS E CORPO CILIAR			
Cirurgias Fistulizantes Antiglaucomatosas	4	50100033	1.335,99
Fototrabelculoplastia (Laser)	0	50100050	326,57
Iridectomia (Laser)	0	50100068	326,57
Cirurgias Fistulizantes com Implantes Valvulares	4	50100033	2.449,31
PÁLPEBRA			
Dermatocalaze ou Blefarocalaze	2	(3.03.01.10-6)	862,16
Calázio	0	50130056	278,33
Ptose Palpebral- unilateral	2	50130102	1.131,88
Ressecção de Tumores Palpebrais	2	50130153	794,17
Entrópio	2	50130052	649,43
Ectrópio	2	50130099	649,43
Epilação	0	50130064	211,68
Correção de Bolsas Palpebrais	2	(3.03.01.09-2)	862,16
Xantelasma	2	50130161	457,57
VIAS LACRIMAIS			
Fechamento pontos lacrimais	0	50150030	62,85
Sutura ou reconstrução dos canalículos	1	50150049	695,71
Sondagem de vias lacrimais	1	50150057	115,05
Reconstituição de pontos lacrimais	0	50150065	416,56
RETINA			
Fotocoagulação (Laser) - por sessão – monocular	0	50140019	204,11
Retinopexia Pneumática	0	50140051	803,45
Retinopexia com Introflexão Escleral	5	50140035	1.980,56
MÚSCULOS			
Enucleação ou evisceração com ou sem implante	3	30309018	1.380,58
Estrabismo (inclusive bilateral)	2	50110020	593,77

5.4 Terapia Renal Substitutiva

a) No caso de SADT, será considerada a CBHPM 5ª ed, 2008 atualização 2009, com UCO de R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos) e banda redutora de 20% sobre o porte.

b) Os procedimentos abaixo relacionados serão pagos na forma de pacotes, especificados nas tabelas a seguir:

TABELA DE PREÇOS HEMODIÁLISE	
Procedimentos Normalizados	Valor do pacote 2018/2019 (R\$)
Hemodiálise Crônica Ambulatorial (Incluso Honorário Médico, Taxas e Mat/Med)	495,33
Implante de cateter temporário para hemodiálise (Incluso Honorário Médico, Taxas e Mat/Med)	596,85

TABELA DE PREÇOS DPA E CAPD	
Procedimentos Normalizados	Valor do pacote 2018/2019 (R\$)
Treinamento Paciente DPA/CAPD – 09 (nove) dias (Incluso Honorário Médico, Taxas e Mat/Med)	3.836,88
Manutenção Paciente em Programa CAPD – 30 (trinta) dias. (Incluso Honorário Médico, Taxas e Mat/Med)	5.000,00

HEMOFILTRAÇÃO COM A MÁQUINA PRISMA	
Procedimentos Normalizados	Valor do pacote 2018/2019 (R\$)
Hemolenta Prisma (acima de 70 Kg) (Incluso Honorário Médico, Taxas e Mat/Med)	5.344,58

c) A Hemofiltração com máquina prisma será autorizada apenas em caso de paciente internado em unidade fechada, mediante solicitação por relatório médico.

5.6 Outros pacotes

a) Outros serviços poderão ser contratados na forma de pacote, contudo seus valores não poderão ultrapassar o cálculo do procedimento cobrado item a item fixados neste referencial de custo (diárias, materiais, medicações, honorários, taxas e OPME quando for o caso)

6. Novidades Tecnológicas em Terapêutica Médica.

a) 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 Credenciado obrigado a demonstrar a qualificação técnica sanitária referida.

b) 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.

7. Das Faturas

a) A CREDENCIADA terá prazo máximo de 45 (quarenta e cinco dias) dias contados da alta do usuário ou execução do serviço, para a apresentação da guia de encaminhamento acompanhada da fatura e dos demais documentos comprobatórios.

b) Após **60 (sessenta) dias** serão consideradas inaptas para pagamento todas as despesas apresentadas, **não cabendo recurso**.

c) Respeitado o **limite dos 60 (sessenta) dias** descritos no item “b” deste item, as faturas referentes a serviços executados no mês de dezembro do ano anterior, deverão ser encaminhadas, impreterivelmente, até o dia 28 de fevereiro do ano subsequente, sob pena de inclusão em restos a pagar de exercícios anteriores.

d) **As faturas poderão ser entregues conforme Calendário Anual de Entrega de Faturas** estabelecido pela Seção de Auditoria da CREDENCIANTE, com devido conhecimento da CREDENCIADA, faturas devem ser enviadas para a Base Regional de Ilhéus, sempre acompanhadas da guia de encaminhamento original, e conforme estabelecido na alínea “e” deste item, com a finalidade de facilitar a execução e lisura das mesmas, **no horário das 07:00 às 11:30 h**, de segunda a sexta-feira, exceto feriado e datas comemorativas militares.

e) Os Atendimentos/serviços deverão ser faturados e classificados por grupos de usuários (**FUSEX, PASS, Fator de Custo – Exército Brasileiro Isentos, Fator de Custo – Ex Combatente, PASS Isento** e outros que por ventura forem criados pelo órgão responsável pela gestão do Sistema de Registro de Encaminhamento (SIRE). Tais informações sobre os grupos encontram-se na guia de encaminhamento, e as faturas deverão ser apresentadas conforme padrão a seguir:

- Capa ou espelho da fatura onde deverão constar as seguintes informações: Número da fatura com data de emissão, nome do paciente, Prec-cp ou matrícula, número da guia de encaminhamento, valor do procedimento realizado por paciente e total da fatura;

- Documento/guia que comprove o serviço profissional devidamente assinado pelo paciente, com código do procedimento, valor por item e total da conta do paciente; e

- Guia de Encaminhamento original ou enviada por meio eletrônico, com assinatura do autorizador e do paciente.

f) As contas com valores superiores a **R\$ 5.000,00** (cinco mil reais) deverão ser entregues em fatura separada;

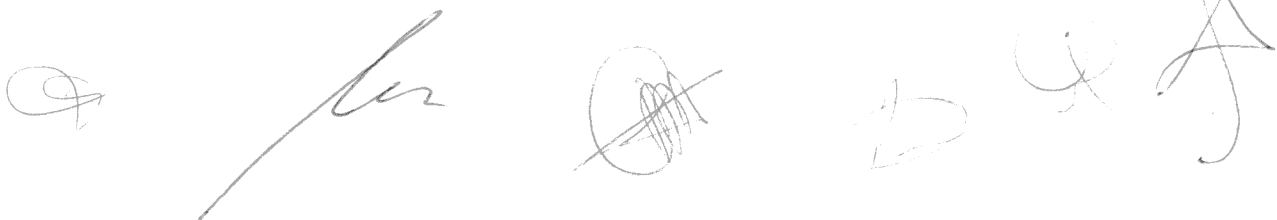
g) No caso de internamentos de longa duração, as parciais deverão ser fechadas a cada **07 (sete) dias e comunicada à equipe de auditoria da credenciada**, para realização de **auditoria técnica da fatura**;

h) Para as faturas referentes a internação poderão ser entregues, na mesma fatura, mais de uma parcial (independente do valor), desde que pertençam ao mesmo paciente;

i) As faturas ambulatoriais, deverão, para facilitar o processo de auditoria das mesmas, conter no máximo, 50 (cinquenta) processos de atendimento, devendo, quando passar esta quantidade, ser montada uma nova fatura.

j) As faturas apresentadas fora do padrão estabelecido neste instrumento, serão devolvidas para ajuste e entrega posterior, não podendo sua entrega ultrapassar o prazo previsto no calendário descrito na letra “d” deste item.

8. Da Auditoria



a) A auditoria será realizada por equipe designada pela CREDENCIANTE, devendo esta realizar apresentação formal da equipe e sempre que houver alteração da mesma;

b) Deverão ser disponibilizados prontuários e contas para análise pelos auditores da CREDENCIANTE, bem como profissionais da auditoria da CREDENCIADA para análise das possíveis discordâncias de cobrança e indicação de procedimentos entre as partes;

c) A equipe de auditoria fará visitas a pacientes internados ou em qualquer outro atendimento nas instalações da CREDENCIADA, podendo, com autorização da equipe assistente ou do paciente, acompanhar procedimentos cirúrgicos;

d) A análise das contas será realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação de liberação da conta para auditoria da CREDENCIANTE, com visitas preferencialmente semanais, de acordo com a demanda da CREDENCIADA;

e) Nas internações de longa duração a CREDENCIADA obedecerá ao disposto na alínea “e” do item anterior. Nesses casos, devem ser abertas guias de continuidade por prorrogação de período.

f) As faturas ambulatoriais serão auditadas de modo posterior, após entrega das mesmas conforme calendário de entrega de faturas da Seção de Auditoria da CREDENCIANTE. Mediante conveniência entre as partes, a auditoria dessas faturas podem ser realizadas nas instalações da CREDENCIADA, mediante agendamento pela equipe de auditoria da CREDENCIANTE para discussão das mesmas;

g) O calendário de auditoria técnica, bem como os horários de visita da equipe de auditoria da CREDENCIANTE ficará a critério desta, devidamente comunicado à CREDENCIADA, não devendo esta, interferir neste planejamento, desde que a CREDENCIANTE obedeça aos prazos estabelecidos neste instrumento.

h) As glosas parciais ou totais, identificadas nas faturas, serão descritas no Relatório de Auditoria Técnica (RAT), com as respectivas razões das glosas efetuadas, discriminação do item, identificação do paciente e valor das mesmas, e encaminhadas para OCS para análise, conforme já estabelecido neste instrumento.

i) Serão motivos de glosas por parte da CREDENCIANTE:

- Apresentação da fatura junto de cópia da Guia de Encaminhamento ou Cópia de Guia Provisória;
- Guia de Encaminhamento em nome de outro prestador de serviço;
- Valores divergentes aos acordados neste credenciamento;
- Realização de serviços não cobertos por este credenciamento;
- Ausência de data de atendimento na fatura;
- Ausência de data e assinatura do usuário na Guia de Encaminhamento;
- Ausência de documento de autorização do uso de medicamento de custo elevação, órteses, próteses e materiais de alto custo (salvo nos casos de urgência/emergência);
- Ausência do relatório médico justificando a urgência/emergência para procedimentos não constantes na Guia de Encaminhamento;

- Realização de procedimento em data superior 30 dias de emissão da Guia de Encaminhamento;
- Atendimento eletivo sem a respectiva Guia de Encaminhamento;
- Ausência de especificações na fatura apresentada, dos nomes dos fabricantes dos materiais e medicamentos, implicarão no pagamento do valor correspondente ao fabricante com menor valor;
- Ausência do registro na Anvisa quando o for o caso;
- Poderão haver glosas sempre que houver descumprimento do previsto neste instrumento ou de acordo com os protocolos dos órgãos reguladores (a exemplo da anvisa) ou das sociedades representativas das especialidades médicas, mesmo que motivo não esteja aqui relacionado;
- Qualquer descumprimento de cláusula deste credenciamento;

j) O CREDENCIANTE não reconhecerá as despesas referentes as guias de encaminhamento superior a 60 dias de sua emissão ou de 30 (trinta) dias após a execução dos serviços;

l) Após auditoria das contas hospitalares que apresentarem glosas, será feita notificação à CREDENCIADA por meio eletrônico ou outros meios disponíveis, com confirmação por contato telefônico, da existência das glosas, com envio do RAT e instrumentos que justifiquem tal inconformidade, devidamente assinado pelo auditor da CREDENCIANTE e, uma vez notificado a glosa e não concordando com a mesma, a CREDENCIADA terá no **máximo de 15 (quinze) dias** corridos, a partir de sua notificação, para impetrar o recurso no qual deverá fundamentar o motivo da contestação, devendo referenciar número da fatura, valor e nome do paciente, podendo o envio do recurso, ser através de meios eletrônicos.

m) A CREDENCIADA, em caso de concordância com os valores glosados, deverá registrar por escrito o seu aceite junto a CREDENCIANTE, cuja ciência poderá também ser dada por meio eletrônico, obedecendo ao prazo estabelecido na alínea anterior;

n) No caso da CREDENCIADA, não apresentar o recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores corrigidos pela CREDENCIANTE, não cabendo a CREDENCIADA recurso posterior;

o) Fica expressamente proibido à CREDENCIADA, a cobrança dos valores glosados diretamente ao BENEFICIÁRIO;

p) A CREDENCIANTE não se obriga ao pagamento da fatura, enquanto persistirem irregularidades nos documentos constituintes da fatura.

q) A CREDENCIANTE se compromete a pagar as faturas apresentadas nas condições prescritas, se julgadas regulares, a partir de 15 (quinze) dias, contados da data de liberação de numerário do Escalão Superior (DIORFA, DAP e DSAU).

r) Não serão efetuados pagamentos à CREDENCIADA enquanto perdurar pendência de liquidação de obrigações em virtude de penalidade ou inadimplência contratual, inclusive quanto à apresentação dos demonstrativos dos serviços prestados ou relativos a obrigações legais de cadastramento ou atualizações junto ao SICAF ou outras obrigações legais existentes ou supervenientes.

s) Os serviços da credenciada poderão ser descredenciados se for verificado qualquer descumprimento das condições do termo de credenciamento ou deste referencial, por condições

inadequadas para a boa assistência ao usuário que estiver fazendo uso do serviço ou mediante denúncia do usuário ou seu familiar de maus tratos ou assistência inadequada com posterior comprovação do fato pela equipe de auditoria que poderá realizar visitas para verificação do fato

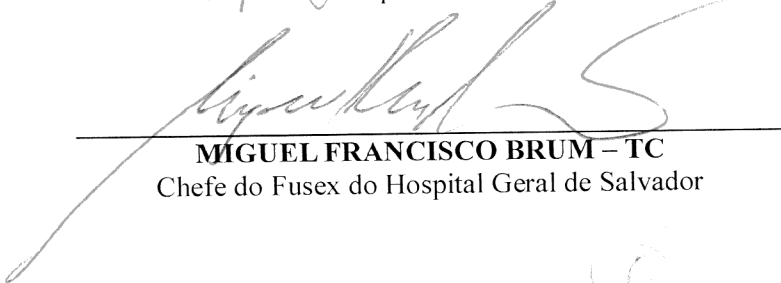
9. Do Reajuste de Preços


9.1 O reajustamento de preços e a atualização monetária, **após cumprido intervalo mínimo de um ano**, previsto na lei n 8.666/93, será feito com previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste. Na impossibilidade de acordo entre as partes no período de 90 dias corridos, conforme prevê o artigo 12 da Resolução Normativa RN n 363/2014, será com base no índice IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo ou outro que vier a substituí-lo oficialmente pelo Governo Federal, para as taxas, diárias, serviços e honorários médicos tais como consultas, visitas, procedimentos e exames citadas nesse referencial de custos de serviços de saúde 2018/Hges, Anexo II do Edital de Credenciamento n 05/2018, dentro do que possibilita o Decreto n 1.054//94 alterado pelo Decreto n 1.110/94, Leis n 8.880/94 e n 10.192/01.

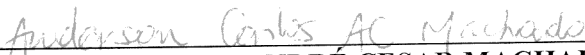
9.2 O reajuste ou qualquer alteração de preços só terá validade após a edição de novo “Referencial de Custos de Serviço de Saúde” devidamente aprovados pela autoridade competente e publicado na imprensa oficial, respeitando-se a anulação prevista no subitem anterior.



Salvador-BA, 19 de outubro de 2018.


UBIRATAN DE OLIVEIRA MAGALHÃES - Cel
Diretor do Hospital Geral de Salvador


MIGUEL FRANCISCO BRUM – TC
Chefe do Fusex do Hospital Geral de Salvador


SUZANA SANTOS DE LIMA- Cap
Chefe da Auditoria Externa do Hospital Geral de salvador


ANDERSON CARLOS ANDRÉ CÉSAR MACHADO - Maj
Comandante da Base Regional de Ilhéus

FLÁVIO MARCELO DE LORENA – 1 Ten QAO
Chefe do Fusex da Base Regional de Ilhéus



ANDREIA ALMEIDA GUEDES REIS – 2 Ten OTT
Chefe da Auditoria da Base Regional de Ilhéus

